



TESIS DOCTORAL

2017

**La planificación centrada en la persona
aplicada al colectivo de personas sin hogar:
el caso de la ciudad de Lleida**

Autora: Eva María Benito Herráez

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN METODOLOGÍA DEL
COMPORTAMIENTO Y LA SALUD**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Directora: Araceli Maciá Antón. UNED

Codirector: Carles Alsinet i Mora. Universitat de Lleida

TESIS DOCTORAL

2017

**La planificación centrada en la persona aplicada al
colectivo de personas sin hogar: el caso de la ciudad
de Lleida**

Autora: Eva María Benito Herráez

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN METODOLOGÍA DEL
COMPORTAMIENTO Y LA SALUD**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Directora: Araceli Maciá Antón. UNED

**Codirector: Carles Alsinet i Mora. Universitat de
Lleida**

AGRADECIMIENTOS

Tras cinco largos años de trabajo es difícil recordar a todas aquellas personas que han colaborado a hacer realidad esta tesis. Por este motivo y en primer lugar pido disculpas ante cualquier olvido involuntario.

Me gustaría dar las gracias en primer lugar a las dos personas que han hecho posible que pueda presentar este trabajo y que han tenido una gran paciencia: a Carles, por su tiempo, su disponibilidad y, sobretodo, por confiar en mí y en que desde la libertad más absoluta todo iba a transcurrir de forma adecuada. No todo el mundo es capaz de hacer algo así, por eso mi reconocimiento y mi gratitud. A Araceli, por toda la paciencia que ha tenido, especialmente en los momentos más críticos (que los ha sufrido en primera persona) y por este motivo, entre otros, también expreso mi gratitud y mi reconocimiento. He tenido la inmensa suerte de disponer de dos grandes profesionales pero, sobretodo, dos buenas personas.

No puedo ni debo olvidarme de las personas que han participado de forma directa o indirecta en la elaboración de la tesis. En primer lugar, agradecer a las personas participantes su colaboración. Tengo la suerte de poder trabajar para personas que se encuentran en situaciones de gran vulnerabilidad y he de confesar que cada día te enseñan alguna cosa sobre la vida: a superarse, a crecerse ante las adversidades, a confiar, a tener paciencia, a disfrutar de las pequeñas cosas, a valorar lo que tienes o a no echar de menos lo que no tienes... son tantos aprendizajes que difícilmente caben en unos párrafos. Mi agradecimiento más sincero a aquellas personas que han considerado su participación desinteresada y que han hecho posible que se pueda presentar.

Asimismo, debo agradecer también a los profesionales que han colaborado a hacer realidad la tesis su participación en ella. Es preciso reconocer la labor diaria que los y las

profesionales de servicios sociales realizan, contra viento y marea, luchando contra las dificultades y limitaciones con el objetivo de mejorar la calidad de vida y luchar por la dignidad y los derechos de muchas personas. Espero y deseo que este trabajo sirva, modestamente, para apoyar esta labor.

Por último, agradecer a mi familia estar allí, conmigo, a mi lado. No ha sido fácil, especialmente en los últimos tiempos. Por eso querría dedicar esta tesis a toda mi familia y sobretodo y de forma especial a mi hijo. Ha nacido casi al mismo tiempo que el trabajo se acababa, ha sido todo un logro. Espero que pueda sentirse orgulloso de la misma manera que yo lo estoy de él.

ÍNDICE

ABREVIATURAS

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

RESUMEN

I. PARTE 1. JUSTIFICACIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

I. 1. POBREZA, EXCLUSIÓN SOCIAL Y PERSONAS SIN HOGAR.....	1
I.1.1. Pobreza y exclusión social.....	1
I.1.2. La exclusión residencial.....	10
I.1.3. Las Personas en situación de Sin Hogar	11
I.1.4. Causas del sinhogarismo.....	16
I.1.5. Aproximación al colectivo de Personas Sin Hogar en la ciudad de Lleida.....	21
I. 2. LA INTERVENCIÓN SOCIAL DESTINADA A LAS PERSONAS SIN HOGAR.....	24
I. 3. LA PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	26
I.3.1. Conceptos previos. Autodeterminación y Calidad de Vida	26
I.3.1.1. La autodeterminación	26
I.3.1.2. Calidad de Vida como constructo	28
I.3.1.3. Modelo multidimensional de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo (2002; 2003)	32
I.3.2. La Planificación Centrada en la Persona	41
I.3.3. La investigación en la Planificación Centrada en la Persona y Personas Sin Hogar	43
I.3.3.1. Acerca del modelo de Calidad de Vida.....	43
I.3.3.2. Investigaciones relacionadas con la Planificación Centrada en la Persona	46
I.3.3.3. Investigaciones sobre Personas Sin Hogar	49
I.3.3.4. Investigaciones que relacionan Calidad de Vida y Personas Sin Hogar	51
I.3.3.5. Investigaciones sobre Planificación Centrada en la Persona y Personas Sin Hogar	54

II. PARTE 2. ARTÍCULOS PRESENTADOS

II.1. ARTÍCULO 1.	61
II.2. ARTÍCULO 2.	85

III. PARTE 3. DISCUSIÓN

III.1. DISCUSIÓN GENERAL	101
III.2. PRINCIPALES APORTACIONES Y LIMITACIONES PRESENTADAS	106
III.2.1. Aportaciones principales	106
III.2.2. Limitaciones presentadas	108
III.3. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.....	111

III.4. CONCLUSIONES GENERALES 114

IV. PARTE 4. REFERENCIAS

V. PARTE 5. ANEXOS

ABREVIATURAS

α	Nivel de significación
AF	Análisis Factorial
CSQ 8	Cuestionario de Satisfacción del Cliente
CV	Calidad de vida
d.t.	Desviación típica
EAPN	European Anti Poverty Network
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
EEUU	Estados Unidos
ETHOS	European Typology of Homelessness and Housing Exclusion
FEANTSA	Federación de asociaciones nacionales que trabajan a favor de las personas sin hogar
FePSH	Federación de Entidades de Apoyo a las Personas Sin Hogar

FOESSA	Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada
g.l.	Grados de libertad
IASSID	International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities,
ICASS	Institut Català d'Assistència i Serveis Socials de la Generalitat
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INE	Instituto Nacional de Estadística
INICO	Instituto Universitario de Integración en la Comunidad
M	Modelo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCP	Planificación Centrada en la Persona
PNDU	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PSH	Persona Sin Hogar

QOL-Q	Cuestionario de Calidad de Vida
R	Real
RSM	Modelo de Escalas de Clasificación
SIS	Satisfaction Interview Survey
SPS	Spiritual Perspective Scale
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STS	Self-Transcendence Scale
SWLS	Escala de Satisfacción con la Vida de Diener
TCT	Teoría Clásica de los Test
TRI	Teoría de Respuesta al Ítem
UNED	Universidad Nacional de Educación a Distancia

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

I. PARTE I. JUSTIFICACIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

Tabla 1. Clasificación ETHOS de exclusión residencial.

Tabla 2. Causas y factores del sinhogarismo.

Tabla 3. Dimensiones e indicadores de CV.

Figura 1. Niveles del Modelo de Schalock y Verdugo (2002; 2003).

Tabla 4. Factores, dominios e indicadores del modelo.

II. PARTE 2. ARTÍCULOS PUBLICADOS

II.1. ARTÍCULO 1

Tabla 1. Resumen del ajuste de los ítems y las personas al modelo.

Tabla 2. Ajuste de los ítems al modelo para cada una de las dimensiones.

Tabla 3. Estadísticos de fiabilidad y separación de las personas y los ítems.

II.2. ARTÍCULO 2

Tabla 1. Opinión de los profesionales sobre la complejidad, aplicabilidad y facilidad de la PCP.

Tabla 2. Opinión de los profesionales sobre las ventajas de la PCP.

Tabla 3. Opinión de los profesionales sobre los inconvenientes de la PCP.

RESUMEN

La imagen más severa de la exclusión social son las Personas Sin Hogar (PSH), personas que por diferentes motivos, no disponen de una vivienda estable y adecuada y se encuentran incapaces de ejercer de forma plena sus derechos y deberes como ciudadanos.

La preocupación por el colectivo de PSH en Europa se manifiesta en diferentes iniciativas políticas y administrativas a nivel europeo, como la Estrategia de Lisboa (2000), que tienen por objetivo, entre otros, mejorar la Calidad de Vida (CV) de las personas en situación de exclusión social. Para poder conseguirlo, se desarrollan una serie de estrategias locales en los países europeos que fomentan la promoción del empleo y de la vivienda.

Sin embargo, mejorar la CV de las PSH no supone únicamente dotar de bienes o derechos materiales a los ciudadanos, debe fomentar el bienestar psicológico, la autodeterminación o el ejercicio de los derechos fundamentales. Para poder hacerlo, es preciso planificar intervenciones que vayan más allá de la cobertura de necesidades básicas. Las dificultades aparecen a la hora de planificar estas intervenciones, ya que la escasa fundamentación teórica provoca limitaciones en la práctica diaria de aquellas instituciones u organizaciones que trabajan habitualmente con personas sin hogar.

Una de las metodologías más apropiadas para intervenir en la CV de personas sin hogar es la Planificación Centrada en la Persona (PCP), ya que se fundamenta en la mejora de la CV y en la participación plena de la persona en su proceso de inclusión social, elementos considerados clave en la intervención con PSH. Las experiencias de adaptación y aplicación de esta metodología en el colectivo sin hogar se producen fundamentalmente en

países anglosajones y muestran resultados muy positivos. En estas experiencias se utiliza este tipo de planificación en programas de inclusión laboral y residencial sobretodo.

La presente tesis tiene una estructura que se inicia con una exposición de los elementos más importantes sobre las PSH, para lo cual se diferencian entre conceptos relacionados como son la pobreza, la exclusión social y las PSH. Continúa recogiendo las características más importantes del colectivo en la ciudad de Lleida, lugar donde se desarrolla el trabajo. A continuación se exponen los elementos definatorios de la PCP basando la explicación en la autodeterminación y la CV. La explicación del Modelo de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo (2002; 2003; 2004) sirve de punto de partida de la exposición sobre las principales investigaciones que relacionan CV, PCP y PSH.

La segunda parte presenta los resultados empíricos en base a dos artículos publicados en revistas científicas producto del análisis de los datos obtenidos mediante el proceso investigador realizado a lo largo de estos años. El primero de ellos utiliza el paradigma de la PCP y su preocupación por el fomento de la CV y adapta sus preceptos a las características del colectivo de PSH de la ciudad de Lleida para analizar las propiedades psicométricas de uno de los instrumentos más destacados para analizar la CV de las personas usuarias de Servicios Sociales, la Escala GENCATde Calidad de Vida (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008). La principal aportación de la tesis es que la muestra escogida para ello son 72 PSH de la ciudad de Lleida. Y lo es porque la escala no está destinada de forma explícita al colectivo, pese a ser destinatario de la intervención de servicios sociales. Los resultados ponen de manifiesto la adecuación del instrumento para la medición de resultados personales ligados a la CV.

Además de esta aportación, la tesis muestra las valoraciones que los profesionales de servicios sociales de la ciudad de Lleida realizan acerca de la PCP mostradas mediante el segundo de los artículos presentados. Los resultados ofrecen claridad y conocimiento acerca de las posibilidades de la metodología en el desarrollo de la labor profesional. La elección del paradigma y su metodología se basa en la coincidencia con los principios teóricos que fundamentan la intervención con PSH y los adecuados resultados de diferentes experiencias en diferentes países.

La tercera parte muestra las principales conclusiones del trabajo, así como las aportaciones más importantes realizadas y las limitaciones presentadas en las investigaciones desarrolladas.

Las dos últimas partes de la tesis recogen por un lado las referencias utilizadas tanto en la elaboración del documento como en los artículos presentados y, por otro los anexos necesarios para ilustrar el contenido del documento. Entre estos últimos se encuentran las aportaciones realizadas en diferentes congresos y jornadas en las cuales se ha colaborado y que han posibilitado compartir los conocimientos adquiridos en el proceso de elaboración de la tesis.

I. PARTE 1. JUSTIFICACIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

I. 1. POBREZA, EXCLUSIÓN SOCIAL Y PERSONAS SIN HOGAR

En España, según datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2015 el 22,1% de personas vivían en el umbral de la pobreza y la exclusión social. Para comprender el fenómeno es preciso diferenciar determinados conceptos relacionados. A continuación se explican los elementos definitorios de la pobreza y la exclusión social, elementos fundamentales para entender el proceso del sinhogarismo, objetivo fundamental del apartado.

I.1.1. Pobreza y exclusión social

La definición de pobreza no está exenta de complicaciones. Según Sales (2013) el análisis del concepto ha oscilado entre dos enfoques tradicionales: el económico y el multidimensional. Mientras que el primero entiende la pobreza como privación puramente material, en el segundo se incorporan las privaciones de capacidades básicas a la hora de definir el concepto. Esta distinción ha sido producto de la evolución propia del constructo producida por el desarrollo socioeconómico y cultural.

Los primeros investigadores modernos sobre la pobreza se encuentran localizados fundamentalmente en Inglaterra y buscan cuantificar y medir el fenómeno. Charles Booth (1889, citado en Smith, Dorling y Shaw, 2001) analizó tanto las situaciones como las condiciones de trabajo de los residentes en la ciudad de Londres en 1886, para ofrecer posteriormente resultados de medición acerca de la pobreza de sus habitantes. Entre sus aportaciones se encuentra sobretodo la acuñación del término “línea de pobreza”, límite a

partir del cual una persona no es capaz de sobrevivir, al no poder garantizar su subsistencia. Rowntree (1901, citado en Townsend, 1954) recogió el trabajo realizado por Booth sobre la línea de la pobreza desde el punto de vista de las necesidades nutricionales imprescindibles para la subsistencia. El autor estableció un umbral de pobreza a partir del cual se podía considerar a una persona como pobre, partiendo del coste monetario de una hipotética cesta de bienes y servicios necesarios para satisfacer las necesidades del hogar.

Tanto Booth como Rowntree posibilitaron un cambio en la concepción del concepto al superar las explicaciones anteriores, que otorgaban la culpa y la responsabilidad de la situación a las propias personas y obviaban otro tipo de causas a la hora de definirla y entenderla. Pese a ello, la importancia de los factores económicos en la construcción del término pobreza es evidente en ambos casos, al vincularla directamente con la existencia de unos ingresos mínimos necesarios para la subsistencia.

Esta concepción más economicista se ha seguido manteniendo al entender que es la carencia de recursos materiales el factor más importante para definir la privación o la necesidad. Autores como Townsend (1979) definen la situación no en términos de pobreza absoluta, sino relativa. Las personas son ricas o pobres según se distribuyen los recursos y existe pobreza cuando los recursos de las personas o las familias se encuentran por debajo de los que disponen el promedio del resto de personas o familias de su comunidad.

Centrarse únicamente en los factores económicos no permite, sin embargo, entender la pobreza en su totalidad. Los enfoques multidimensionales posibilitan superar esta limitación, entendiéndola no como carencia material o de recursos sino como un estándar de vida tal y como recoge Spicker (1999) al identificar doce posibles formas para definir la

pobreza. El autor considera el término como un concepto compuesto, con una variedad de significados lo que posibilita ser tratado como un constructo multidimensional.

Partiendo de esta concepción, Sen (2000, p.114) define la pobreza como la “privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos” añadiendo una serie de puntos a favor sobre el enfoque de la pobreza basado en las capacidades. Una de las principales aportaciones del autor ha sido el de fomentar el enfoque del desarrollo humano, recogido por vez primera en 1990 en el primer Informe de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNDU), entendiéndolo como un “proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las más importantes de las cuales son una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de una vida decente” (PNDU, 1990, p. 33), pero también incluyen la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto hacia uno mismo. La teoría no pretende únicamente describir el desarrollo humano, también pretende ofrecer una medida del mismo. Para conseguirlo se presenta el Índice de Desarrollo Humano (IDH) como un índice compuesto, formado por los medios y los fines del desarrollo de los individuos. Para ello tuvieron en cuenta tres componentes: la longevidad, los conocimientos y el ingreso básico para lograr una vida decente entendiendo que los dos primeros se refieren a las capacidades vistas anteriormente y el último a las oportunidades que se tienen al utilizarlas.

La PNDU ha publicado des del 1990 numerosos informes de desarrollo. El último, datado en 2014, se centra en la reducción de las vulnerabilidades y el fomento de la resiliencia frente a las situaciones de crisis. Reconoce la existencia de grupos vulnerables a nivel estructural y la perpetuación en el tiempo de estas diferencias, centradas

fundamentalmente en cuestiones de género, raciales o de localización geográfica, entre otros factores.

Entre las recomendaciones que se ofrecen para superar estas vulnerabilidades y fortalecer a las personas se encuentran el acceso universal a los servicios sociales básicos, especialmente los referentes a la salud y la educación; la promoción de una protección social más sólida, sobre todo en lo relativo a las pensiones o las prestaciones por desempleo y el compromiso de los poderes públicos en las políticas de pleno empleo. Todo ello entendiendo que fomentar las capacidades y la resiliencia de los ciudadanos es la forma más efectiva de blindar a las personas ante situaciones de crisis, pobreza y exclusión.

Por su parte, el concepto de exclusión social surgió en los 70 originariamente en Francia, a partir del libro de René Lenoir “Les exclus: un Français sur Dix” (1974). El término incluía en sus inicios a la población ajena a la protección social (disminuidos, toxicómanos, menores objeto de abusos...), pero a partir de los años 80 se amplió a toda persona perteneciente a los sectores sociales más desfavorecidos y con problemática social más amplia (parados, familias monoparentales...).

En la década de los 80 y especialmente los 90 la situación de pobreza se hace más evidente en los países desarrollados, por lo que éstos empiezan a proponer y promulgar políticas socioeconómicas que paliasen sus efectos, cobrando importancia al mismo tiempo el estudio y la investigación de los procesos de exclusión social y sus consecuencias desde diferentes disciplinas. Es sin embargo en los países europeos donde el término manifiesta su desarrollo más evidente debido fundamentalmente a lo europeo de sus orígenes.

El término exclusión social es, por tanto, un concepto de relativamente joven (Rojas, 2011). Por este motivo existen dificultades en su definición y concreción al considerarlo un término muy vago y una “expresión evocadora, ambigua, multidimensional y elástica” (Silver, 1994, p. 536) que está imbuida por connotaciones económicas, políticas, sociales y culturales.

La exclusión es definida como un proceso dinámico y multidimensional de ruptura con lo que Silver (2007) llama el lazo social (*social bond*) tanto a nivel individual como colectivo. El concepto de lazo social se refiere a todas aquellas relaciones sociales, institucionales e identitarias de pertenencia que forman parte de la cohesión social, la integración y la solidaridad. La autora especifica que la exclusión social es lo opuesto a estas situaciones de pertenencia, haciendo que las personas no tengan acceso a la información, los recursos, la sociabilidad, el reconocimiento y la identidad, impidiendo que los individuos logren sus metas personales. Entiende la exclusión social como un proceso, multidimensional y dinámico, cambiante en el tiempo, ya que la persona puede encontrarse en un punto del continuo multidimensional y avanzar o retroceder dentro de ese continuo en otro momento.

La exclusión social es, por tanto, la consecuencia de un proceso no estático que puede iniciarse en la pobreza y que se caracteriza por la ruptura con los principales sistemas de soporte (social, económico, institucional, territorial y de las referencias simbólicas). Al definir el concepto como un proceso dinámico se aceptan dos extremos claros: el de la inclusión total y el de la exclusión severa existiendo, sin embargo, situaciones intermedias.

Castel (1990) recoge estos elementos y define la exclusión social como la expresión máxima de un proceso, partiendo del término cohesión social para definirla. Las situaciones de marginalidad se producen por la culminación de un proceso que tiene como ejes principales la relación o posición laboral y la integración relacional. Parte de la correlación entre el lugar que la persona ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección social para defender la existencia de una serie de zonas de cohesión social. Para el autor, el trabajo va más allá de ser una relación técnica de producción y se convierte en un “soporte privilegiado de inscripción en la estructura social” (Castel, 1997, p. 13), teniendo una función clara de cohesión social.

La zona de integración se caracteriza por la asociación entre trabajo estable y la inserción relacional sólida. Supone una situación ideal de vinculación social. Por el contrario, si la persona no participa en actividades productivas y además existe aislamiento relacional se encuentra en la zona de exclusión o desafiliación. Existe, por último, una zona intermedia e inestable, llamada de vulnerabilidad, caracterizada por la precariedad en el trabajo y la fragilidad de los soportes relacionales.

El autor puntualiza que, pese a la existencia de estas zonas de cohesión social, las asociaciones entre ellas no son mecánicas y estables. Justifica su afirmación explicando que el modelo no pretende tanto ubicar a las personas en estas zonas de cohesión sino explicar cuáles son los procesos que posibilitan el paso de una zona a otra. Es por este motivo por el que en lugar de utilizar el término exclusión social prefiere el de desafiliación. Según el autor la exclusión es estática y la desafiliación procesual, explica el recorrido por el que una

persona puede transitar dentro de las diferentes situaciones de privación mientras que la exclusión define un estado concreto.

Según Tezanos (2002), en las sociedades desarrolladas se están produciendo una serie de tendencias de regresión social que promueven las desigualdades profundas, siendo cuatro las más importantes. La regresión en las políticas de protección social es la primera de ellas, siendo evidente al observar la disminución de la proporción del Producto Nacional Bruto destinado a políticas sociales en los países desarrollados. La consecuencia directa de esta situación es la debilitación de las estructuras de Seguridad Social que sufren especialmente las personas y colectivos más vulnerables. Muy relacionada con la primera, la segunda tendencia se refiere la presión política organizada que se ejerce en el mundo para promover la regresión en las políticas sociales, plasmada en el predominio de las tendencias económicas neoliberales del individualismo y la búsqueda de la riqueza, la influencia evidente de organismos internacionales de poder económico y financiero y la inexistente oposición política organizada que preste resistencia a las medidas planteadas de regresión social.

La tercera y cuarta tendencia se refieren, por un lado, a la sensibilidad social de la población y al aumento de las desigualdades sociales. Sobre la primera, es evidente la preocupación por los problemas de la ciudadanía considerados sociales. El paro, las desigualdades sociales o el hambre son algunas de las respuestas recurrentes en todo tipo de encuestas de opinión.

Respecto al aumento de las desigualdades sociales, el autor considera que se está produciendo un aumento de situaciones de vulnerabilidad y exclusión social a través de lo

que llama el modelo de doble ciudadanía, diferenciando claramente quienes se encuentran integrados en la sociedad y tienen una vivienda, ingresos regulares gracias a un trabajo digno, una red familiar y social estable y una perspectiva vital satisfactoria y quienes son prescindibles o intercambiables, aquellos que no tienen un trabajo digno y estable, sin perspectivas de futuro, aceptando las situaciones de precariedad que se les ofrecen, utilizando la beneficencia o los servicios sociales y con un alto riesgo de ruptura de los lazos familiares y/o sociales. Estas personas se encuentran en una situación de vulnerabilidad social al estar al borde de la ruptura de las posibilidades de integración en una sociedad que les niega derechos y no les considera en igualdad de condiciones respecto a los demás ciudadanos.

Según esta explicación, la sociedad no es un conjunto integrado de personas sino un modelo de círculos concéntricos que oscila de la inclusión a la exclusión social. Aquellas personas que se encuentran en una situación de plena ciudadanía y de pertenencia al grupo están situadas en la esfera central, de plena integración. Sin embargo, a medida que la persona se aleja del centro y se encuentra en posiciones más externas, aumentan las pérdidas de oportunidades sociales y/o vitales hasta llegar a situaciones de extrema exclusión, donde las condiciones de ciudadanía no existen y no se reconocen los derechos fundamentales y básicos.

La exclusión social se define entonces como “una situación concreta fruto de un proceso dinámico de acumulación, superposición y/o combinación de diversos factores de desventaja o vulnerabilidad social que pueden afectar a personas o grupos, generando una situación de imposibilidad o dificultad intensa de acceder a los mecanismos de desarrollo

personal, de inserción sociocomunitaria y a los sistemas preestablecidos de protección social. Dicho de otra manera: hay personas que viven en unas condiciones de vida materiales y psíquicas que les impiden sentirse y desarrollarse plenamente como seres humanos. La exclusión hace difícil sentirse ciudadano en su proyección concreta en cada contexto social, sentirse formando parte de la sociedad de referencia”. (Subirats, 2004, p. 19).

Para el autor, la exclusión social es un concepto que se manifiesta en cualquiera de los ámbitos vitales básicos de las personas, materializándose en situaciones muy variadas y con diferentes grados de intensidad y gravedad. Además, las situaciones de vulnerabilidad pueden transformarse en situaciones de exclusión al aparecer o agravarse determinados factores o al relacionarse con otros ya preexistentes. Por este motivo es fundamental conocer cuáles son los ámbitos y factores relacionados con la exclusión social, recordando que es un proceso estructural, dinámico y multidimensional.

Son precisamente estos tres los aspectos clave que FOESSA considera como fundamentales en la definición de la exclusión social que se acepta en la actualidad en Europa: ser un fenómeno estructural, procesual y multidimensional. Todos ellos recogidos por los autores anteriormente citados y por otros muchos (Laparra, Obradors, Pérez, Pérez, Renes, Sarasa, Subirats y Trujillo, 2007).

Considerar los factores estructurales como explicativos de la exclusión significa superar la responsabilidad hacia las personas que la sufren y poner énfasis en aspectos como la capacidad de integración de la sociedad, los cambios en el mercado de trabajo, la transformación del Estado del Bienestar y los cambios en la institución familiar.

Concebir la exclusión como proceso significa que no es una situación estática, sino dinámica y cambiante, pudiendo manifestarse con distintas intensidades, dependiendo de la localización del individuo dentro de la situación de exclusión.

La multidimensionalidad reconoce la existencia de diferentes dimensiones que explican la exclusión social. Sin embargo, la dificultad radica en definir cuáles son y especialmente los indicadores que las identifiquen.

I.1.2. La exclusión residencial

Relacionado con la exclusión social, Cortés (1997, p.89) acuñaba el término “exclusión residencial” para definir aquella situación en la que “una persona o familia es apartada de forma permanente de los mecanismos de provisión residencial que una sociedad organiza para resolver las necesidades de vivienda de su población”. El mismo autor establece que su falta “implicaría la existencia de un proceso de deterioro de las condiciones de alojamiento de las personas afectadas que quedarían en una situación de inferioridad estructural y, por tanto, de deterioro e incumplimiento de sus derechos residenciales” (Cortés 2004, p. 42). Uno de los ámbitos que Subirats (2004) recoge como importante en los procesos de exclusión social es el residencial. Así, el autor considera que existen dos elementos importantes al hablar de exclusión residencial: la accesibilidad y las condiciones de la vivienda y en cada una de ellas se pueden encontrar factores de exclusión concretos.

La exclusión residencial está íntimamente relacionada con los procesos de exclusión social al iniciarse, en muchas ocasiones, a partir de problemas vinculados con la vivienda y la carencia de sus funciones integradoras, según Hernández Pedreño (2013). Anteriormente,

Cortés (1997) ya había avanzado esta relación al decir que el lugar que ocupa una persona impide que acceda a una vivienda digna, por lo que la exclusión social es una consecuencia de la posición de la persona en la sociedad. La pérdida de derechos fundamentales que se produce en los procesos de exclusión social incluye el derecho a la vivienda y al alojamiento, entre otros.

Dependiendo de los autores existen diferentes manifestaciones de la exclusión residencial. (Cortés 1997; Sánchez Morales, 2010). Sin embargo, es la clasificación que la Federación de Asociaciones Nacionales que Trabajan a favor de las Personas sin Hogar (FEANTSA) ha realizado la que actualmente tiene mayor acogida en cuanto a la definición y clasificación de las situaciones de exclusión residencial. En los siguientes puntos se desglosa y explica.

I.1.3. Las Personas en situación de Sin Hogar

El caso más extremo de exclusión social serían las PSH, parafraseando a Arriba (2008). Existe una dificultad clara a la hora de definir en qué consiste el sinhogarismo, evidente al ser utilizado el término homeless sin equivalente exacto en castellano. De hecho, la terminología utilizada tradicionalmente para denominar a las personas en esta situación ha sido habitualmente peyorativa. Palabras como indigente, mendigo, pobre, vagabundo, haragán o incluso delincuente han sido utilizadas para definir al colectivo de personas que se han encontrado en el tramo más extremo de la exclusión social, la explicada anteriormente como desafiliación.

Según Sánchez Morales (2012) las connotaciones criminológicas de las PSH han sido evidentes a lo largo de la historia, tanto en su denominación como el desarrollo de medidas para combatir esta situación, siempre coercitivas y persecutorias. Prueba de ello son las constantes normativas legales que han intentado acotar penalmente a las personas en situación de exclusión extrema y en el caso de España, vigentes hasta finales del año 1995 cuando se derogó la Ley sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social. Esta Ley recogía la esencia de la anterior Ley republicana de Vagos y Maleantes de 4 de agosto de 1933, por la cual se adoptaban medidas coercitivas sobre vagabundos, nómadas, proxenetas o personas consideradas antisociales.

Sin hogar es un término amplio que no solamente tiene que ver con la falta de alojamiento estable y adecuado. Según Cabrera (2006, en Vidal Fernández, 2006) “cuando tratamos de definir operativamente el sinhogarismo, estamos intentando acotar todas aquellas situaciones personales en las que las necesidades de alojamiento, tal y como son socialmente definidas en cada momento histórico y en cada país, no se encuentran cubiertas adecuadamente desde los mecanismos de provisión residencial legítimamente previstos, ya sea que la falta de alojamientos provenga del mercado o de la actuación de la Administración Pública” (pp. 565-566).

Con el objetivo de superar las dificultades de conceptualización, la Federación de Asociaciones Nacionales que Trabajan a favor de las PSH (FEANTSA) -organización que aglutina diferentes entidades que trabajan para paliar la exclusión social y el sinhogarismo y que influye muy directamente en las políticas sociales europeas relacionadas con el fenómeno- acepta y adopta la definición de PSH que acuñan Muñoz, Vázquez y Vázquez

(2003,p. 53) “por persona en situación de sin hogar se entiende aquella persona incapaz de acceder y mantener un alojamiento personal adecuado por sus propios medios o con la ayuda de los Servicios Sociales, así como aquellas personas que viven en instituciones (hospitales, cárceles...) pero no disponen de alojamiento personal donde ir al salir, y personas que viven en alojamientos infrahumanos o en situación de claro hacinamiento”. Esta es la definición más aceptada y utilizada al hablar de PSH.

La definición de sinhogarismo incluye la existencia de tres dominios diferentes e interrelacionados entre sí que suponen la existencia de un hogar:

- Dominio físico: tener un espacio que reúna las condiciones físicas de habitabilidad adecuadas y que pertenezca a una persona y/o familia.
- Dominio social: disponer de un espacio poder desarrollar la vida social y privada.
- Dominio legal: poseer la titularidad y el régimen legal del alojamiento.

A partir del cumplimiento o no de cada uno de los dominios se puede hablar de diferentes situaciones de exclusión residencial, recogidas en una serie de categorías, según la European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS) (Tipología Europea de Personas sin hogar y exclusión residencial) que tiene por objetivo mejorar la comprensión el estudio de las PSH en Europa, y proporcionar un lenguaje común para los intercambios transnacionales sobre la falta de vivienda (Edgar, 2012). Esta tipología se puso en marcha en 2005 y se utiliza para fines diferentes (como un marco para el debate, para efectuar la recogida de datos, con fines de política, efectos de control, y en los medios de comunicación).

Esta clasificación permite analizar e identificar diferentes situaciones de exclusión residencial, todas ellas con diferente intensidad. FEANTSA considera la tipología como un ejercicio abierto, que hace abstracción de las definiciones jurídicas de los estados miembros de la Unión Europea. ETHOS es una definición base que utiliza los dominios físicos, sociales y legales para crear una amplia tipología de la falta de vivienda y la exclusión de la vivienda. ETHOS clasifica a las PSH de acuerdo a su situación de vida como; sin techo (sin un refugio de ningún tipo, durmiendo a la intemperie); sin vivienda (con un lugar para dormir, aunque temporal, en instituciones o en los refugios); viviendas inseguras (con riesgo de exclusión severa debido a la inseguridad de contratos de arrendamiento, desalojos, violencia doméstica); viviendas inadecuadas (en caravanas en campings ilegales, en viviendas inhabitables, en hacinamiento extremo).

Estas cuatro categorías se han operacionalizado dando lugar a trece situaciones concretas que cubren todas las formas de privación del derecho a una vivienda digna. La tipología se está extendiendo por Europa al ser utilizada cada vez más por las diferentes organizaciones, entidades e instituciones tanto públicas como privadas que luchan contra la exclusión residencial. En la siguiente tabla se recogen estas situaciones.

Tabla 1. Clasificación ETHOS de exclusión residencial

CATEGORÍAS	SITUACIONES
<p>SIN TECHO (ROOFLESS)</p>	<p>1. Vivir en un espacio público (sin domicilio) 2. Pernoctar en un albergue y/o forzado a pasar el resto del día en un espacio público</p>
<p>SIN VIVIENDA (HOUSELESS)</p>	<p>3. Estancia en centros de servicios o refugios (hostales para sin techo que permiten diferentes modelos de estancia) 4. Vivir en refugios para mujeres 5. Vivir en alojamientos temporales reservados a los inmigrantes y a los demandantes de asilo 6. Vivir en instituciones: prisiones, centros de atención sanitaria, hospitales sin tener donde ir, etc. 7. Vivir en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento)</p>
<p>VIVIENDA INSEGURA (INSECURE HOUSING)</p>	<p>8. Vivir en una vivienda sin título legal (vivir temporalmente con familiares o amigos de forma involuntaria, vivir en una vivienda sin contrato de arrendamiento (se excluyen los ocupas, etc.) 9. Notificación legal de abandono de la vivienda 10. Vivir bajo la amenaza de violencia por parte de la familia o de la pareja</p>
<p>VIVIENDA INADECUADA (INADEQUATE HOUSING)</p>	<p>11. Vivir en una estructura temporal o chabola 12. Vivir en una vivienda no apropiada según la legislación estatal 13. Vivir en una vivienda masificada</p>

Fuente: Edgar, 2012.

I.1.4. Causas del sinhogarismo

Las posturas tradicionales de explicación del sinhogarismo lo han reducido a dos motivos fundamentales: personales y estructurales y siempre haciendo énfasis en uno o en otro. Sin embargo, las últimas investigaciones sobre las PSH muestran una estrecha relación entre estas dos causas, definiendo el concepto como el resultado de una interacción dinámica entre las características personales y las acciones individuales por un lado y los cambios estructurales por otro.

De esta forma, la explicación más reciente al sinhogarismo es una confluencia de una serie de acontecimientos individuales y estructurales adversos que predisponen a que una persona se quede sin hogar y no únicamente la existencia de cada uno de los factores por sí solos. Autores como Fitzpatrick (2005) explican la existencia de dificultades personales en las PSH como un elemento de vulnerabilidad ante las fuerzas económicas o macro-estructurales, elemento que las hacen más propensas a sufrir situaciones de exclusión. Para Atherton y McNauhton (2008) además de los factores personales como el consumo de sustancias o la enfermedad mental, la carencia de recursos humanos, sociales, materiales y económicos determinan también la entrada o salida de la situación de sin hogar.

Las investigaciones posteriores a 2008, año en el que la actual crisis económica comenzó a tener consecuencias graves, aunque recogen los factores anteriormente explicitados, refuerzan la importancia de los factores estructurales e institucionales (paro, incapacidad para acceder a una vivienda, limitaciones de acceso a los servicios sociales...) que interactúan con los demás. Sin embargo, diferencian entre las situaciones de sin hogar

anteriores a la crisis como aquellas en las cuales se encontraba una persona normalmente gracias a un proceso más cronificado en el tiempo y de más larga duración que los que se producen en la actualidad. El aumento considerable de jóvenes en situación de sin hogar es una muestra evidente de sus efectos devastadores. Otra de las diferencias existentes en la actualidad es el impacto que produce la crisis en las personas con algún tipo de enfermedad mental y los inmigrantes (Moreno y Aierdi, 2013).

Partiendo de una triple perspectiva, Edgar, Harrison, Watson y Busch-Geertsema (2007) analizan las causas del sinhogarismo entendiendo que parte de los siguientes elementos: los factores estructurales y organizacionales; el análisis de las trayectorias vitales y la construcción social de la falta de vivienda relacionada con las normas sociales y culturales.

Para el autor, existen cuatro factores de vulnerabilidad y riesgo en la exclusión residencial:

- Estructurales: los principales factores de vulnerabilidad son la pobreza y el desempleo, la inmigración y la ciudadanía, la protección y el bienestar social y el mercado de vivienda.
- Institucionales: la escasez de los servicios públicos, la falta de coordinación entre los existentes y los mecanismos de asignación de los recursos, vivir en instituciones anteriormente (siendo menor o mayor de edad) y los procesos de desinstitucionalización.
- Relacionales: el estatus familiar, la situación de pareja y las rupturas amorosas.
- Personales: las incapacidades, enfermedades crónicas o los problemas de salud mental, el bajo nivel educativo y las adicciones y consumo de sustancias.

La incidencia directa de los factores estructurales en la situación de exclusión social se observa en las dificultades para acceder al mercado laboral, a la vivienda o a los mecanismos de protección social, especialmente en aquellas situaciones en las que la condición de ciudadanía se encuentra afectada, como en el caso de los inmigrantes.

En relación a las causas institucionales, su influencia se hace evidente en la dificultad de acceder a los servicios mínimos de atención, sea por su inexistencia o por no cubrir las necesidades específicas de las personas. Es especialmente preocupante cuando se trata de los servicios médicos, lo que refuerza mucho la vulnerabilidad tanto de acceso al sinhogarismo como de perpetuación de esta situación.

Peressini (2009) tras analizar una serie de factores que causan la situación de sin hogar, resumió en siete los más importantes según la valoración de los propios protagonistas: pobreza; conflictos interpersonales y violencia; salud física y/o mental; pérdida de la vivienda o dificultades en el mantenimiento; adicciones; desinstitucionalizaciones; fallo en el sistema de Servicios Sociales y dificultades en el apoyo social o público.

Para la autora, las causas del sinhogarismo son heterogéneas, al igual que la composición del colectivo. Los hallazgos del estudio realizado no muestran unas tendencias claras respecto a que variables socio demográficas son clave en el proceso de sin hogar y que factores son los más importantes. Sin embargo ya pesar de ello, concluye que la pobreza, la falta de vivienda y los conflictos interpersonales son los factores que más se repiten.

Para Van Laere, De Wit y Klazinga (2009), las causas más importantes son los desahucios de la vivienda, los problemas de relación que provocan marchar del hogar y en menor medida otras variables como la excarcelación o problemas de salud.

En todo caso, la Federación de Entidades de Apoyo a las Personas Sin Hogar (FePSH) que supone la plataforma española de la entidad europea FEANTSA ha realizado un ejercicio de análisis en profundidad de las causas, factores y desencadenantes de la situación de sinhogarismo que se pueden producir en la vida de una persona. La tabla 2 explicita estos elementos, recogidos por Flint (2009):

Tabla 2. Causas y factores del sinhogarismo.

CAUSAS DEL SINHOGARISMO	FACTORES IMPLICADOS	DESENCADENANTES DE LA SITUACIÓN
ESTRUCTURALES	Pobreza o desempleo	Impago, desalojo o desahucio
	Inmigración	
	Vivienda	
INSTITUCIONALES	Recursos residenciales institucionales	Desinstitucionalización
	Hogares de menores	
	Prisiones	
SOCIALES-RELACIONALES	Desestructuración familiar	Desinstitucionalización
	Situación relacional	Violencia intrafamiliar
	Ruptura de vínculos	Vivir solo
PERSONALES	Discapacidad o enfermedad crónica	Episodio y consecuencias de la enfermedad
	Dificultades de aprendizaje	
	Adicciones	Pérdida de apoyo
	Situaciones vitales estresantes	Abuso de sustancias

Fuente: Adaptado de Flint (2009).

I.1.5. Aproximación al colectivo de Personas Sin Hogar en la ciudad de Lleida

Las dificultades a la hora de recoger datos sobre las PSH son importantes. Las PSH no forman parte habitualmente de las encuestas de población que periódicamente se desarrollan en los países europeos y, cuando lo hacen, acostumbran a ser datos sesgados por diferentes motivos.

Pleace, Teller y Quilgars (2011) han identificado tres tendencias en la calidad de los datos obtenidos sobre el sinhogarismo en los países que conforman la Unión Europea:

- Por un lado, países que no disponen de datos fiables sobre falta de vivienda, existiendo datos a nivel local o municipal.
- Por otro, aquellos que si disponen de datos pero con lagunas importantes de información.
- Finalmente, países que disponen de datos abundantes pero únicamente sobre poblaciones concretas o localizadas geográficamente.

La mayoría de estados recogen información de PSH a través de los sistemas de alojamiento para PSH o de urgencia existentes, con las limitaciones que pueden derivarse de este sistema de obtención de datos estadísticos.

En España, el INE ha publicado los resultados de la última Encuesta a las Personas sin Hogar. De entre los resultados preliminares destaca que en 2012 fueron atendidas en centros asistenciales un total de 22.938 personas sin hogar, siendo el 80,3% hombres. La ratio de PSH con la población es de 0.05%. Cabe destacar el aumento del 4,8% en el

número de personas en relación a la encuesta realizada en 2005, debido fundamentalmente a las consecuencias de la crisis económica, la escasez de vivienda asequible y el aumento de personas inmigrantes sin hogar.

El primer trabajo de investigación realizado en la ciudad de Lleida sobre el colectivo de PSH data de 2004 y constituyó uno de los primeros estudios acerca del colectivo realizado en la provincia. El objetivo fundamental fue conocer la situación de las PSH y su visión y utilización del espacio público realizando para ello un total de 131 encuestas (Domingo, Badia, Molina, Pelegrí, Pifarré y Remón, 2004).

Posteriormente se han realizado diversos trabajos de investigación relacionados de forma directa o indirecta con las PSH. En 2008 se realizó un recuento de PSH en la ciudad, organizado por la Fundació un Sol Món, el Ayuntamiento de Lleida y diferentes entidades del tercer sector. Las principales características de las 70 personas localizadas y encuestadas en la calle fueron (Cabrera, Rubio y Blasco, 2008; Alsinet, Garsaball, Pirla, Canut, Feixa y Zanuy, 2009);

- Mayoritariamente hombres, un 97% frente al 3% de mujeres. La edad media fue de 41 años. El 61,5% separados o solteros, el 58% del total sin ningún vínculo con la familia y un 44% pasaba el día sin ningún tipo de compañía.
- En cuanto al origen, el 75% eran extranjeros, sobretodo de países del Magreb.
- Para el 36% la situación de sin hogar se alargaba más de un año de duración.
- El 58% habían estudiado hasta primaria. Un 10% poseían titulación superior.
- El 52,4% tenían problemas de salud.

Es preciso destacar que en este mismo trabajo se analizó la situación de 52 personas más que en ese momento pernoctaban en diferentes alojamientos destinados o no a PSH. En este caso, es preciso destacar que las características sociodemográficas más importantes sufrían algún pequeño cambio respecto a las que pernoctan en espacios públicos: eran más las mujeres que hombres en este tipo de alojamientos y la nacionalidad española superaba los otros orígenes.

Ya en 2016 se realizó el segundo recuento de PSH, en este caso organizado por el Ayuntamiento de Lleida, la Fundación Arrels Barcelona y la Cátedra de Innovación Social de la Universidad de Lleida (2016). La innovación introducida en este recuento ha sido recoger datos a partir de una encuesta estandarizada con el objetivo de obtener el Índice de Vulnerabilidad que permite comparar los datos obtenidos en otras ciudades catalanas, españolas y europeas. El proyecto forma parte de un proyecto europeo llamado #HomelessMeetUpVLC y también forma parte del movimiento paneuropeo de ciudades The European End Street Homelessness Campaign, que tiene por objetivo acabar en el 2020 con el sinhogarismo. Los principales datos obtenidos se exponen a continuación;

- Respecto a los datos obtenidos en 2008, el porcentaje de PSH ha aumentado considerablemente, un 37,4% (73 personas más).
- La población española sin hogar aumenta un 4% (el 17%) y la extranjera disminuye hasta el 58%.
- El 34% de las personas se encuentran en esta situación desde hace menos de un año y el 18% más de diez.

I. 2. LA INTERVENCIÓN SOCIAL DESTINADA A LAS PERSONAS SIN HOGAR

La misma dificultad presentada a la hora de clarificar el término PSH se produce al estudiar la metodología de trabajo adecuada para intervenir con el colectivo. No existe una metodología aceptada de forma general, debido, entre otros motivos, a las implicaciones políticas y socioeconómicas de la existencia de esta realidad.

Para Cabrera y Rubio (2008) las políticas sociales de lucha contra el sinhogarismo deben abordar no solamente la atención sino también la prevención del sinhogarismo. Además deben procurar la comprensión de los diferentes itinerarios y procesos que los desencadenan. Para el autor, la tipología *ethos* colabora en la comprensión de los diferentes tipos de intervenciones a implementar teniendo en cuenta la adaptación de éstas a todas las posibles situaciones en las que una persona se puede encontrar.

El sinhogarismo es un proceso que afecta a muchas personas en situación de vulnerabilidad residencial en diferentes momentos de sus vidas. Por este motivo la intervención debe ir más allá de la atención urgente y fomentar procesos de inclusión e integración social de las personas. A nivel político, la atención urgente y asistencial debe dar paso a las políticas de prevención, estabilización y paso a la vida independiente.

La asistencia urgente es el llamado modelo de intervención en escalera o continuum of care, que promueve la existencia de recursos de atención a PSH dentro de un continuo, en la cual la PSH van superando escalones utilizando para ello diferentes recursos asistenciales y/o residenciales, en función de si superan o no determinadas situaciones sociales o de

salud, hasta conseguir una vida lo más autónoma posible. Los enfoques de continuidad de atención pretenden que la persona comience por el tratamiento antes de disponer de una vivienda: todo ello paso por paso, por este motivo también se denominan modelos en escalera. Esta intervención comienza por abordar los problemas y necesidades individuales (habitualmente de salud o consumo de tóxicos) y continúa a lo largo de un proceso en el cual los profesionales de la acción social ayudan a las personas a superar fases siempre que demuestren sus capacidades y se adhieran a un tratamiento o supervisión. El camino finaliza con la vivienda como objetivo final que se alcanza una vez la persona se ha recuperado. En este modelo las necesidades y problemas individuales son la clave y el centro de la intervención: las personas son vistas como incapaces de hacer frente a un arrendamiento a menos y hasta que los problemas se aborden y resuelvan mediante una supervisión profesional (Atherton y McNaughton, 2008).

En contraposición a esta política, en los años 90 la organización americana Pathways to Housing desarrolló el modelo Housing First, traducido como Primero el Alojamiento, con el objetivo de romper con el modelo anterior en escalera y conseguir alojamientos alternativos a los albergues o la calle para personas con enfermedades mentales y ofrecerles una vivienda estable. A diferencia del modelo en escalera, el Housing First ofrece una vivienda estable a las PSH sin necesidad de realizar tratamiento o intervención, sin estar supeditada a la consecución de objetivos previos, siendo la propia persona quien elige donde quiere vivir, para evitar la formación de guetos. Según Löfstrand y Juhila (2012) una de las características definitorias del Housing First es que el apoyo y el tratamiento son proporcionados de manera flexible por equipos multidisciplinares. Las visitas semanales

son obligatorias pero el tipo, secuencia e intensidad de los servicios de apoyo y tratamiento son decididos directamente por la persona.

En Europa, el modelo se ha adaptado hasta las llamadas “Estrategias centradas en la vivienda”, término propuesto por la Conferencia de Consenso Europea sobre Sinhogarismo de la Comisión Europea, siendo aquellas que se apoyan en la provisión o mantenimiento de una vivienda estable unida a la seguridad jurídica en la tenencia de la misma, como paso inicial para resolver o prevenir las situaciones de carencia de hogar, recogiendo el modelo Housing First como parte de diferentes estrategias de intervención basadas en el alojamiento como condición previa. (EAPN, 2013).

I. 3. LA PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

I.3.1. Conceptos previos. Autodeterminación y Calidad de Vida

I.3.1.1. La autodeterminación

Una primera aproximación a la PCP indica su interrelación con los conceptos de autodeterminación y CV por lo que antes de iniciar la explicación de la metodología se hace referencia a los conceptos relacionados con la misma.

El concepto de autodeterminación surge a partir de la Teoría de la Motivación Intrínseca o de la Autodeterminación (Deci y Ryan, 1985), siendo una teoría general de la motivación y la personalidad que se especifica en diferentes subteorías basadas todas ellas en la perspectiva organística y en el papel de la motivación y de las necesidades básicas.

La motivación intrínseca se convierte en el elemento fundamental de la Teoría de la Autodeterminación. Para los autores, el concepto no tiene un único elemento, sino que se puede desglosar en varios componentes o tipos de motivación. Diferencian fundamentalmente entre la motivación intrínseca y la extrínseca. La primera se produce cuando la persona realiza una actividad o conducta por ser en si misma satisfactoria, la segunda sucede al ser la acción meramente instrumental, con el objetivo de conseguir alguna cosa o evitar una consecuencia. Para los autores, la motivación intrínseca tiene un papel fundamental en el bienestar psicológico, sin embargo, para lograrlo se debe satisfacer además tres necesidades básicas innatas: competencia, correspondencia y autonomía siendo esta última la que se identifica con autodeterminación. La primera tiene relación con el nivel de autoeficacia percibida para realizar cualquier acción. La segunda se refiere a la sensación de seguridad y de estar relacionado con los demás mientras que la última, la autonomía, está ligada al locus interno de causalidad percibida o autodirección (Ryan y Decy, 2000).

En el ámbito de las personas con discapacidad, el concepto de autodeterminación ha sido fundamental desde hace unos años. Wehmeyer (1992) es uno de los autores con más prestigio en el ámbito de las necesidades especiales y la discapacidad.

Según el autor supone una serie de acciones volitivas que permiten a la persona actuar como agente causal primario en su propia vida y mantener o mejorar su calidad. Un acto o acontecimiento es autodeterminado si la acción del individuo refleja las destrezas esenciales de autonomía, autorregulación, desarrollo y capacitación psicológicas y autorrealización. Para promover la autodeterminación deben darse tres condiciones básicas:

las competencias propias de la persona, los apoyos para optimizar esas competencias y las oportunidades que ofrezca el entorno.

La autodeterminación se desarrolla en la vida diaria y cotidiana de la persona, moviéndose en el plano privado. Parte de la relación de la persona consigo misma, su autoconocimiento y la toma de decisiones. El constructor manifiesta diferentes grados para cada persona y se mide de forma individual según lo que cada persona considera, no de la idea que quienes ofrecen los apoyos.

I.3.1.2. Calidad de Vida como constructo

Definir CV no es tarea fácil. Históricamente, el concepto ha sufrido modificaciones y cambios desde concepciones meramente filosóficas hasta constructos basados en modelos empíricos. La concreción de su significado ha sido y sigue siendo una labor compleja. La aparición del término CV como tal se produce en los años 60, fruto del interés por introducir, dentro de los indicadores de bienestar material utilizados hasta la fecha las medidas subjetivas o de satisfacción y bienestar personal (Casas, 1996).

El término protagonizó un papel importante a raíz de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), cuando vinculó en su definición de la salud los conceptos de salud y bienestar y supone la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones. Contiene diversas dimensiones: la física; la psicológica; el grado de independencia; las relaciones sociales; el entorno y la dimensión espiritual. La CV cobra sentido en relación a un sistema de valores e ideológicos que varía

en función del grupo y del lugar (Alsinet, 2004). Según Schalock y Verdugo (1996), pese a no ser un constructo nuevo, lo que es innovador es su utilización como principio organizador de servicios de apoyo para lograr que las personas con dificultades o en situación de exclusión mejoren su vida.

El estudio epistemológico de Gurin, Veroff y Feld (1960) supone el punto de partida de los trabajos sobre la felicidad en el campo de las ciencias sociales, al introducir un elemento de subjetividad en la medida de la CV, distante de los indicadores puramente materiales, utilizados ampliamente hasta la fecha. Es precisamente la introducción de elementos subjetivos lo que distingue la evolución del concepto.

En los años 80 el constructo tuvo especial importancia en el ámbito de la discapacidad por cuatro motivos fundamentales;

- Aprehendía las diferentes visiones hacia las personas con discapacidad, tal y como se refleja mediante la autodeterminación, la inclusión, la capacitación y la igualdad. La CV supuso el vehículo mediante el cual se podría alcanzar la igualdad, la capacitación y una mayor satisfacción vital.
- Aportaba un lenguaje común que reflejaba las metas hacia la normalización, la desinstitutionalización y la integración, reconociendo asimismo la necesidad de evaluar los programas.
- Era consistente con la revolución que se producía entonces sobre la calidad, que ponía el énfasis en los productos y los resultados de calidad. El concepto de CV fue aplicado a programas de servicios sociales e integrado por un lado en la PCP, el modelo de apoyos,

las técnicas de mejora de calidad y los resultados personales individuales y por otro en la mejora de la calidad y la gestión de la calidad a nivel organizacional.

- Reflejaba las expectativas entre los usuarios o beneficiarios de los servicios en el sentido que los servicios y apoyos que ellos recibían tendrían un impacto significativo y positivo en su bienestar personal.

En los 90 a la revolución de la calidad en los años anteriores se le unió el movimiento de reforma, centrado en los resultados de calidad y en la evaluación de los programas. Esto tuvo como consecuencia que los grupos y organizaciones promovieran un cambio en los sistemas, así como la necesidad de centrar los esfuerzos en comprender, conceptualizar, aplicar y medir el concepto de CV. Los esfuerzos dieron como fruto el establecimiento, por parte de un grupo extenso de investigadores y profesionales, de una serie de principios que pretendían ayudar a conceptualizar, medir y aplicar el concepto (Schalock *et al.*, 2002). Estos principios se han basado en la igualdad, la inclusión, la capacitación y las oportunidades de crecimiento y aplicación a partir de la evidencia.

En la década siguiente (2000-2010) los principios anteriores han servido de base conceptual y empírica para desarrollar un modelo de CV basado en la medida y aplicación del constructo. En todo caso, para Gómez, Verdugo, Arias y Arias (2010) son la base para que la comunidad científica acepte por consenso cuatro orientaciones sobre el uso de resultados personales relacionados con la CV que son;

- El reconocimiento del carácter multidimensional del constructo.
- El desarrollo de indicadores para cada dimensión de la CV.
- La evaluación de los aspectos objetivos y subjetivos de la CV.
- El enfoque en los predictores de resultados de calidad.

En el ámbito de la discapacidad es fundamental la aportación que el “Grupo de Investigación con Interés Especial sobre Calidad de Vida de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales” de la “Asociación Internacional para el Estudio Científico de la Discapacidad Intelectual” (*International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities, IASSID*) realiza a la hora de clarificar los principios básicos del constructo de CV, siempre reconociendo la dificultad de construir una definición aceptada de forma general por todas las disciplinas. Estos principios surgen a partir del estudio de la literatura internacional y cobran especial importancia en la medición y la aplicación de la CV.

1. La CV se compone de los mismos factores y las relaciones de las personas con discapacidad intelectual que son importantes para las personas sin discapacidad.
2. Se experimenta cuando se satisfacen las necesidades de una persona y cuando uno tiene la oportunidad de seguir enriquecimiento de la vida en los principales escenarios de la vida.
3. Tiene componentes subjetivos y objetivos; pero es sobre todo la percepción de la persona que refleja la calidad de vida que él / ella experimenta.

4. Se basa en las necesidades individuales, opciones y control.

5. Es un constructo multidimensional influenciado por factores personales y ambientales, tales como las relaciones íntimas, la vida familiar, amistades, trabajo, barrio, ciudad o pueblo de residencia, vivienda, educación, salud, nivel de vida y el estado de la propia nación.

En los últimos años (2011-2016) los esfuerzos se concentran en diseñar modelos operativos de CV que buscan comprender y describir la CV mediante la identificación de los componentes centrales o dimensiones del constructo, partiendo siempre del acuerdo acerca de su multidimensionalidad. Los diferentes modelos de CV en todo caso difieren según la naturaleza y la diversidad en sus diversas dimensiones. De esta forma, existen modelos centrados en características específicas, como por ejemplo la Calidad de Vida Relacionada con la Salud o los modelos basados en la Calidad de vida Individual, que entiende la CV como un constructo más amplio. Además de la elaboración y concreción de modelos de CV, los esfuerzos se centran en el diseño de instrumentos de evaluación de la CV.

I.3.1.3. Modelo multidimensional de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo (2002; 2003)

Como ya se ha visto previamente la CV cobra especial importancia en la comprensión, definición y evaluación de los resultados personales. El modelo de CV de Schalock y Verdugo (2002; 2003) considera la CV como un fenómeno subjetivo basado en la percepción que tiene una persona de varios aspectos de las experiencias de su vida,

incluyendo las características personales, condiciones objetivas de vida, y las percepciones de los otros significativos.

En todo caso, para los autores, la CV supone pensar diferente sobre las personas que se encuentran al margen de la sociedad y también reflexionar acerca de los cambios organizacionales, de los sistemas y de la comunidad para aumentar su bienestar personal y reducir la exclusión social. La importancia que está cobrando la utilización del concepto de CV en todo el mundo es debido a su concepción como (Schalock y Verdugo, 2002; 2003; 2009);

- Una noción sensibilizadora que proporciona referencia y guía desde la perspectiva del individuo, centrada en las dimensiones centrales de una vida de calidad.
- Un constructo social que guía estrategias.
- Un marco conceptual para evaluar resultados de calidad.
- Un criterio para evaluar la eficacia de dichas estrategias.

A la hora de definir el concepto, calidad supondría hablar de “excelencia o “niveles de distinción” asociados con características humanas y con valores positivos, como la felicidad y la satisfacción; y de vida indica que el concepto concierne a la misma esencia o a aspectos especiales de la existencia humana” (Schalock y Verdugo, 2009, p. 30). Para los autores, es un constructo que, pese a su reciente importancia, ha sufrido y sufre una notable evolución.

Schalock y Verdugo (2002; 2003; 2007) y Schalock, Bonhamy Verdugo (2008) consideran la Calidad de Vida Individual como un estado deseado de bienestar personal que:

- Es multidimensional y está compuesto por las mismas dimensiones para todas las personas, que reflejan los valores positivos y las experiencias de la vida.
- Tiene propiedades éticas (universales) y émicas (ligadas a la cultura).
- Tiene componentes objetivos y subjetivos.
- Está influenciado por características personales y factores ambientales.

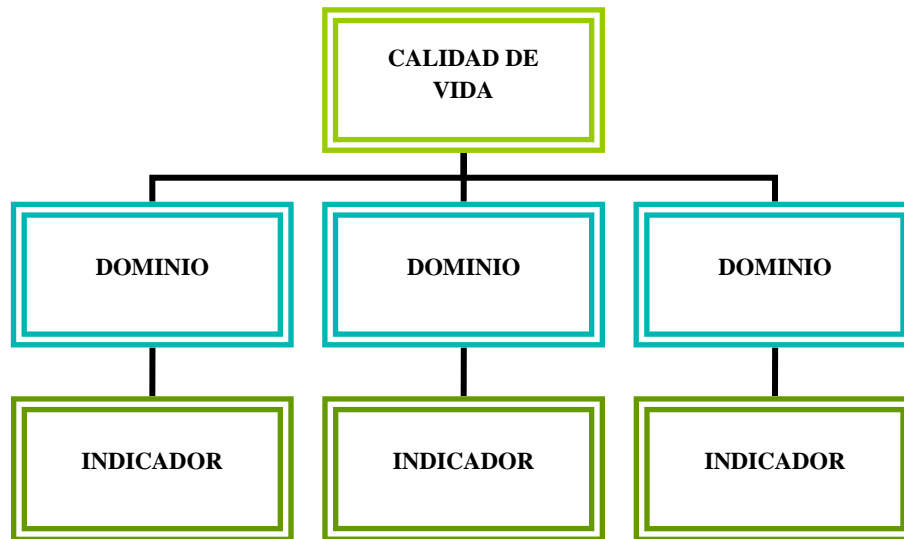
El modelo de CV de Schalock y Verdugo (2002; 2003) se basa en dimensiones, indicadores y resultados personales organizados en diferentes niveles (ver figura 1) definiendo cada componente de la siguiente manera;

- Las dimensiones son el conjunto de factores que componen el bienestar personal. El conjunto representa el rango sobre el cual el concepto de CV se extiende y de este modo define la CV. Las dimensiones son; el Bienestar Físico, el Bienestar Emocional, las Relaciones Interpersonales, la Inclusión Social, el Desarrollo Personal, el Bienestar Material, la Autodeterminación y los Derechos. Se operacionalizan mediante los indicadores de CV.
- Los indicadores de desarrollo de calidad suponen las percepciones, conductas y condiciones relativas a la CV que dan indicio del bienestar personal. Aportan una indicación sobre el bienestar de una persona y son una base conceptual y empírica para

la medición y la aplicación del concepto, así como para la evaluación de los resultados personales.

- Y por último los resultados o logros personales reflejan la situación personal o de las aspiraciones de la persona en relación a los indicadores planteados.

Figura 1. Niveles del Modelo de Schalock y Verdugo (2002; 2003).



Fuente: Elaboración propia.

Las dimensiones e indicadores de CV del modelo se resumen en la tabla 3 y son las siguientes;

- Bienestar emocional: satisfacción, equilibrio y bienestar personal y sentimental, que provienen de un entorno que promueve la estabilidad y la seguridad proporcionando interacciones positivas y eliminando situaciones estresantes o de malestar.

- Relaciones interpersonales: interacción y mantenimiento de relaciones de cercanía con los otros.
- Bienestar material: disponer de la capacidad económica suficiente y cualquier otro elemento material que permita una vida confortable, saludable y satisfactoria.
- Desarrollo personal: ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos.
- Bienestar físico: como el estado de salud incide en la actividad normal, permitiendo desarrollar actividades de la vida diaria y requiriendo ayudas técnicas si es preciso.
- Autodeterminación: decidir por si mismo y poder elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive o las personas con las que se relaciona.
- Inclusión social: ir a lugares participar y utilizar los recursos y lugares como una persona más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas.
- Derechos: ser considerado igual que el resto de la gente, que respeten su forma de ser, sus opiniones, deseos, su intimidad o sus derechos.

Tabla 3. Dimensiones e indicadores de Calidad de Vida.

DIMENSIÓN DE CALIDAD DE VIDA	INDICADORES
Bienestar Emocional	Satisfacción Autoconcepto Ausencia de estrés
Bienestar Físico	Estado de salud Actividades de la vida diaria Ocio
Relaciones Interpersonales	Interacciones Relaciones Apoyos
Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad Roles comunitarios Apoyos sociales
Desarrollo Personal	Educación Competencia personal Desempeño
Bienestar Material	Estatus financiero Empleo Vivienda
Autodeterminación	Autonomía/control personal Metas y valores personales Elecciones
Derechos	Humanos (respeto, dignidad, igualdad) Legales (ciudadanía, acceso, procesos legales)

Fuente: Adaptado de Schalock & Verdugo, 2002; 2003.

Los autores incorporan al modelo la perspectiva de sistemas (Schalock y Verdugo, 2002; 2003) al proponer que tanto las dimensiones como sus indicadores se estructuran dentro de un sistema triple: el microsistema, el mesosistema y el macrosistema.

- Microsistema: contexto social inmediato, como la familia, el hogar, los iguales o el lugar de trabajo, sistemas que afectan directamente a la persona.
- Mesosistema: comunidad, organizaciones y servicios que afectan directamente al funcionamiento de microsistema.
- Macrosistema: patrones culturales amplios, tendencias socio-políticas, sistemas económicos y otros factores relacionados con la sociedad, que afectan directamente a los valores, principios, creencias y significado de las palabras y los conceptos.

Estos tres sistemas tienen influencia directa en la evaluación de la CV. Aunque tanto en el microsistema como en el mesosistema se evalúan los resultados personales, en el primero se utilizan las valoraciones personales al preguntar directamente a la persona sobre su grado de satisfacción acerca de los indicadores de CV. En el segundo es la valoración objetiva de la CV la que se emplea, preguntando a una persona externa sobre el grado de aplicación de estos indicadores. El macrosistema se sirve para la evaluación de los indicadores sociales o condiciones externas y del entorno.

Schalock, Keith, Verdugo y Gómez (2010) han analizado en profundidad el modelo de CV anteriormente expuesto. Utilizando un modelo de ecuaciones estructurales y basándose en las ocho dimensiones y los 24 indicadores del modelo, los autores han planteado la existencia de tres factores de orden superior donde se subsumen las dimensiones

planteadas: independencia, participación social y bienestar. Los resultados se recogen en la siguiente tabla;

Tabla 4. Factores, dominios e indicadores del modelo.

Factor	Dominio	INDICADORES
Independencia	Desarrollo Personal	Nivel educativo, logros personales, conducta adaptativa...
	Autodeterminación	Autonomía, decisiones y elecciones, control personal...
Participación Social	Relaciones Interpersonales	Red social, actividades comunitarias, amistades...
	Inclusión Social	Integración y participación comunitaria, soporte social...
	Derechos	Respeto, dignidad, igualdad...
Bienestar	Bienestar Emocional	Seguridad, autoconcepto, ausencia de estrés...
	Bienestar Físico	Estado de salud, ocio...
	Bienestar Material	Situación económica y laboral, vivienda, posesiones...

Fuente: Adaptado de Schalock, Keith, Verdugo y Gómez, 2010.

En este estudio también han definido y concretado los componentes del modelo de CV, planteando que son tres los principales componentes que permiten la operativización del modelo;

1. Aquellos que posibilitan la organización del fenómeno objeto de estudio.
2. Los indicadores que aportan las medidas del fenómeno estudiado.

3. Las variables que ofrecen una posible explicación de los factores que intervienen en el fenómeno analizado.

A partir de estas tres premisas, en el estudio el modelo operativo analizado incluye tres elementos fundamentales: los dominios centrales, los indicadores (medidas) y las variables (moderadoras y mediadoras) que operan conjuntamente entre ellos. Estas últimas suponen la aportación más novedosa realizada gracias a la investigación (Schalock, Keith, Verdugo y Gómez 2010).

Las variables moderadoras son aquellas variables cuantitativas o cualitativas que alteran la dirección o las fuerzas de la relación entre los predictores y los resultados. Supone la interacción en la cual el efecto de una variable depende del nivel de otra variable. Ejemplos de ello serían el nivel de conducta adaptativa, el funcionamiento intelectual o los niveles de autodeterminación que presenta una persona.

Las variables mediadoras influyen en la relación entre las variables independientes y los resultados estando basada esta relación en la causalidad, la relación directa o la conexión. Sucede cuando una tercera variable interviene en la independiente o en los resultados, por ejemplo los servicios, los apoyos, las intervenciones o incluso las políticas sociales.

Tal y como puntualizan Gómez, Verdugo y Arias (2010), una de las aportaciones más importantes del modelo se encuentra en la evaluación y mejora de los resultados personales relacionados con la CV de los destinatarios de la intervención. Para llevar a cabo esta evaluación, los instrumentos de medición son fundamentales, ya que la CV se ha convertido en un constructo medible que puede aportar información a los responsables de

gestionar servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual, siendo extensibles también a otros colectivos que necesiten determinados apoyos (Schalock y Verdugo, 2007).

Entre los instrumentos de evaluación de la CV basados en este modelo se encuentran por ejemplo los destinados a personas con discapacidad intelectual como la Escala INTEGRAL (Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009) y la Escala INICO-FEAPS (Verdugo et al., 2013), o a personas mayores como la Escala FUMAT de calidad de vida (Verdugo, Gómez y Arias, 2009).

I.3.2. La Planificación Centrada en la Persona

Fue iniciada en el ámbito de la discapacidad intelectual en Estados Unidos en los años 80 por O'Brien, Mount, Pearpoint, Forest y Smull y ofrece una forma de comprender las experiencias de las personas con discapacidad intelectual utilizando los apoyos y red sociales para mejorar su CV. Se fundamenta en los derechos de las personas con discapacidad e incorpora los principios de independencia, opción e inclusión. Es una metodología de trabajo que se basa en la creencia que todos los seres humanos somos diferentes y se debe respetar nuestra individualidad.

Son tres los elementos que confluyen en un contexto determinado y que, según Pallisera (2011), provocan la aparición de la PCP entre los años 70 y 80: el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, la asunción del principio de normalización y la valorización del rol social. Estas tres situaciones provocan el cuestionamiento de las prácticas socioeducativas destinadas a personas con discapacidad y que hasta entonces se estaban desarrollando de forma habitual.

Mount y Zwernik (1988) reconocen los avances en la actitud acerca de las personas con discapacidad, entendiendo que empieza a promoverse una nueva visión que posibilita que la persona y su familia convivan en comunidad. Según Schalock (1995) esta visión supone un cambio de paradigma en la intervención con personas con discapacidad fundamentado en tres premisas;

- El cambio de un sistema centrado en las limitaciones de la persona a otro centrado en el contexto y la interacción bajo los supuestos del enfoque ecológico de Bronfenbrenner.
- El cambio de un sistema centrado en la eficacia de los servicios, programas y actividades a otro centrado en los avances en la CV y las mejoras personales.
- El cambio de un sistema centrado en los profesionales a otro centrado en la persona y sus familiares y personas de apoyo.

La PCP supone romper con el modelo de planificación más clásico o tradicional, en el cual la persona no es el centro del proceso sino que lo es el profesional, que parte de las dificultades del individuo, no de sus capacidades.

Las prácticas centradas en la persona son relacionales e intencionales, ya que son un proceso de co-creación, no una forma de seguir un protocolo establecido. De hecho, para O'Brien, Mount, O'Brien y Rosen (2001), la PCP no ofrece una respuesta programada y establecida a las personas sino que es un proceso que les ayuda a explorar sus intereses y a buscar las oportunidades para desarrollarlos. Los autores asemejan el proceso de PCP a las ondas en un estanque: la energía y aprendizaje a partir de un cambio en una persona genera

interés y acción en un círculo más amplio de personas, que amplía el efecto del cambio a círculos cada vez más amplios. De aquí surge su carácter relacional.

Más recientemente, Holburn (2003) considera la PCP como una mezcla de ideología y estrategia, ya que por un lado defiende la individualización y la autodeterminación como principios centrales de los servicios de apoyo a las personas y, por otro, facilita que la persona identifique las metas que quiere lograr en su vida planificando los pasos a seguir, utilizando métodos específicos para producir cambios en las vidas de las personas con discapacidad.

I.3.3. La investigación en la Planificación Centrada en la Persona y Personas Sin Hogar

I.3.3.1. Acerca del modelo de Calidad de Vida

Como se desprende del concepto de PCP, el modelo de referencia es el de CV, entendida ésta como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderada por una escala de importancia que refleja los valores personales, las aspiraciones y las expectativas de la persona.

Parece evidente, en relación a la evaluación de la PCP, que es la CV la variable más adecuada para medir el impacto de cualquier programa de intervención fundamentado en esta metodología. Esto supone realizar valoraciones tanto subjetivas como objetivas utilizando, para ello, la metodología científica y los instrumentos más adecuados que arrojen datos importantes sobre el impacto en la vida de las personas y los resultados de la puesta en práctica de los programas.

Revisando la literatura, es el modelo de Schalock y Verdugo (2002; 2003) el que más importancia ha adoptado en las prácticas organizacionales y en las políticas sociales. Numerosos autores han analizado el modelo, sea estudiándolo sistemáticamente o analizando diferentes elementos del mismo.

Schalock et al. (2002) parten del estudio de los principios acerca de la conceptualización, medición y aplicación de la CV en personas con discapacidad, llegando a la conclusión que éstos varían en función del país en el que se desarrollan e incluso de una zona u otra del mismo país.

Por su parte, Schalock (2004) recoge la importancia de la CV como un principio de prestación de servicios debido a su carácter multidimensional. Para el autor cobran especial importancia la pluralidad de métodos en la evaluación de la CV, los múltiples usos de los indicadores, los predictores de la CV evaluada y los efectos de las diferentes estrategias de recogida de datos. Además concluye que es preciso comprender el uso y la evaluación de los resultados personales de CV en los programas destinados a personas con discapacidad.

En esta línea, el estudio posterior de Schalock, Verdugo, Jenaro, Wang, Wehmeyer, Jiancheng y Lachapelle (2005) se analizan los indicadores de vida más estudiados en la literatura y las propiedades éticas (relacionadas con el constructo) y émicas (culturales) de ellos. Mientras que Verdugo, Schalock, Keith y Stancliffe (2005) analizaron la importancia de la evaluación de la CV en discapacidad intelectual, concluyendo que cada vez más se utiliza como marco conceptual para la evaluación de resultados de calidad y de mejora de la CV individual y para evaluar la eficacia de las estrategias utilizadas. Otro trabajo que analiza la CV como marco conceptual y de evaluación de programas es el de Schalock,

Bonham y Verdugo (2008) quienes afirman que el concepto es de naturaleza evolutiva y tiene impacto en el desarrollo de modelos de CV y de investigación transdisciplinaria.

Brown, Schalock y Brown (2009) analizan también el constructo como marco organizativo conceptual y su importancia en la aplicación de la CV en personas con discapacidad. Para los autores es preciso identificar su relevancia científica de forma proactiva en la literatura científica y asegurarse de ser metodológicamente sólida, proporcionar datos cuantitativos y cualitativos relevantes y que esté representada la variabilidad inter e intra individual y los entornos culturales de referencia.

Las últimas investigaciones realizadas teniendo como referencia el modelo de CV otorgan importancia sobre todo a la evaluación, la medición y el estudio de los resultados de CV relacionados con las políticas de prestación de servicios.

Un ejemplo de ello es el trabajo de Reinders y Schalock (2014) al analizar el enfoque dinámico de la CV basado en su conceptualización y medición. Para los autores la teoría de CV es fundamental en la prestación de servicios, en el desarrollo de políticas y en la investigación relacionada con el concepto. Schippers, Zuna y Brown (2015) analizan el modelo conceptual de CV de Schalock y Verdugo pero haciendo especial énfasis en la importancia de los resultados como elemento fundamental en el desarrollo de políticas y en las organizaciones. Por su parte, Schalock, Verdugo, Gomez y Reinders (2016) analizan tres pasos necesarios para dirigirse hacia una teoría de la CV individual: el desarrollo de un modelo conceptual, la integración de los componentes de la teoría, y la aplicación y la evaluación de la teoría, todo ello en el campo de las personas con discapacidad.

La necesidad de evaluar la teoría y el modelo de CV se manifiesta en la producción científica sobre instrumentos de medición. El primero de los instrumentos basados en las ocho dimensiones de CV de Schalock y Verdugo (2003) fue el Quality of Life Questionnaire (Cuestionario de Calidad de Vida, QOL-Q) elaborado por Schalock y Keith (1993), destinado fundamentalmente a personas con discapacidad intelectual.

Los instrumentos de medición basados en el modelo de CV de Schalock y Verdugo (2003) han sufrido una evolución notable a partir de este primer cuestionario. Tal y como puntualizan Gómez, Verdugo y Arias (2010) una de las aportaciones más importantes del modelo se encuentra en la evaluación y mejora de los resultados personales relacionados con la CV de los destinatarios de la intervención. Anteriormente se han presentado ejemplos de cuestionarios destinados a personas con discapacidad o personas mayores, pero es preciso señalar que son aplicables también a otros colectivos que necesiten determinados apoyos (Schalock y Verdugo, 2007).

I.3.3.2. Investigaciones relacionadas con la Planificación Centrada en la Persona

Pese a lo reciente de la aparición de la metodología de PCP no son pocos los estudios que analizan, desde diferentes aspectos o puntos de vista, su desarrollo e implementación.

La necesidad de evaluar el proceso de desarrollo e implementación de la PCP ya fue recogida por Holburn (2003) al señalar que es preciso la evaluación sistémica en las organizaciones que siguen sus principios. Para el autor, pese a la inexistencia de investigaciones empíricas reales del proceso es fundamental realizar análisis formales basados en el método científico que posibiliten aplicaciones de la PCP exitosas. Estos

análisis deben tener en cuenta no solamente los resultados o impacto del proceso sino también el desarrollo del mismo.

La necesidad de evaluar continúa siendo uno de los retos más importantes a los que las organizaciones se enfrentan a la hora de poner en práctica experiencias de PCP (Schalock, 2015). Para el autor las organizaciones deben promover las mejores prácticas profesionales y éstas incluyen partir del respeto por la persona, utilizar prácticas basadas en la evidencia y evaluar los resultados conseguidos.

Las evidencias clásicas han sido las intervenciones directas y el tratamiento, sin embargo se han ido ampliando hacia las estrategias individuales de apoyo a las personas, los juicios clínicos y los resultados obtenidos por la organización. La evaluación de estos resultados es fundamental a la hora de desarrollar prácticas profesionales de calidad. Sin embargo no es un proceso fácil, ya que, según el autor, existen una serie de reticencias y obstáculos a este proceso tales como centrarse no solo en los resultados sino también en el proceso; la existencia de un modelo de medición claro y transformar la evaluación en un proceso interno y colaborativo que permita generar calidad y promover la mejora continua. En todo caso, la aparición de modelos conceptuales y de medición individual y organizacional y el cambio en el enfoque de la evaluación por parte de las organizaciones son dos cambios que, para el autor, están permitiendo superar estas dificultades.

Los intentos por evaluar el proceso de PCP aparecen con fuerza a partir de determinados estudios relacionados especialmente con el impacto en las políticas sociales o en la CV de las personas y los que analizan los diferentes enfoques de la PCP.

Entre los primeros destacan el de O'Brien (2004) al analizar el proyecto desarrollado por el Departamento de Salud del Gobierno de Reino Unido denominado Valuing People. Esta estrategia establece las propuestas gubernamentales para mejorar la vida de las personas con discapacidades de aprendizaje y sus familias y cuidadores, basada en el reconocimiento de sus derechos como ciudadanos, la inclusión social en las comunidades locales, la elección de su vida cotidiana y oportunidades reales de ser independientes. Según refleja el autor el proyecto consigue los logros planificados sobre la CV de las personas con discapacidad utilizando para ello los valores y principios de la PCP. Continuando con el análisis del proyecto, Manselly Breadle-Brown (2004) llegan a las mismas conclusiones que O'Brien al valorar como positivo el impacto en las políticas sociales que supone la utilización de la PCP en el desarrollo de la CV de las personas con discapacidad en el Reino Unido.

Más específico es el estudio de Holburn, Jacobson, Schwartz, Flory y Vietze (2004) quienes analizaron los resultados de la implementación de un programa de PCP mediante una investigación longitudinal. Utilizaron medidas e indicadores de CV relacionados con la autonomía, las elecciones, las actividades de la vida diaria, las relaciones personales y la satisfacción. Otro ejemplo claro de la evaluación del impacto de un programa de PCP en la vida de las personas con discapacidad es el objetivo principal de un estudio longitudinal desarrollado por Robertson et al. (2005).

El análisis de los factores relacionados con el éxito en los resultados personales al aplicar la PCP es analizado por Robertson *et al.* (2005) en un estudio sobre las experiencias vitales de un grupo de adultos participantes para que las organizaciones que implementan

prácticas relacionadas con la PCP mejoraran su intervención. En Robertson, Emerson, Elliot y Hatton (2007) ampliaron los hallazgos del anterior trabajo, presentando los resultados acerca del impacto de la PCP en la muestra escogida. Los resultados positivos de ambos estudios hacen que la PCP sea, según los autores, un cambio evolutivo en la intervención con personas con discapacidad.

LeRoy, Wolf-Branigin, Wolf-Branigin, Israel y Kulik (2007) analizaron el proceso de PCP en una serie de equipos profesionales que desarrollaban su trabajo con personas con discapacidad en Detroit con el objetivo de estudiar los factores que los facilitadores consideran importantes para el éxito de la intervención y mejorar las prácticas.

Para Claes, Van Hove, Vandeveldel, Van Loon y Schalock (2010) la PCP tiene un impacto positivo en la vida de las personas con discapacidad. Plantean, asimismo, la necesidad de seguir realizando estudios en profundidad acerca del impacto en la CV de las personas que participan de la metodología.

I.3.3.3. Investigaciones sobre Personas Sin Hogar

Al realizar una revisión rápida de las investigaciones sobre PSH la conclusión más evidente es la dificultad en la producción de literatura científica y de investigación sobre esta temática. Según Cabrera (2008), no es hasta 1984 cuando se produce el primer estudio español que utiliza una muestra lo suficientemente representativa del colectivo de PSH a nivel nacional. Según el autor, la investigación social sobre el sinhogarismo tiene no más de 30 años de existencia.

El estudio realizado por la Fundació Bofill (Uribe y Alonso, 2009) recoge esta dificultad analizando sus causas. Según los autores, existe una ausencia de datos y registros estadísticos estandarizados sobre el colectivo de PSH tanto a nivel internacional como europeo y español (sea a nivel estatal, autonómico e incluso local). Afirman que los datos y registros existentes no son comparables debido fundamentalmente a la diversidad de criterios de definición de la realidad del sinhogarismo y a la utilización de sistemas de recogida de datos heterogéneos. En los estudios europeos iniciados a partir de los años 90 existe una ausencia de parámetros comunes y de calidad que sean capaces de evaluar las desigualdades y condiciones socioculturales de las PSH que dificultan el desarrollo de estudios e investigaciones.

Según Busch-Geertsema, Edgar, O'Sullivan y Pleace (2010, p. 16) una de las principales dificultades metodológicas a la hora de investigar el fenómeno es la diversidad del colectivo, su heterogeneidad. Además añade la limitación de la falta de acuerdo sobre en qué consiste la falta de vivienda, la definición de sinhogar.

Además de los problemas de definición existen otras limitaciones que dificultan la investigación en PSH. La mayoría de estudios descriptivos analizados a nivel estatal (encuestas del INE) y local (informes y memorias de entidades públicas y privadas) señalan la dificultad de obtención de datos debido a las características del colectivo y a su alta movilidad geográfica. El Informe extraordinario de la institución del Ararteko (2006) indica la dificultad de obtención sistemática de información y la necesidad de elaborar criterios para poder organizar la información que se precisa si se quiere entender el fenómeno.

I.3.3.4. Investigaciones que relacionan Calidad de Vida y Personas Sin Hogar

Entre los investigadores, parece existir un amplio acuerdo en la necesidad de estudiar la CV de las PSH y la escasez de literatura científica de referencia.

Hubley, Russell, Palepu y Hwang (2012) han realizado una de las revisiones de la literatura sobre la CV subjetiva de las personas sin hogar, comparando para ello PSH con la población general, estudiando las diferentes situaciones de sinhogarismo y asociando la calidad de vida con variables demográficas como la edad o el género. Los estudios encontrados por los autores revelan que el inicio de las investigaciones se produce sobre 1981, fecha relativamente reciente que coincide con lo que consideran el inicio de la producción literaria de importancia sobre el fenómeno del sinhogarismo. Estos autores identifican la salud física, el abuso de sustancias y los problemas salud mental, como los principales focos de atención en los estudios e investigaciones mientras que la CV y especialmente la subjetiva es muy limitada.

De la misma manera, valoran que el análisis de la CV objetiva -utilizada frecuentemente en estudios poblacionales- no es suficiente para explicar las experiencias individuales de las personas en esta situación y sobre todo para entender las habilidades para afrontar situaciones vitales negativas o las respuestas que ofrecen ante los cambios (positivos o negativos) de sus vidas.

El uso de metodología cualitativa es una práctica generalizada en los estudios que relacionan CV y PSH. Las técnicas más utilizadas son la entrevista y los grupos focales.

Una de las investigaciones sobre CV y PSH es la realizada en 2012 por Dunleavy, Kennedy y Vaandrager, al investigar el bienestar de las PSH en Reino Unido. Mediante una aproximación salutogénica (orientación positiva sobre la salud), los autores exploran las experiencias de vida subjetivas de bienestar utilizando una serie de entrevistas individuales.

Palepu, Hubley, Russell, Gadermann y Chinni (2012) realizaron un estudio sobre la CV y temas relacionados con la misma en jóvenes sin hogar o en hogares precarios en Canadá utilizando para ello grupos focales múltiples. El objetivo principal del estudio fue identificar los elementos principales de la CV en personas que hubiesen experimentado situaciones de sinhogarismo. Para ello y mediante una muestra de 140 personas de entre 15 a 73 años realizaron grupos focales compuestos por un máximo de 8 participantes en los cuales fueron preguntados por todo aquello importante en su CV. Los resultados ofrecieron que los elementos determinantes para la CV de los participantes fueron la salud y su cuidado, las condiciones de vida, la situación económica, la situación laboral, las relaciones interpersonales y las actividades de ocio.

Otro ejemplo de metodología cualitativa es el estudio de Wolf, Burnam, Koegel, Sullivan y Morton (2001) que realizaron una investigación con el objetivo de analizar los cambios en la CV subjetiva y sus dominios específicos en PSH adultas una vez que vuelven a tener un hogar y cuáles son los factores que predicen el cambio en la satisfacción. El estudio se realizó mediante entrevistas directas cara a cara de una muestra de 485 personas sin hogar adultas en dos momentos: en dos y 16 meses.

En las investigaciones que han utilizado escalas o cuestionarios, la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) es la más empleada.

Biswas-Diener y Diener (2006) realizaron un estudio acerca del bienestar subjetivo de las PSH utilizando para ello una amplia muestra de personas originarias de Calcuta (India), California y Portland (Oregon) en Estados Unidos estas dos últimas. Para obtener los datos necesarios utilizaron una entrevista en la que se recogían variables sociodemográficas, de consumo de tóxicos, condiciones de vida, historia médica y cuestiones legales. Además, utilizaron la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS).

Chue, Tibbo, Wright y Van Ens (2004) realizaron un estudio en PSH con enfermedad mental evaluando el nivel de satisfacción de clientes y usuarios de un programa de tratamiento asertivo comunitario mediante la utilización de cuestionarios basados en el Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSQ 8), la Satisfaction Interview Survey (SIS) y la SWLS.

El estudio de las relaciones entre las variables espirituales y físicas relacionadas con el bienestar en PSH adultas fue el objetivo de la investigación realizada por Runquist y Reed (2007). En este trabajo, las autoras utilizan una muestra de 61 personas que respondieron a la Escala de Perspectiva espiritual (Spiritual Perspective Scale, SPS), la Escala de auto trascendencia (Self-Trascendece Scale, STS) y un índice de CV así como indicadores de fatiga y del estado de salud.

Las investigaciones nacionales sobre CV y PSH se centran, fundamentalmente, en estudios epidemiológicos o estudios descriptivos sobre condiciones de vida y salud. Utilizan fundamentalmente indicadores socioeconómicos o entrevistas directas. El uso de cuestionarios o escalas en estos estudios es residual.

Uno de los pocos trabajos que analiza la CV sin mediar indicadores socioeconómicos es el realizado por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (Verdugo, Jordán de Urríes, Martín-Ingelmo, Ruízy Santamaría, 2009) con el objetivo de analizar la valoración objetiva de la CV de los trabajadores que participaron en el Programa ECA Caja Madrid en el año 2008. El programa ECA Caja Madrid de Empleo con Apoyo se desarrolla desde el año 2005 y está destinado a la financiación de la consecución de inserciones laborales realizadas mediante la modalidad de empleo con apoyo y desarrolladas por distintas entidades que trabajan con colectivos de difícil empleabilidad.

En el estudio, de diseño transversal y retrospectivo, participaron un total de 1135 trabajadores divididos en dos grupos: personas con discapacidad y personas en exclusión social. Dentro de este último grupo, el 18,62% se encontraba en situación de sin hogar o era receptor de renta mínima de inserción. Para valorar el impacto del programa Empleo con Apoyo se utilizó la Escala GENCAT de Calidad de Vida, basada en el modelo Schalock y Verdugo.

I.3.3.5. Investigaciones sobre Planificación Centrada en la Persona y Personas Sin Hogar

Al analizar la literatura sobre PSH y PCP, Dowling, Manthorpe & Cowley (2006) describían la inexistencia de estudios que relacionen los conceptos de PCP y PSH incluso ampliando el término a exclusión social o usuarios de servicios de atención social, por lo que cuestionaban si son de aplicación los términos PCP a estos colectivos.

Sin embargo, existen investigaciones que analizan experiencias de adaptación y aplicación de la metodología de la PCP en el colectivo de PSH que permiten discutir esta premisa.

Varney y Van Vliet (2008) analizaron metodologías de intervención utilizadas en organizaciones que trabajan con PSH en EEUU y Canadá aportando evidencias de la utilidad de los enfoques centrados en la persona a la hora de diseñar políticas sociales y desarrollar prácticas profesionales.

Asimismo Cornes, Joly, Manthorpe, O'Halloran y Smyth (2011) analizaron, a través de un estudio desarrollado a lo largo de dos años, como diferentes organizaciones y profesionales trabajaron juntos para identificar los factores importantes del sinhogarismo y la exclusión social. Entre sus conclusiones destaca que las prácticas personalizadas e integradas de atención promueven un papel y un rol positivo en los trabajadores sociales de centros de atención social por lo que proponen continuar en esta línea de intervención.

Milaney (2011; 2012) analiza la gestión de casos como metodología de atención a personas sin hogar y estudia sus elementos y cómo influyen en la salida de la situación de sin hogar. Entre los elementos que estudia se encuentran las prácticas de PCP dentro del Housing First. Afirma que la personalización y las prácticas de PCP, entre otros, son los factores que reducen las barreras de intervención con PSH y las situaciones de sinhogarismo.

Otro de los ejemplos de cómo la PCP es susceptible de ser una metodología adaptada a la intervención con PSH es la propuesta de Archard & Murphy (2015) quienes analizan un programa piloto basado en la personalización y el enfoque no directivo, implementado por

profesionales de la acción social y de la salud y destinado a PSH con enfermedad mental. Según el estudio, para los profesionales del trabajo social el enfoque centrado en la persona permite la individualización de la intervención y los profesionales de la salud valoran la continuidad de cuidados que posibilita. En ambos casos se valora la confianza que da a los usuarios la continuidad y la adaptación del cuidado a sus necesidades.

Si bien todas estas experiencias ponen de manifiesto como la PCP es una metodología adecuada para ser destinada a PSH la única muestra en España de su posible idoneidad se encuentra en el desarrollo de la Escala GENCAT de Calidad de Vida (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008).

El origen de la escala se debe al encargo que la Generalitat de Catalunya, a través del Departament de Benestar Social i Família, hizo a los autores con el objetivo de obtener el perfil de proveedores de las diferentes entidades prestadoras de servicios dentro de servicios sociales dependientes del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials de la Generalitat (ICASS) y basados en el modelo de CV de ocho dimensiones (Schalock y Verdugo, 2002; 2003).

La administración catalana entiende que el modelo de CV alimenta y aglutina la mejora de la calidad en la atención a las personas destinatarias de los servicios sociales y que la metodología de planificación personalizada debe ser un marco de referencia para todos los profesionales que forman parte de este sistema, basándose en un lenguaje común en todos los ámbitos de los servicios sociales y que permita prestigiarlos al mismo tiempo, al utilizar un instrumento desarrollado con rigor científico (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2013).

Para Gómez (2010) la Escala GENCAT pretende la mejora continua de los servicios sociales permitiendo el desarrollo e implementación de planes de atención y apoyo individualizados de las personas usuarias siempre basados en resultados personales medibles. Para conseguirlo, presenta un conjunto de aspectos observables de las diferentes dimensiones de CV de la persona, que deben ser evaluados por el profesional de servicios sociales para conformar estos planes de apoyo. Según Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2010) cuando se pretende conseguir cambios organizativos, evaluar programas o mejorar la calidad del servicio es recomendable la utilización de cuestionarios objetivos basados en la observación directa de experiencias y situaciones personales, como lo es la Escala GENCAT.

Pese a no ser un instrumento específicamente diseñado para la medida de CV de PSH, empiezan a aparecer tímidamente experiencias de aplicación de la escala al colectivo. Entre las más destacables se encuentra la desarrollada por Ruíz, Verdugo y Orgaz (2011) quienes analizan la valoración objetiva de la CV de trabajadores con discapacidad o en situación de exclusión social participantes en un programa nacional de empleo con apoyo. La pertinencia de la escala así como sus posibilidades de aplicación e idoneidad para medir la CV del colectivo de PSH se hacen evidentes en estudios como el de Aguirre (2013), quien utiliza los resultados obtenidos para planificar intervenciones específicas y adaptadas a las necesidades de los usuarios de servicios sociales destinados a este grupo de población.

En todas estas experiencias se ofrecen como conclusiones los beneficios de la PCP en la intervención con PSH. A pesar de ser una metodología propia del colectivo de personas con

discapacidad, estos proyectos ponen de manifiesto la pertinencia del paradigma cuando se adapta a las PSH, ya que tanto sus objetivos como sus principios son compartidos.

II. PARTE 2. ARTÍCULOS PRESENTADOS

II.1. ARTÍCULO 1.

Benito, E., Alsinet, C. & Maciá, A. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala GENCATde Calidad de Vida en una muestra de personas sin hogar. Siglo Cero: Revista sobre discapacidad intelectual, 47(1), 23-36.

The screenshot shows a web browser window with the URL revistas.usal.es/index.php/0210-1696/article/view/scero201612336. The page header features the logo for 'SIGLO CERO: REVISTAS SOBRE DISCAPACIDAD INTELLECTUAL' and 'eVSAL REVISTAS GESTOR ONLINE'. A navigation bar contains links for 'SUSCRIBIRSE', 'BÚSQUEDA AVANZADA', 'ANTERIORES', and 'ACERCA DE...'. The breadcrumb trail reads 'Inicio > Vol. 47, núm. 1 (2016) > BENITO HERRÁEZ'.

The main content area displays the article title: 'PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA EN UNA MUESTRA DE PERSONAS SIN HOGAR'. The author information is 'Eva María BENITO HERRÁEZ, Carles ALSINET MORA, Araceli MACIÁ ANTÓN'. The 'Resumen' section states: 'El objetivo principal de esta investigación es analizar las propiedades psicométricas de la Escala Gencat de Calidad de Vida en una muestra de 72 personas usuarias de la Oficina Municipal de Atención para Personas en Situación de sin Hogar de la ciudad de Lleida. El análisis de los 69 ítems se ha basado en la Teoría Clásica de los Test y en la Teoría de Respuesta al Ítem. Los resultados del alfa de Cronbach muestran valores adecuados, situándose entre .749 y .853. Según el modelo de Escalas de Clasificación la confiabilidad es alta con valores superiores a .95 en todas las dimensiones. La mayoría de ítems se ajusta al modelo. La limitación más importante del estudio es el tamaño de la muestra, que disminuye su confiabilidad. A pesar de ello se puede concluir que la escala posee evidencias suficientes de fiabilidad para poder evaluar la calidad de vida de las personas sin hogar.'

The 'Palabras clave' section lists: 'calidad de vida; personas sin hogar; teoría de respuesta al ítem'. The 'Referencias' section includes: 'Aguirre, B. (2013). El acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con trastorno mental y en exclusión social. Zerbitzuan, 54, 127-137. https://doi.org/10.5569/1134-7147.54.08'; 'Arias, B., Gómez, L. E., Verdugo, M. Á. y Navas, P. (2010). Evaluación de la calidad de vida en personas drogodependientes mediante el modelo de Rasch. Revista Española de Drogodependencias, 35 (1), 206-219.'; 'Córdoba-Andrade, L., Gómez-Benito, J. y Verdugo-Alonso, M. Á. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. Universitas Psychologica, 7 (2), 369-383.'; 'Cummins, R. A. (1997). Assessing the quality of life of adults with profound disabilities. En R. I. Brown. Quality of Life for People with Disabilities. Models, research and practice. United Kingdom: Stanley Thornes.'; 'Cummins, R. A. y Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. Intervención Psicosocial, 9 (2), 185-198.'; 'Falson, D. y Perron, L. (1995). Quality of life: its definition and measurement. Research in Developmental Disabilities, 16 (1), 1-10.'

The sidebar on the right contains sections for 'Acceso' (with fields for 'Usuario' and 'Contraseña'), 'Idioma' (set to 'Español'), 'Contenido de la revista' (with a 'Buscar' field and a 'Todos' dropdown), and 'Navegar' (with links for 'Por número', 'Por autor/a', 'Por título', and 'Otras revistas').

The Windows taskbar at the bottom shows the 'Inicio' button, several open browser windows (including 'congreso salamanca', 'TESIS POR COMPEND...', and 'Propiedades psicomé...'), and the system tray with the date 'ES' and time '9:31'.

Introducción

Definir calidad de vida (CV) no es tarea fácil. Históricamente, el concepto ha sufrido modificaciones y cambios desde sus inicios en la filosofía hasta constructos basados en criterios empíricos. La concreción de su significado ha sido y sigue siendo una labor compleja.

Sin embargo y a pesar de las dificultades de conceptualización existe un cierto acuerdo en relación a los aspectos básicos de su definición. Tal y como concluyen Cummins y Cahill (2000) al revisar la evolución del constructo de CV existen ciertos elementos aceptados por la comunidad científica. Es un concepto multidimensional formado por diferentes ámbitos de la vida de la persona, que incluye componentes objetivos y subjetivos, aplicable a cualquiera independientemente de sus circunstancias vitales y ha de reflejar las normas culturales de bienestar objetivo. Teniendo en cuenta los elementos comunes han surgido una serie de modelos explicativos que se centran en determinados factores o dimensiones, como los de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) o calidad de vida familiar (CVF), que deben ser diferenciados del de la CV individual.

La aparición del constructo de CVRS se produce a partir de la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo en 1948 acerca de la salud, considerándola como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no únicamente la ausencia de enfermedad. Esta definición es fundamental en el desarrollo de la CV, que a su vez está estrechamente relacionada con la CVRS. Schumaker y Naughton (1995) determinan que está compuesta por el estado funcional, el funcionamiento psicológico y social y los síntomas que provoca el problema de salud que padezca la persona y su tratamiento. Una

década más tarde, Schwartzmann (2003) plantea que la CVRS es la valoración que realiza una persona de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel fisiológico, emocional y social.

Para Schalock, Brown, Brown, Cummins, Felce, Matikka, Keith y Parmenter (2002) la CV es un constructo multidimensional que está afectado por factores personales y ambientales, siendo la vida familiar uno de ellos. Según Park, Turnbull y Turnbull (2002) la familia experimenta CV cuando cada uno de sus miembros tiene sus necesidades cubiertas, disfrutan de la vida juntos y tienen las oportunidades precisas para conseguir y alcanzar las metas importantes para ellos. La CVF es entendida por numerosos autores como una extensión de la CV individual (Córdoba-Andrade, Gómez-Benito y Verdugo-Alonso, 2008).

Estos dos modelos anteriores se centran en dimensiones específicas del constructo. Por el contrario, la CV individual supone una perspectiva más amplia que incluye todas las dimensiones relevantes en la vida de una persona e incluye la evaluación de elementos objetivos y subjetivos, aunque son estos últimos uno de sus elementos clave (Schalock y Verdugo, 2003). Entre los modelos de CV individual destacan el de Cummins (1997; 2000) quien recoge en su definición tanto componentes objetivos como subjetivos incorporando éstos medidas de bienestar percibido y el modelo de Felce y Perry (1995) que ofrece tres componentes de la CV que interactúan entre sí: las condiciones de vida objetivas, la evaluación subjetiva de la satisfacción personal y los valores personales. El modelo fue

adaptado con posterioridad por Petry, Maes y Vlaskamp (2005) en personas con discapacidad profunda y múltiple.

Dentro del ámbito de la discapacidad es claramente el modelo de CV de Schalock y Verdugo el que ha exhibido un desarrollo más evidente y una amplia aceptación a nivel internacional (Gómez, Verdugo, Arias y Arias, 2010). Considera la CV individual como un fenómeno subjetivo basado en la percepción que tiene una persona de varios aspectos de las experiencias de su vida incluyendo las características personales, condiciones objetivas de vida, y las percepciones de los otros significativos. Los autores consideran la CV como un concepto multidimensional compuesto por las mismas ocho dimensiones para todas las personas: el Bienestar Físico, el Bienestar Emocional, las Relaciones Interpersonales, la Inclusión Social, el Desarrollo Personal, el Bienestar Material, la Autodeterminación y los Derechos. Estas dimensiones se operacionalizan mediante indicadores de CV entendidos como las percepciones, comportamientos y condiciones relacionadas con la CV que aportan una indicación sobre el bienestar de una persona y son una base conceptual y empírica para la medición y la aplicación del concepto, así como para la evaluación de los resultados personales, que reflejan la situación personal en relación a los indicadores planteados.

Los autores incorporan al modelo la perspectiva de sistemas al proponer que tanto las dimensiones como sus indicadores se estructuran dentro de un sistema triple: el microsistema o contexto social inmediato, el mesosistema compuesto por la comunidad, los grupos y organizaciones que afectan el funcionamiento del microsistema y el macrosistema que serían los patrones culturales, el sistema económico y otros factores sociales que

influyen en los valores y creencias de la sociedad. Estos tres sistemas tienen influencia directa en la evaluación de la CV.

Tal y como puntualizan Gómez, Verdugo y Arias (2010) una de las aportaciones más importantes del modelo se encuentra en la evaluación y mejora de los resultados personales relacionados con la CV de los destinatarios de la intervención. Para llevar a cabo esta evaluación, los instrumentos de medición son fundamentales, ya que la CV se ha convertido en un constructo medible que puede aportar información a los responsables de gestionar servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual, siendo extensibles también a otros colectivos que necesiten determinados apoyos (Schalock y Verdugo, 2007). Ejemplo de ello serían los destinados a personas con discapacidad intelectual como la Escala Integral (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2009) y la Escala INICO-FEAPS (Verdugo; Gómez; Arias; Santamaría; Clavero y Tamarit, 2013), o a personas mayores como la Escala FUMAT de Calidad de Vida (Verdugo, Gómez y Arias, 2009).

La extensión del modelo de CV a otros colectivos se manifiesta claramente en el desarrollo de la Escala GENCATde Calidad de Vida (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008). Es un instrumento de evaluación objetiva diseñado a partir del modelo multidimensional de CV propuesto por Schalock y Verdugo (2003). Siguiendo a Gómez (2010) el instrumento pretende la mejora continua de los servicios sociales permitiendo el desarrollo e implementación de planes de atención y apoyo individualizados de las personas usuarias siempre basados en resultados personales medibles. Para conseguirlo, presenta un conjunto de aspectos observables de las diferentes dimensiones de CV de la persona, que deben ser evaluados por el profesional de servicios sociales para conformar estos planes de

apoyo. Según Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2010) cuando se pretende conseguir cambios organizativos, evaluar programas o mejorar la calidad del servicio es recomendable la utilización de cuestionarios objetivos basados en la observación directa de experiencias y situaciones personales, como lo es la escala GENCAT.

Pese a no ser un instrumento específicamente diseñado para la medida de CV de personas sin hogar (PSH), empiezan a aparecer tímidamente experiencias de aplicación de la escala al colectivo. Entre las más destacables se encuentra la desarrollada por Ruíz, Verdugo y Orgaz (2011) quienes analizan la valoración objetiva de la CV de trabajadores con discapacidad o en situación de exclusión social participantes en un programa nacional de empleo con apoyo. La pertinencia de la escala así como sus posibilidades de aplicación e idoneidad para medir la CV del colectivo de PSH se hacen evidentes en estudios como el de Aguirre (2013), quien utiliza los resultados obtenidos para planificar intervenciones específicas y adaptadas a las necesidades de los usuarios de servicios sociales destinados a este grupo de población. Partiendo de esta premisa, el principal objetivo de la presente investigación es comprobar si posee adecuadas propiedades psicométricas para poder ser aplicada al colectivo de PSH, al no encontrarse estudios similares. Se ha analizado la fiabilidad mediante la Teoría Clásica de los Test (TCT) y la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), seleccionando para ello la extensión del Modelo de Rasch para ítems politómicos, el Modelo de Escalas de Clasificación (RSM).

Método

Participantes

Han participado un total de 72 personas usuarias de la Oficina Municipal de Atención Social para PSH de la ciudad de Lleida: 61 hombres y 11 mujeres, con edades comprendidas entre los 25 y los 73 años. Los resultados muestran que el 84.7% del total son hombres frente al 15.3% de mujeres, la edad media es de 45 años ($dt=10.84$), solteros, sin estudios o con estudios primarios y que se encuentran en situación de calle desde hace seis años y medio ($dt=6.84$). Las personas de origen español suponen el 38.9% de la muestra, seguidas de las de origen marroquí con un 18% del total mientras que el 7% son nativos de Ghana y Rumanía en ambos casos. El estudio de la normalidad muestra un buen ajuste en la variable edad confirmado mediante los resultados del test de Kolmogorov-Smirnov ($p= .200$) y Shapiro-Wilks ($p= .366$). Sin embargo la variable tiempo en calle manifiesta una desviación significativa ($p= .000$ en ambos estadísticos). El test de Levene pone de manifiesto la homogeneidad de sus varianzas ($p= .464$ y $.617$ respectivamente).

El único criterio de inclusión utilizado en el estudio ha sido la vinculación previa de los participantes por un periodo mínimo de tres meses a la Oficina Municipal según se establece en los requisitos de la escala. En cuanto a los profesionales del equipo de Atención Social para PSH de la ciudad de Lleida encargados de cumplimentar la escala han participado los cuatro componentes el equipo: dos educadores sociales y dos trabajadoras sociales. Cada uno ha sido responsable de cumplimentar la escala relativa a aquellas

personas en seguimiento e intervención por parte de cada profesional por un mínimo de 3 meses, tal y como establece el instrumento.

Instrumento de recogida de datos. Escala GENCATde Calidad de Vida

Es un cuestionario compuesto por 69 ítems relativos a cuestiones observables con la CV individual y distribuidos en ocho subescalas correspondientes a cada dimensión del modelo multidimensional de CV de Schalock y Verdugo: Bienestar Físico, Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Inclusión Social, Desarrollo Personal, Bienestar Material, Autodeterminación y Derechos. Los ítems están redactados en tercera persona, con formato declarativo y las respuestas se ofrecen en una escala de frecuencia de cuatro opciones (*'nunca o casi nunca'*, *'a veces'*, *'frecuentemente'* y *'siempre o casi siempre'*). La escala ofrece el perfil de CV obtenido a partir de puntuaciones estándar de cada una de las ocho dimensiones analizadas y el índice de CV obtenido a partir de la puntuación estándar compuesta calculada a partir de las ocho subescalas. Es el profesional de servicios sociales quien administra el cuestionario a personas mayores de 18 años conocidas por éste por un tiempo mínimo de tres meses. En el estudio se ha utilizado la versión de la escala en catalán, idioma utilizado por los profesionales que han cumplimentado la escala.

La escala GENCAT ha sido desarrollada mediante un método riguroso y sistemático y se han analizado sus propiedades psicométricas con resultados muy aceptables (Arias, Gómez, Verdugo y Navas, 2010; Gómez, Arias, Verdugo y Navas, 2012a; Verdugo *et al.*, 2008; Verdugo *et al.*, 2010). Los resultados basados en la TCT utilizando para ello el alfa de Cronbach para la muestra manifiestan que la fiabilidad total de la Escala GENCAT de

Calidad de Vida es $\alpha = .956$. Los resultados por dimensiones son los siguientes; Bienestar Emocional $\alpha = .852$; Relaciones Interpersonales $\alpha = .820$; Bienestar Material $\alpha = .810$; Desarrollo Personal $\alpha = .853$; Bienestar Físico $\alpha = .767$; Autodeterminación $\alpha = .691$; Inclusión Social $\alpha = .749$ y Derechos $\alpha = .751$, siendo resultados aceptables. La fiabilidad de la escala mejora sensiblemente la obtenida por el estudio de Verdugo et al. (2008), superándola también en siete de ellas, siendo especialmente importantes las diferencias en *Bienestar Físico, Relaciones Interpersonales, Inclusión Social y Bienestar Material* y mínimas en *Bienestar Emocional*. Sin embargo, *Autodeterminación* obtiene un índice bastante menor.

Procedimiento

Durante el mes de marzo de 2014 se procedió a explicar las características y proceso de cumplimentación de la escala GENCATa los profesionales. A lo largo de las siguientes semanas se completaron 72 escalas, siendo 18 la media por profesional. Es preciso destacar que se dispone de consentimiento informado de cada uno de los usuarios destinatarios de la evaluación y que a lo largo de la investigación se han respetado los requisitos y estándares éticos. Los resultados obtenidos se analizaron mediante los programas estadísticos necesarios para ello y se informó del resultado a los profesionales a lo largo de octubre de 2014, con el objetivo de disponer de la información necesaria para planificar la intervención social de forma individualizada.

Análisis de los datos

Una vez recogidos los cuestionarios se procedió al análisis de los resultados utilizando para ello los programas SPSS 17 y Ministep Versión 3.81.0. Los estadísticos utilizados se han basado en la TCT, concretamente el alfa de Cronbach para ofrecer resultados previos acerca de su fiabilidad y en la TRI. Uno de los modelos de la TRI es el modelo matemático de Rasch. Una extensión de éste, empleada para analizar datos de escalas tipo Likert, es el Rating Scale Model (RSM) o Modelo de Escalas de Clasificación. Uno de sus elementos clave es la importancia del ajuste de los datos a un modelo diseñado previamente y se comprueba mediante el test de ajuste global, de los ítems y de los sujetos utilizando para ello diferentes estadísticos. Además permite comprobar si la escala identifica el rasgo latente, en este caso la CV, de los participantes.

Resultados

El estudio de la escala GENCAT utilizando el modelo de escalas de clasificación permite comprobar si los datos obtenidos se ajustan a la predicción teórica propuesta por el modelo o no.

En las siguientes tablas se ofrecen los resultados de medidas a través de los estadísticos de nivel de dificultad en logits, los errores estándar y las medidas de ajuste interno y externo al modelo (infit y outfit respectivamente) para el test, los ítems y las personas.

Tabla 1.

Resumen del ajuste de los ítems y las personas al modelo.

		MEDIDA (LOGITS)		ERROR ESTÁNDAR		INFIT		OUTFIT	
		MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO
PERSONAS	MEDIA	-1.49	2.61	0.45	0.73	0.73	1.02	0.95	1.09
	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	0.81	1.62	0.11	0.50	0.50	0.83	0.49	1.57
	ÍTEMS								
	MEDIA	0.0	0.0	0.15	0.35	0.96	1.28	0.95	1.09
	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	0.77	1.92	0.01	0.22	0.21	0.67	0.23	0.58

Tabla 2.

Ajuste de los ítems al modelo para cada una de las dimensiones.

	MEDIDA (LOGITS)	ERROR ESTÁNDAR	INFIT	OUTFIT
BIENESTAR EMOCIONAL				
1. Se muestra satisfecho con su vida presente.	1.77	.21	0.96	0.88
2. Presenta síntomas de depresión.	-1.53	.18	0.86	0.89
3. Está alegre y de buen humor.	0.43	.18	0.48	0.59
4. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	-1.01	.18	1.11	1.12
5. Presenta síntomas de ansiedad.	-1.30	.18	1.03	0.98
6. Se muestra satisfecho consigo mismo.	0.76	.18	0.95	0.91
7. Tiene problemas de comportamiento.	-0.69	.18	1.50	1.47
8. Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	1.57	.20	1.08	1.04
RELACIONES INTERPERSONALES				
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas.	1.13	.21	0.75	0.75
10. Mantiene con su familia la relación que desea.	2.18	.29	0.86	0.72
11. Se queja de la falta de amigos estables.	-2.50	.18	0.81	0.80
12. Valora negativamente sus relaciones de amistad.	-2.03	.17	0.95	0.92
13. Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	-1.49	.16	1.13	1.10
14. Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	0.13	.17	1.45	1.30
15. Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	-0.49	.16	0.70	0.72
16. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	0.89	.20	0.76	0.71
17. La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1.52	.23	1.18	1.61
18. Tiene una vida sexual satisfactoria.	0.67	.19	1.00	0.93
BIENESTAR MATERIAL				
19. El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	-.041	.15	0.68	0.64
20. El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	-1.45	.16	1.66	1.41
21. Dispone de los bienes materiales que necesita.	0.92	.20	0.65	0.70
22. Se muestra descontento con el lugar donde vive.	-0.80	.15	1.00	1.21

23. El lugar donde vive está limpio.	-0.67	.15	0.55	0.60
24. Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	0.84	.20	1.12	1.00
25. Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1.29	.23	1.87	1.51
26. El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	0.29	.17	0.92	1.08

DESARROLLO PERSONAL

27. Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	-0.71	.16	0.85	0.85
28. Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	1.36	.21	0.89	1.10
29. El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	1.23	.21	.94	.72
30. Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	-0.52	.17	1.01	1.03
31. Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	0.13	.17	0.56	0.52
32. El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	-1.12	.17	1.73	1.54
33. Participa en la elaboración de su programa individual.	0.35	.18	0.82	1.03
34. Se muestra desmotivado en su trabajo.	-0.71	.16	1.04	0.97

BIENESTAR FÍSICO

35. Tiene problemas de sueño.	-0.78	.15	0.88	1.11
36. Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	-0.63	.14	1.12	1.01
37. Sus hábitos de alimentación son saludables.	0.73	.16	0.51	0.51
38. Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	1.02	.17	0.84	0.85
39. Tiene un buen aseo personal.	-0.10	.14	0.86	0.77
40. En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	0.94	.16	2.30	1.99
41. Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	0.32	.15	1.05	1.04
42. Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	-1.49	.16	0.56	0.49

AUTODETERMINACIÓN

43. Tiene metas, objetivos e intereses personales.	0.88	.13	0.82	0.84
44. Elige cómo pasar su tiempo libre.	0.44	.13	0.85	0.82
45. En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	0.56	.13	1.37	1.34
46. Defiende sus ideas y opiniones.	0.04	.13	0.69	0.71

47. Otras personas deciden sobre su vida personal.	1.97	.17	1.09	1.14
48. Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	-1.17	.19	1.18	2.28
49. Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	-1.00	.18	1.12	1.03
50. Organiza su propia vida.	0.42	.13	0.79	0.74
51. Elige con quién vivir.	0.79	.13	0.97	0.88

INCLUSIÓN SOCIAL

52. Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	1.09	.22	0.58	0.63
53. Su familia le apoya cuando lo necesita.	1.73	.26	1.07	0.77
54. Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	0.17	.19	0.75	0.68
55. Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	-0.76	.17	0.97	0.91
56. Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	0.55	.20	0.87	0.98
57. El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	-0.43	.18	1.93	1.76
58. Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	0.28	.19	0.98	1.09
59. Es rechazado o discriminado por los demás.	2.62	.18	0.81	0.79

DERECHOS

60. Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	-2.03	.43	3.09	2.24
61. En su entorno es tratado con respeto.	2.31	.17	0.80	0.96
62. Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	2.52	.17	0.56	0.56
63. Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1.82	.17	0.87	0.82
64. En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	-0.58	.26	1.32	0.85
65. En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	-0.45	.25	1.44	1.82
66. Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	0.43	.20	1.41	1.07
67. En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	-2.73	.55	1.32	0.34
68. El servicio respeta la privacidad de la información.	-2.73	.55	1.32	0.34
69. Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1.43	.18	0.73	1.08

El resumen del ajuste global al modelo de las personas y los ítems recogido en la Tabla 1. ofrece media igual a 0 y resultados de INFIT y OUTFIT cercanos a 1 para los ítems en la mayoría de ellas, destacando *Bienestar Emocional* e *Inclusión Social* con un ajuste perfecto. Teniendo en cuenta que los límites de ajuste aceptables propuestos por Linacre (2002) son de 0.5 y 1.5, la dimensión que peor se ajusta al modelo, aunque sin sobrepasar los límites aceptables, es la de los *Derechos*. En el caso de las personas, a pesar que los resultados son menos ajustados que en el caso de los ítems se consideran aceptables al no superar los límites recomendados pudiendo afirmar que explican los patrones de respuesta de las personas a los ítems de forma adecuada.

Tal y como se recoge en la Tabla 2 sobre los ítems de la escala la mayoría de ellos muestra un ajuste adecuado al modelo. Los que muestran valores superiores a 2.00 se encuentran desajustados y no manifiestan la suficiente sensibilidad para medir a las personas en el continuo, provocando distorsiones importantes en la medición. En la escala sucede en tres de ellos; el 40 (*En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma*), el 48 (*Otras personas deciden cómo gastar su dinero*) y el 60 (*Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...)*). Los errores estándar oscilan entre .13 y .55. La mayoría de los ítems no supera el .20. La dimensión más problemática es la de *Derechos* con seis de sus nueve reactivos mostrando valores superiores a .25. Por el contrario los valores de error más pequeños se encuentran en *Autodeterminación*: en seis de los nueve ítems el valor es de .13.

La localización de los ítems en el continuo (desde 2.52 a -2.73) permite identificar un amplio rango de resultados en los ámbitos que componen la CV de los participantes y

evaluar diferentes niveles de CV para los participantes. La precisión de la medida se ha analizado mediante las funciones de información de los 69 ítems, las ocho dimensiones y la escala total, al determinar la región del continuo donde los ítems son más precisos para cada una de las dimensiones de la escala. Los resultados gráficos obtenidos mediante su análisis manifiestan que la mayor precisión de la medida se obtiene en los niveles más extremos del rasgo evaluado, entre ± 3 y ± 4 logits tanto para los ítems de cada dimensión como para la escala.

Una vez comprobado el ajuste de los datos al modelo y la precisión de la medida, es necesario obtener los estadísticos de confiabilidad de los ítems y de las personas según las diferentes dimensiones que componen la escala. En la Tabla 3 se presentan estos resultados.

Tabla 3.

Estadísticos de fiabilidad y separación de las personas y los ítems.

	BIENESTAR EMOCIONAL		RELACIONES INTERPERSONALES		BIENESTAR MATERIAL		DESARROLLO PERSONAL		BIENESTAR FÍSICO		AUTO DETERMINACIÓN		INCLUSION SOCIAL		DERECHOS	
	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M
FIABILIDAD (PERSONAS)	.83	.86	.81	.83	.71	.73	.79	.81	.76	.79	.67	.71	.71	.75	.70	.75
SEPARACIÓN (PERSONAS)	2.22	2.46	2.06	2.24	1.57	1.65	1.92	2.08	1.76	1.94	1.43	1.58	1.57	1.75	1.54	1.73
FIABILIDAD (ÍTEM)	.97	.98	.98	.98	.95	.96	.95	.96	.96	.97	.96	.96	.97	.97	.95	.97
SEPARACIÓN (ÍTEM)	6.19	6.45	7.22	7.46	4.43	5.00	4.53	4.72	4.93	5.43	4.86	5.10	5.75	6.05	4.51	5.74

Nota. R= Real; M= Modelo.

En todas y cada una de las dimensiones la fiabilidad de los ítems que las componen es alta ($\geq .95$), destacando especialmente la de *Relaciones Interpersonales* con un valor de .98. La fiabilidad de las personas obtiene valores adecuados en casi todas las dimensiones,

sobretudo en la de *Bienestar Emocional*. La que presenta resultados más cuestionables es la de *Autodeterminación* que a pesar de todo ofrece una estimación aceptable (.67).

Los valores altos de los índices de separación manifiestan la adecuación de las medidas de las dimensiones de la escala para diferenciar el rasgo latente. Los índices relativos a los ítems para cada una de ellas sugieren que la escala permite discriminar entre diferentes niveles de CV para los sujetos, mientras que los obtenidos para las personas manifiestan que en la muestra, la escala discrimina entre los participantes. Todos los resultados tanto de ítems como de personas son superiores a 0.50, siendo sensiblemente más altos en los ítems y especialmente en las de *Relaciones Interpersonales* y *Bienestar Emocional*.

Discusión

La adecuación del modelo de RSM para analizar las propiedades de una escala medida en intervalos se evidencian en trabajos como el de Arias *et al.* (2010) quienes analizaron las propiedades psicométricas de la Escala GENCATde Calidad de Vida (Verdugo *et al.*, 2008) para una muestra de personas drogodependientes y el de Gómez, Arias, Verdugo y Navas (2012b) al realizar un profundo estudio sobre las propiedades psicométricas de la Escala INTEGRAL de Calidad de Vida (Verdugo *et al.*, 2009). En ambos casos se analizó previamente la fiabilidad mediante la TCT, sin embargo el segundo estudio amplió los resultados a la comprobación no sólo de la validez del instrumento sino también de la posibilidad de analizar el rasgo latente y las categorías de respuesta de la escala entre otros elementos. En el presente estudio los esfuerzos se han concentrado en el análisis del ajuste de los datos al modelo de Rasch y a la exactitud de la medida para los ítems y las personas al pretender ser una primera aproximación al análisis de las propiedades psicométricas de la

escala aplicada a una muestra de PSH de la ciudad de Lleida, utilizando para ello el modelo de RSM.

Los resultados obtenidos muestran un buen ajuste al modelo de la mayoría de las dimensiones y de los ítems de cada una de ellas. Es *Derechos* la que peor comportamiento muestra en relación al ajuste y a los errores de medida ofrecidos. A ello se añade la existencia de un ítem desajustado por lo que se puede concluir que es la dimensión más problemática de todas.

Tres de los ítems superan los valores permitidos para considerarlos útiles, lo que supone el 4.4% del total, un porcentaje relativamente bajo. Al comparar los resultados obtenidos con el estudio de Arias *et al.* (2010) el número de ítems desajustados es sensiblemente menor, siendo siete frente a tres los que superan los límites de 0.5-2.00 basados en Linacre (2002). El más cuestionable es el 60 (*Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...)*) con valores desajustados especialmente en el outfit (3.09) lo que pone de manifiesto que las personas muestran valoraciones extremas en esta situación. El 40 (*En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma*) también supone la presencia de valores extremos aunque en menor medida que el anterior. No debe extrañar la existencia de estos elementos distorsionadores ya que la situación de exclusión severa que padecen las PSH se manifiesta especialmente en la ruptura grave y traumática de las relaciones familiares, por lo que la presencia de un familiar cercano en las actividades cotidianas carece de todo sentido. Lo mismo sucede en las situaciones de autocuidado: las dificultades que presenta el colectivo para disfrutar de un espacio físico adecuado que permita, por ejemplo, la toma de la medicación diaria imposibilita valorar adecuadamente este aspecto entre otros muchos. Los ítems

problemáticos en todo caso deben ser revisados en posteriores análisis y averiguar si su eliminación mejora los resultados o deben ser modificados o transformados para ajustarse a la realidad y la situación de las PSH.

Al analizar la fiabilidad de las dimensiones de la escala, pese a los buenos resultados que ofrecen los estadísticos de la escala y las personas, es preciso puntualizar que es *Autodeterminación* la que peor comportamiento manifiesta. Al comparar estos resultados con los obtenidos por Arias *et al.* (2010) la mejora en la fiabilidad de las estimaciones es sensible. La presente investigación manifiesta puntuaciones superiores en todas las dimensiones excepto en *Desarrollo Personal* aunque no es una diferencia importante. Cabe destacar el aumento evidente de los resultados en *Bienestar Físico* y en *Autodeterminación* respecto a la muestra de personas drogodependientes especialmente en el primer caso. Si bien es cierto que en lo relativo a la discriminación entre personas el presente estudio mejora los resultados, no supone un hallazgo definitivo ya que sigue habiendo dificultades. Cabría entonces la posibilidad de revisar los ítems con niveles de dificultad más dudosos para mejorar este obstáculo.

Es necesario puntualizar que los análisis realizados son una primera aproximación a su validez y las limitaciones son manifiestas. Una posible explicación de estos resultados puede encontrarse en las propias dificultades del estudio. La más importante de ellas es el tamaño de la muestra: estudios con menos de cien participantes restan confiabilidad y validez a los resultados y, en este caso, los participantes no llegan a esta cifra. Si además se tiene en cuenta la longitud del test el tamaño muestral supone un hándicap importante. Las posibles soluciones a los obstáculos encontrados en la investigación derivan en ampliar el número de personas de la muestra, replicar la aplicación de la escala a la misma en una o

varias ocasiones o incluso en otra muestra de una ciudad con características similares a la de Lleida. Por lo que respecta a la fiabilidad, realizar un análisis más en profundidad sobre los resultados obtenidos puede arrojar más claridad que la obtenida en esta primera aproximación, aunque ampliar el tamaño muestral continuará siendo la mejor opción.

La Escala GENCAT de Calidad de Vida ha sido diseñada para evaluar la CV en personas usuarias de servicios sociales en función de la pertenencia a un colectivo concreto, con unas características determinadas y una situación personal, socioeconómica e incluso emocional concreta. Los resultados del presente estudio permiten concluir, pese a las limitaciones observadas, que la escala posee propiedades psicométricas adecuadas para poder evaluar la CV de PSH a pesar de no haber sido diseñada de forma explícita para valorar el constructo en este colectivo concreto mejorando incluso alguno de los resultados obtenidos para otros que si pertenecen a los destinatarios de la escala.

Referencias

- Aguirre, B. (2013). El acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con trastorno mental y en exclusión social. *Zerbitzuan*, 54, 127-137.
- Arias, B., Gómez, L. E., Verdugo, M. A. y Navas, P. (2010). Evaluación de la calidad de vida en personas drogodependientes mediante el modelo de Rasch. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(1), 206-219.
- Córdoba-Andrade, L., Gómez-Benito, J. & Verdugo-Alonso, M. A. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. *Universitas Psychologica*, 7(2), 369-383.

- Cummins, R. A. (1997). *Assessing the quality of life of adults with profound disabilities*. In Brown, R. I. *Quality of Life for People with Disabilities. Models, research and practice*. United Kingdom: Stanley Thornes.
- Cummins, R. A. y Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención Psicosocial*, 9(2), 185-198.
- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- Gómez, L. E. (2010). *Evaluación de la calidad de vida en servicios sociales: validación y calibración de la Escala GENCAT*. (Tesis doctoral sin publicar). INICO, Universidad de Salamanca, Salamanca. Disponible en <http://gredos.usal.es/ispui/handle/10366/76489>
- Gómez, L. E., Arias, B., Verdugo, M. A. & Navas, P. (2012a). An outcomes-Based Assessment of Quality of Life in Social Services. *Social Indicators Research*, 106, 81-93. doi: 10.1007/s11205-011-9794-9
- Gómez, L. E., Arias, B., Verdugo, M. A. & Navas, P. (2012b). Application of the Rasch rating scale model to the assessment of quality of life of person with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37(29), 114-150. doi: 10.3109/13668250.2012.682647
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A. y Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18(3), 453-472.

- Gómez, L. E., Verdugo, M. A., Arias, B. & Arias, V. (2010). A comparison of alternative models of individual quality of life for social service recipients. *Social Indicators Research*, 101, 109-126. doi: 10.1007/s11205-010-9639-y
- Linacre, J.M. (2002). What do Infit and Outfit, Mean-square and Standardized mean?. *Rasch Measurement Transactions*, 16(2), 878.
- Linacre, J.M. (2009). *Winsteps Rasch Measurement Computer Program*. Chicago, EU, www.winsteps.com/index.htm
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible: <http://www.apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
- Park, J., Turnbull, A. P. & Turnbull, H. R. (2002). Impacts of Poverty on Quality of Life in Families of Children with Disabilities. *Exceptional Children*, 68(2), 151-170.
- Petry, K., Maes, B. & Vlaskamp, C. (2005). Domains of Quality of Life of People with Profound Multiple Disabilities: the perspective of Parents and Direct Support Staff. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18(1), 35-46.
- Ruíz, N., Verdugo, M. A. y Orgaz, M. B. (2011). Análisis de la calidad de vida en trabajadores con discapacidad en situación de exclusión social en empleo ordinario. *Documentación Social*, 161, 187-201.
- Schalock, R. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid, España: Alianza Editorial.

- Schalock, R. y Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(4), 21-36.
- Schalock, R., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K. D. & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental Retardation*, 40(6), 457-470.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, IX(2), 9-21.
- Shumaker, S. A. & Naughton, M. J. (1995). The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. In Shumaker, S. A. & Berzon, R. (Eds) *Quality of life: theory and translation measurement and analysis* (pp. 3-18). Oxford, England: Rapid Communication of Oxford.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez L.E. y Schalock, R.L. (2008). *Formulari de l'Escala GENCATde Qualitat de vida. Manual d'aplicació de l'Escala GENCATde Qualitat de vida*. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez L.E. y Schalock, R.L. (2009). *Escala Integral de Calidad de Vida*. Madrid: CEPE.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez L.E. & Schalock, R.L. (2010). Development of an objective instrument to assess quality of life in social services: Reliability and validity in Spain. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 105-123.

- Verdugo, M. A., De Borja Jordán de Urríes, F., Orgaz, B., Benito, M.C., Martín-Ingelmo, R., Ruiz, N. y Santamaría, M. (2010). *Impacto social del programa ECA CAJA MADRID de empleo con apoyo*. Salamanca, España: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E. y Arias, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La escala FUMAT*. Salamanca, España: INICO.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D. y Tamarit, J. (2013). *Escala INICO-FEAPS. Evaluación integral de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo*. Salamanca, España: Universidad de Salamanca, Publicaciones INICO, Colección Herramientas 7/2013.
- Verdugo, M.A., Schalock, K.D., Keith R.J. y Stancliffe, R. J. (2006). La calidad de vida y su medida: principios y directrices importantes. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 37(2), 9-25.

II.2. ARTÍCULO 2.

Benito, E., Alsinet, C. & Maciá, A. (2016). La Planificación Centrada en la Persona y su pertinencia práctica en Servicios Sociales. Opinión de los profesionales. Zerbitzuan: Revista de servicios sociales, 62, 115-126.

La planificación centrada en la persona y su pertinencia práctica en los servicios sociales: opinión de los profesionales

Eva Benito Herráez

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)
<evabenito@pfp.uned.es>

Carles Alsinet Mora

Departament de Pedagogia i Psicologia, Universitat de Lleida

Araceli Maciá Antón

Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Personanzentratutako planifikazioa da bizirikaltatea eta ongizate pertsonala sustatu nahi duen eredu bat eskuartze pertsonalizatu eta pertsonaren premia, gaitasun eta potentzialtasunetara egokitzuz. Planifikazio tradizionaletik pertsonan zentratutako planifikaziora igarotzeko, beharrezkoa da aldaketa bat gertatzea eskuartze profesionalan, eta beraz lortzen da prestakuntza eta sentsibilizazioaren bidez. Ikerketa honetan analizatzen dira ereduak eskaintzen dituen aukera, muga eta abantailak gizarte-zerbitzuetaiko profesionalen talde baten eskutik. Lortutako emaitzak erakusten dute profesional horiek garatzen duten eskuartze horren metodologiaren egokitasuna.

GAIKO-HITZAK:

Personanzentratutako planifikazioa, gizarte-zerbitzuak, profesionalak, ebaluazioa.

La planificación centrada en la persona es un modelo que pretende promover la calidad de vida y el bienestar personal mediante una intervención personalizada y adaptada a las necesidades, capacidades y potencialidades de la persona. El tránsito de la planificación tradicional a la planificación centrada en la persona requiere un cambio en la intervención profesional que se consigue mediante la formación y la sensibilización. El presente estudio analiza las valoraciones de un grupo de profesionales de servicios sociales sobre las posibilidades del modelo, sus limitaciones y ventajas. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la pertinencia de la metodología en la intervención que desarrollan los profesionales.

PALABRAS CLAVE:

Planificación centrada en la persona, servicios sociales, profesionales, evaluación.

1. Introducción

Los servicios sociales se encuentran en un momento de cambio, de replanteamiento de su función, y especialmente de transformación hacia un modelo que priorice la atención personalizada adaptada a las necesidades, capacidades y potencialidades de la persona, que tenga en cuenta el contexto en el que vive, y promueva la calidad de vida y el bienestar personal (Duque, 2012). Para conseguir el tránsito hacia este modelo centrado en la persona, individualizado y basado en las capacidades y en el fomento de la calidad de vida, es precisa una brújula teórica y metodológica. En este sentido, la planificación centrada en la persona se está convirtiendo en un paradigma de intervención social (Fantova, 2004).

El presente estudio pretende analizar las valoraciones que un grupo de profesionales que desarrollan su labor en los servicios sociales realizan acerca de las posibilidades de esta metodología, sus limitaciones y ventajas, para, posteriormente, incorporar los resultados obtenidos al proceso de diseño de un proyecto piloto de atención a personas en situación de sin hogar basado en este paradigma.

En las siguientes líneas, se define brevemente qué es la planificación centrada en la persona y sus posibilidades de aplicación y desarrollo en los servicios sociales, así como las limitaciones y dificultades que supone su implementación, especialmente en lo relativo a la formación y sensibilización de los profesionales. En el resto del artículo, se expondrán los resultados obtenidos de la investigación y se discutirán sus implicaciones prácticas.

2. La planificación centrada en la persona como alternativa metodológica en los servicios sociales

La planificación centrada en la persona fue iniciada en el ámbito de la discapacidad intelectual en Estados Unidos en los años ochenta por O'Brien, Mount, Pearpoint, Forest y Smull (Mount y Zwernik, 1988; Pearpoint, O'Brien y Forest, 1993; Smull, 1998), y ofrece una forma de comprender las experiencias de las personas con discapacidad intelectual utilizando los apoyos y redes sociales para mejorar su calidad de vida. Se fundamenta en los derechos de las personas con discapacidad e incorpora los principios de independencia, opción e inclusión. Es una metodología que se basa en la creencia de que todos los seres humanos somos diferentes y se debe respetar nuestra individualidad.

Según Holburn (2003), es una mezcla de ideología y estrategia, ya que, por un lado, defiende la individualización y la autodeterminación como principios centrales de los servicios de apoyo a las personas, y por otro, facilita que la persona identifique las metas que quiere lograr en su vida,

planificando los pasos a seguir y utilizando métodos específicos para producir cambios en las vidas de las personas.

La planificación centrada en la persona adopta el modelo de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2003). Los autores consideran la calidad de vida como un fenómeno subjetivo, basado en la percepción que tiene una persona de varios aspectos de las experiencias de su vida, incluyendo las características personales, las condiciones objetivas de vida y las percepciones de los otros significativos. Se entiende como un concepto multidimensional, compuesto por ocho dimensiones: el bienestar físico, el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, la inclusión social, el desarrollo personal, el bienestar material, la autodeterminación y los derechos.

Según Schalock (1996), pese a no ser un constructo nuevo, lo que es innovador es su utilización como principio organizador de servicios de apoyo para lograr que las personas con dificultades o en situación de exclusión mejoren su vida. Para Schalock y Verdugo (2009), el concepto de calidad de vida provoca pensar diferente sobre las personas que se encuentran al margen de la sociedad y promover un cambio en las organizaciones, en los sistemas y en la comunidad, con el objetivo de incrementar su bienestar personal y reducir la exclusión. A día de hoy, es considerado un elemento imprescindible para el desarrollo de políticas y programas de inclusión social dirigidos a colectivos en riesgo de exclusión. Según los mismos autores, ello es debido a que se concibe como: a) una noción sensibilizadora que proporciona referencia y guía desde la perspectiva del individuo, centrada en las dimensiones centrales de una vida de calidad; b) un constructo social que guía estrategias de intervención; y c) un marco conceptual para evaluar resultados de calidad y un criterio para evaluar la eficacia de dichas estrategias (Schalock y Verdugo, 2003, 2009).

La implementación de proyectos basados en la planificación centrada en la persona se produce fundamentalmente en países anglosajones y tienen como objetivo trabajar con las personas, las organizaciones y las comunidades utilizando un modelo centrado en la persona, en la mayoría de los casos en torno a personas con discapacidad. Sin embargo, Neill *et al.* (2009) plantean que se debe ampliar a cualquier recurso o servicio que tenga por objetivo el apoyo y acompañamiento a las personas, familias o comunidades. En la misma línea, Fernández Muñoz (2011) postula que la metodología supone un cambio de paradigma en la intervención en servicios sociales, al reenfocarse éstos hacia la autonomía personal y la personalización. Para el autor, se basa en las capacidades y potencialidades personales, y no en las dificultades, y no se sirve de la mera prestación de servicios, sino del reconocimiento y del ejercicio pleno de los derechos, de las oportunidades y de la responsabilidad ciudadana, así como de la práctica de relaciones

simétricas y de igualdad, que tengan en cuenta a la persona, su entorno, y las relaciones y los mapas personales. Éste es uno de los principales motivos por los cuales la metodología es considerada como una oportunidad de avance en la intervención social que se desarrolla en los servicios sociales y comunitarios.

3. La práctica de la planificación centrada en la persona en el ámbito de servicios sociales

A pesar de haber nacido en el ámbito de la discapacidad, las experiencias en España en torno a la extensión de la metodología hacia colectivos relacionados con la inclusión y los servicios sociales empiezan a cobrar importancia, aunque no son muy numerosas. Uno de los ejemplos más evidentes es el desarrollo de la escala Gencat de calidad de vida (Verdugo, 2008), elaborada por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (Inico) de la Universidad de Salamanca por encargo de la Generalitat de Catalunya y enmarcada en el Plan de Mejora de la Calidad del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS). La escala es un instrumento de evaluación objetiva basado en el modelo multidimensional de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003), y su finalidad principal es ser utilizada para la mejora continua de los servicios sociales, al tener en cuenta las necesidades y preferencias de las personas en el diseño de los planes de atención y soporte personal.

La herramienta se está utilizando para definir la intervención social en colectivos en situación de vulnerabilidad y riesgo social, como por ejemplo, en el estudio de Arias Martínez *et al.* (2010), que analiza la calidad de vida en personas con drogodependencias. Actuaciones más recientes muestran que, pese a no estar específicamente diseñada para medir la calidad de vida de personas sin hogar, empiezan a aparecer tímidamente experiencias de aplicación de la escala a este colectivo, siendo otro ejemplo más de la extensión del paradigma en el ámbito de los servicios sociales. Entre las más destacables, se encuentra la desarrollada por Verdugo *et al.* (2010), quienes analizan la valoración objetiva de la calidad de vida de trabajadores con discapacidad o en situación de exclusión social participantes en un programa nacional de empleo con apoyo. La pertinencia de la escala, así como sus posibilidades de aplicación e idoneidad para medir la calidad de vida del colectivo de personas sin hogar se hacen evidentes en estudios como el de Aguirre (2013), que utiliza los resultados obtenidos para planificar intervenciones específicas y adaptadas a las necesidades de los usuarios de servicios sociales destinados a este grupo de población, o el de Benito, Alsina y Macià (2015), que analiza las diferencias en el nivel de calidad de vida entre personas sin hogar con y sin discapacidad.

4. Ventajas e inconvenientes de la implementación de la metodología

Como hemos comentado anteriormente, para Schalock (1995), la planificación centrada en la persona supone un nuevo paradigma en la intervención con personas con discapacidad que está fundamentado en tres elementos de cambio: a) de un sistema centrado en las limitaciones de la persona a otro centrado en el contexto y la interacción bajo los supuestos del enfoque ecológico de Bronfenbrenner (1979); b) de un modelo que se desarrolla a partir de la eficacia de los servicios, programas y actividades, a otro centrado en los avances en la calidad de vida y las mejoras personales; y c) de un sistema centrado en los profesionales a otro donde la persona es el centro de la acción social, con el acompañamiento de sus grupos sociales de referencia y su comunidad.

La metodología quiere romper con el modelo de planificación más clásico o tradicional que parte de las dificultades del individuo, no de sus capacidades, y en el cual, la persona no es el centro del proceso, sino que lo es el profesional. Un cambio siempre es complicado, especialmente si lo que se modifica es una forma concreta de pensar y de actuar. Si además la transformación se produce en organizaciones, pueden suponer un gran riesgo y plantear nuevas necesidades. Las resistencias al cambio, por parte de los líderes, los equipos y los profesionales suelen ser el principal inconveniente del cambio y es preciso aceptarlos como un hecho natural y un elemento esencial del proceso de transformación (Coghlan, 1993).

Sin embargo, para Martínez Rodríguez (2013) existen elementos que pueden actuar como facilitadores, y algunos de esos factores que pueden favorecer el éxito en la implementación de la planificación son el liderazgo claro de los responsables de la organización, el compromiso de los profesionales, la progresividad en su desarrollo, y la formación y acompañamiento de los profesionales en todo el proceso.

Martínez Rodríguez *et al.* (2014) consideran que las resistencias al cambio en la forma de pensar y de actuar que se producen entre los profesionales al aceptar la metodología pueden superarse si se utilizan estrategias como la identificación de resistencias, la empatía o la personalización de recursos propios, del equipo de trabajo y de las demás personas participantes del proceso. Consideran que la promoción de acciones de formación e intercambio profesional es un elemento importante a la hora de aumentar y mejorar las competencias que capacitan a los profesionales para hacer frente a los cambios metodológicos. Trabajos como el de Duque (2012) o el de Edwarsson, Sandman y Borell (2014) apoyan esta premisa. El primero de ellos afirma que, para que se produzca el cambio de mentalidad, es preciso un proceso de formación continua que fomente la reflexión y la adquisición de las competencias

necesarias para que los implicados en la labor profesional tengan presentes los principios y premisas de la intervención en calidad de vida y autonomía que representa la planificación centrada en la persona. En el segundo, se otorga especial importancia a la transferencia del conocimiento adquirido por los profesionales en el proceso de formación, y a la práctica diaria como elemento clave del éxito de la implementación de la metodología.

La sensibilización y la formación son, entonces, fundamentales a la hora de implementar el paradigma en una organización. De hecho, para Martínez Rodríguez *et al.* (2014) suponen la primera de las fases que proponen para aplicar un modelo de atención centrado en la persona en una organización. La sensibilización y el logro de un liderazgo de cambio compartido e interno son los dos primeros pasos para conseguir el cambio metodológico, e implican la formación de los profesionales, y, si es necesario, también de las personas destinatarias, de los grupos de apoyo o de las familias. Boersma *et al.* (2014), tras realizar una revisión de la literatura relativa a la atención e intervención dirigida a personas con demencia, concluyeron que es preciso el uso de múltiples estrategias de implementación fundamentadas en la formación si se quiere garantizar el éxito en la intervención, y que ésta debe desarrollarse a largo plazo, no únicamente en las fases iniciales.

Apoyándose en estas afirmaciones, el presente trabajo analiza las opiniones y valoraciones de los profesionales de servicios sociales de la ciudad de Lleida acerca de la planificación centrada en la persona, especialmente a lo relativo a las dificultades y potencialidades en el momento de adaptar la metodología y sus principios de intervención a los destinatarios. Para ello, y después de un curso formativo, se recogió información relativa a la aplicabilidad y facilidad de adaptación, así como a las dificultades y ventajas que puede aportar la metodología a la práctica diaria de los profesionales encuestados. Los resultados obtenidos han resultado de interés para el diseño de un proyecto de adaptación del modelo destinado a personas sin hogar, que se encuentra actualmente en fase de implementación.

5. Metodología

5.1. Diseño y procedimiento

Para analizar las opiniones de los profesionales, se ha realizado un estudio transversal descriptivo basado en una encuesta. El objetivo principal ha sido conocer sus opiniones acerca de la complejidad, aplicabilidad y facilidad de adaptación de la metodología en el ámbito de los servicios sociales. También se ha recogido información acerca de las dificultades y ventajas que puede aportar a la práctica diaria.

Para alcanzar el objetivo, se procedió a convocar

a los profesionales que conforman los equipos de servicios sociales a una sesión de formación en la planificación centrada en la persona diseñada específicamente para la ocasión. Esta sesión incluyó una serie de contenidos relacionados con los conceptos básicos, principios y enfoques, así como la presentación de diferentes experiencias de implementación de la metodología en el ámbito de los servicios sociales. Tras la sesión, se solicitó la participación voluntaria en el estudio mediante la cumplimentación de la encuesta de valoración diseñada también *ad hoc*. Una vez recogida la información, se procedió al análisis de los datos y a su posterior comunicación a los participantes.

5.2. Participantes

La población sobre la cual se ha diseñado el estudio ha sido los y las profesionales de atención social¹ (trabajadores sociales, educadores sociales y trabajadores familiares) que forman parte de los equipos de servicios sociales de atención primaria de la ciudad de Lleida, de la que se ha extraído una muestra de 36 participantes. El 44% (16 profesionales) corresponde a profesionales del trabajo social, mientras que el 42% son educadores sociales (15 participantes). Dos profesionales (el 5% de la muestra) ejercen como trabajadores familiares, y han participado también 3 jefas de servicio (que suponen el 8% restante). Respecto al lugar de trabajo, la mayoría desempeñan sus funciones en los servicios sociales de atención primaria (el 69% del total), mientras que aquellos que lo hacen en la oficina de atención a personas sin hogar y en la de atención a la dependencia completan el resto de la muestra (17% y 11% del total, respectivamente).

5.3. Instrumento de recogida de datos

El cuestionario utilizado para conocer la opinión de los participantes se ha dividido en tres partes. En la primera, se recoge información básica acerca de la categoría profesional, así como del lugar de trabajo, con el objetivo de analizar los resultados en función de estas dos variables. Tanto la segunda como la tercera parte del cuestionario pretenden obtener las valoraciones de las personas que han participado en el estudio acerca de la metodología: concretamente, sus opiniones acerca de la complejidad, aplicabilidad y facilidad de la metodología, por un lado; y su parecer sobre las ventajas e inconvenientes de su posible implementación en los servicios sociales, por otro.

En el segundo y tercer bloque del cuestionario, las preguntas han sido elaboradas en formato cerrado, pero se han diferenciado las opciones de

¹ Pese a que se ha utilizado terminología neutra siempre que ha sido posible, en el texto aparecen referencias masculinas que en ningún caso pretenden mostrar diferencias o discriminación ninguna, teniendo como único objetivo el de evitar repeticiones que dificultarían la lectura del artículo. Entendemos que ambos sexos están representados en todos y cada uno de los términos empleados.

respuesta para cada una de ellas. En el segundo bloque, las opciones han oscilado entre la poca, media o alta complejidad, aplicabilidad o facilidad respectivamente, siendo respuestas mutuamente excluyentes. En el tercero, los y las profesionales se han encontrado con respuestas de elección múltiple acerca de las ventajas e inconvenientes que la metodología puede aportar a la práctica cotidiana. Para elaborar las preguntas y las opciones de respuesta de estos dos bloques, se ha partido de los trabajos acerca de las limitaciones y barreras de la planificación centrada en la persona, así como de los relativos a las dificultades en su implementación (Coyle y Moloney, 1999; Pallisera, 2011), orientando el cuestionario según los objetivos del presente estudio.

5.4. Análisis de datos

Para el análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de la encuesta, se ha empleado el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 16. Dado el carácter del estudio, los datos ofrecidos son meramente descriptivos y basados en porcentajes.

6. Resultados

Seguidamente se presentan los principales resultados del estudio relativos a la valoración de los profesionales sobre la planificación centrada en la persona, así como a las ventajas e inconvenientes de la metodología.

6.1. Complejidad, aplicabilidad y facilidad de implementación de la metodología

Como se puede comprobar en la Tabla 1, cerca del 64 % de los profesionales valoran la metodología como poco compleja, frente al 16,7 % que consideran

alto su grado de complejidad. Si se analizan los resultados según el grupo profesional, son los trabajadores sociales quienes consideran la metodología menos compleja, aunque con resultados no tan lejanos a los de los educadores sociales. Según el lugar de trabajo, existe bastante dispersión en las respuestas. Si en los servicios sociales de atención primaria seis de cada diez profesionales consideran la metodología como no compleja, en dependencia/asistencia domiciliaria el porcentaje aumenta sensiblemente. Es entre los profesionales de atención a personas sin hogar donde se produce mayor diferencia entre valoraciones: mientras que la mitad de ellos/as valora la metodología como no compleja, un considerable 16 % piensa que sí lo es.

Prácticamente el 75 % de los profesionales consideran que la metodología es aplicable en el ámbito profesional; sin embargo, cabe destacar que un 8,6% de respuestas manifiestan que no es aplicable y que casi dos de cada diez profesionales no tienen clara su aplicabilidad directa. Si se analizan las respuestas por profesionales, los resultados muestran gran variabilidad. Si ocho de cada diez profesionales de la educación social consideran que el modelo es aplicable a la práctica diaria, el porcentaje se reduce notoriamente para profesionales del trabajo social, que, por consiguiente, consideran en mayor medida que no es aplicable.

Mientras que todos los profesionales de atención a personas sin hogar tienen muy clara la opinión sobre la aplicabilidad metodológica, entre el resto de servicios las valoraciones son más dispersas. Para los profesionales de servicios sociales de atención primaria, las respuestas se reparten entre las tres categorías; pese a ello cerca del 67 % considera que la metodología es aplicable. En dependencia/asistencia domiciliaria, tres cuartos de los profesionales valoran su aplicabilidad.

Tabla 1. Opinión de los profesionales sobre la complejidad, aplicabilidad y facilidad de la planificación centrada en la persona (%)

	Complejidad			Aplicabilidad			Facilidad		
	Poco compleja	Media	Muy compleja	Poco aplicable	Media	Muy aplicable	Muy difícil	Media	Muy fácil
Total	63,9	19,4	16,7	8,6	17,1	74,3	5,6	19,4	75,0
Trabajador social	68,8	12,5	18,8	13,3	26,7	60,0	6,3	18,8	75,1
Educador social	60,0	26,7	13,4	6,7	6,7	86,7	6,7	13,3	80,0
Trabajador familiar	50,0	0,0	50,0	0,0	100,0	0,0	0,0	50,0	50,0
Servicios sociales	64,0	20,0	16,0	12,5	20,8	66,6	8,0	16,0	76,0
Dependencia	75,0	0,0	25,0	0,0	25,0	75,0	0,0	50,0	50,0
Atención a personas sin hogar	50,0	33,3	16,7	0,0	0,0	100,0	0,0	16,7	85,3

Fuente: Elaboración propia.

En relación a la facilidad del modelo en la práctica profesional, el 75 % del total de profesionales lo consideran fácil, frente a un poco más del 5 % que piensa que es de aplicación dificultosa. Son los técnicos en educación social los que valoran como más fácil de aplicar la metodología, seguidos muy de cerca de los trabajadores sociales. En lo que se refiere al lugar de trabajo, aunque los profesionales de servicios sociales opinan mayoritariamente que es fácil de desarrollar y aplicar, las restantes categorías de respuesta han obtenido porcentajes dignos de tomar en cuenta: un 16 % considera que su facilidad es media, y un 8 %, difícil. Los profesionales de dependencia y de atención a personas sin hogar han ofrecido valoraciones menos dispersas, pero en ambos casos son positivas y valoran la metodología como de fácil aplicación.

6.2. Ventajas metodológicas y factores de dificultad

La Tabla 2 muestra los resultados ofrecidos por los profesionales acerca de las ventajas que ofrece la metodología en la práctica profesional.

Como se puede observar en los porcentajes de respuesta, los profesionales encuestados consideran que el modelo ofrece ventajas importantes. Prácticamente todos los participantes consideran que mejora la intervención profesional, y seis de cada diez, que ofrece nuevos instrumentos y recursos de planificación. Igual de importante es el cambio en el papel del usuario en el proceso de intervención social: menos de la mitad de los profesionales consideran que mediante la metodología se producen cambios en la organización, o que supone un cambio de principios y objetivos.

Son los profesionales de la educación social los que la han considerado más ventajosa, pues más de la mitad de los participantes han considerado que aporta mejoras en cada uno de los ítems analizados. Para todos ellos, las mejoras en la intervención son la ventaja más evidente, seguida — con el mismo nivel de importancia— de la aportación de nuevos conocimientos, de las mejoras organizativas, de las mejoras en los instrumentos de intervención y de un cambio en el papel del usuario. Seis de cada diez profesionales consideran que el modelo supone un cambio en los principios de la intervención social. Para los trabajadores sociales, además de las mejoras en la intervención como principal valoración, la mejora en los instrumentos de planificación es la segunda ventaja metodológica. La mitad de los profesionales piensan que produce un cambio en el papel del usuario. A diferencia de los educadores sociales, para menos del 50 % el resto de ítems no suponen ventajas importantes.

La totalidad de los profesionales de servicios sociales valoran como principales ventajas la mejora en la intervención profesional y en los instrumentos utilizados para planificar. Para el resto de variables, supone una ventaja en opinión de aproximadamente la mitad de los encuestados. Los profesionales de dependencia/ asistencia domiciliaria también valoran como principal ventaja la mejora en la intervención: esta vez, la mitad de los encuestados lo considera así. Las opiniones del resto de ítems no son importantes. Todos los profesionales de atención a personas sin hogar consideran como principal ventaja de la metodología la mejora en la intervención, seguida por la mejora en los instrumentos utilizados y, en tercer lugar, la introducción de nuevos conocimientos, el cambio del papel del usuario y los cambios en la organización.

Tabla 2. Opinión de los profesionales sobre las ventajas de la planificación centrada en la persona (%)

	Conocimientos	Principios	Organización	Intervención	Instrumentos	Usuario
Total	55,6	47,2	47,2	94,4	66,7	61,1
Trabajador social	43,8	37,5	31,3	93,8	68,8	50,0
Educador social	66,7	60,0	66,7	100,0	66,7	66,7
Trabajador familiar	100,0	50,0	0,0	50,0	50,0	50,0
Servicios sociales	56,0	52,0	48,0	100,0	68,0	56,0
Dependencia	25,0	25,0	0,0	50,0	25,0	75,0
Atención a personas sin hogar	66,7	33,3	66,7	100,0	83,3	66,7

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Opinión de los profesionales sobre los inconvenientes de la planificación centrada en la persona (%)

	Conocimientos	Organización	Recursos	Interés	Utilidad	No aplicabilidad	Carga trabajo
Total	33,3	55,6	16,7	0,0	5,6	0,0	19,4
Trabajador social	18,8	18,8	12,5	0,0	12,5	0,0	12,5
Educador social	40,0	40,0	20,0	0,0	0,0	0,0	26,7
Trabajador familiar	50,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0
Servicios sociales	24,0	56,0	20,0	0,0	8,0	0,0	24,0
Dependencia	50,0	75,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Atención a personas sin hogar	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 3 se recogen las respuestas relativas a las posibles limitaciones que puede suponer en su implementación.

Según las valoraciones de la mitad de los profesionales, el principal inconveniente de la metodología son las dificultades organizativas del servicio en que trabajan. El resto de factores son considerados como limitaciones por menos de la mitad de los participantes. Concretamente, el segundo motivo de dificultad sería la falta de conocimientos relativos a la práctica metodológica, y el tercer y cuarto lugar corresponden, respectivamente, al aumento de carga de trabajo y a la falta de recursos disponibles, valorados como inconvenientes por menos del 20 % del total de profesionales. El último motivo de dificultad es la falta de utilidad práctica del modelo. Ningún profesional ha percibido como inconveniente la falta de interés o la no aplicabilidad metodológica.

Según el perfil profesional, son los trabajadores familiares los que valoran como mayores las dificultades: la mitad de ellos consideran que la falta de conocimiento sobre la metodología, las dificultades organizativas, la falta de recursos y el aumento en la carga de trabajo son limitaciones de la práctica metodológica. Cuatro de cada diez educadores sociales consideran que la falta de conocimientos y las dificultades en la organización del servicio son los *hándicaps* más importantes, seguidos del aumento en la carga de trabajo y la falta de recursos. Las valoraciones de los trabajadores sociales no superan en ningún caso el 20 % del total. Las dificultades más relevantes serían la falta de conocimientos metodológicos y las dificultades organizativas, seguidas por la falta de recursos, el aumento en la carga de trabajo y la falta de utilidad de la metodología en la práctica profesional, siendo los trabajadores sociales los únicos que han considerado importante esta limitación.

Si se analizan las valoraciones según el lugar de trabajo, son los profesionales de servicios sociales los

que encuentran más limitaciones en la metodología. Las dificultades organizativas suponen un obstáculo para la mitad de ellos, mientras que la falta de conocimientos sobre la metodología, la falta de recursos para llevarla a la práctica y el aumento en la carga de trabajo son *hándicaps* para menos del 25 % de los profesionales. Los trabajadores de la dependencia o la asistencia domiciliar valoran las dificultades organizativas como principal inconveniente, seguidas de la falta de conocimientos y de recursos. Los profesionales de atención a personas sin hogar consideran como limitaciones más importantes la falta de conocimientos de la práctica metodológica y las dificultades organizativas, ambas valoradas por la mitad de los trabajadores. El otro inconveniente sería el aumento de la carga de trabajo, considerado por el 16,7 % de profesionales.

7. Discusión

Son numerosos los estudios que analizan la opinión de los usuarios de servicios sociales (Medina Tornero, 1996; Medina Tornero y Medina Ruiz, 2011; De la Peña, 2014; Arenas Martínez, 2015), la calidad de los servicios (Sacanell, 1995; Sánchez Aguado, 2011) o incluso el síndrome de desgaste profesional (*burnout*) [Barrera, Malagón y Sarasola, 2015], siendo más escasos los que recogen las opiniones de los profesionales de servicios sociales acerca de su labor cotidiana.

Entre estos últimos, las investigaciones valoran la importancia de la perspectiva profesional en la intervención social con diferentes y muy variados objetivos, que se mueven entre la valoración de aspectos generales de los servicios sociales o las funciones profesionales (Federación Sardu, 2010; Arenas Martínez, 2011; Cortinas, 2012; Alsinet *et al.*, 2013; Rodríguez Álvarez, 2015) y las evaluaciones de proyectos concretos de intervención (Elósegui *et al.*, 2014).

El objetivo principal de la presente investigación ha sido averiguar qué opinan los profesionales de

servicios sociales acerca de la planificación centrada en la persona. Los resultados principales del estudio realizado sobre 36 profesionales ofrecen información importante acerca de la aplicabilidad, complejidad y facilidad de la metodología en la intervención social, así como de cuáles son los inconvenientes a la hora de adaptarla y también sus ventajas. A partir de estas informaciones, se puede valorar la posibilidad de aplicar el paradigma en los servicios sociales, al tener en cuenta la opinión de quienes diariamente implementan acciones sociales que pretenden mejorar la calidad de vida de las personas, objetivo fundamental del modelo.

La valoración realizada no deja lugar a dudas ni respecto a la aplicabilidad de la metodología, ni respecto a su facilidad de implementación, siendo los profesionales de la educación social quienes la consideran más aplicable, por encima de las valoraciones que los trabajadores sociales y familiares realizan. Fantova (2004) recoge la planificación centrada en la persona como uno de los modelos de gestión de calidad más importantes en el ámbito de la intervención social, basado en el concepto de calidad de vida y la centralidad de la persona. Lima (2012) asegura que uno de los retos más importantes del trabajo social es desarrollar garantías metodológicas que incluyan acciones que tengan como eje principal a la persona, hecho que parecen testimoniar los participantes en el presente estudio con sus valoraciones.

Ante cualquier tipo de cambio, suelen aparecer miedos y temores entre las personas que se encargan de su desarrollo. Las preguntas acerca de las ventajas e inconvenientes de la metodología en el ámbito de los servicios sociales pretendían conocer estos miedos, pero también las potencialidades de los profesionales: los primeros, para incorporarlos en el proceso de adaptación del modelo; y las segundas, para potenciarlas en su implementación.

Más de la mitad de los profesionales han valorado como un elemento negativo los cambios organizativos que el modelo produciría al adaptarla en los servicios sociales. No se trata de un porcentaje elevado, pero sí suficientemente importante como para que cobre importancia. Estos cambios organizacionales no suceden únicamente en niveles o planos superiores de gestión; también lo hacen en la práctica cotidiana, en la organización de los equipos de trabajo. En esta línea, Arenas Martínez (2011), en un estudio cualitativo y de análisis institucional, tras recoger y examinar las opiniones de los trabajadores y educadores sociales de atención primaria, concluyó que un requisito importante para que los servicios sociales se adaptaran a las nuevas realidades actuales era que las metodologías aplicables se implementaran en organizaciones capaces de responder con agilidad a las necesidades de las personas. Para Duque (2012), es preciso que se produzca un cambio de actitud de responsables políticos, directivos y profesionales para pasar de un modelo de recursos a uno de atención personalizada. Por tanto, las dudas de los

participantes en el estudio acerca de los cambios que pueden producirse en la organización deben tenerse muy en cuenta.

Una tercera parte de los participantes valoran la falta de conocimientos acerca de la metodología como segundo motivo de preocupación. Entre las muy escasas investigaciones que analizan la opinión de los profesionales acerca de la planificación, Coyle y Moloney (1999), al estudiar las resistencias iniciales al cambio de paradigma de intervención social, concluyeron que la necesidad de formar a los equipos de trabajo en la metodología era fundamental para vencer los miedos y las limitaciones al cambio. Los profesionales participantes en ese estudio añadieron que era necesaria la formación continua si se pretendía implementar con éxito la metodología. En un ejercicio de revisión de la literatura acerca de las políticas y de las prácticas del modelo desarrolladas en Inglaterra, Dowling *et al.* (2006) encontraron que uno de los factores que determinaba la implementación más lenta o parcial de una nueva metodología era la falta de formación de los profesionales. Los resultados del presente estudio son similares a los obtenidos por Arellano y Peralta (2016) cuando analizaron las dificultades de la aplicación del paradigma por parte de profesionales del ámbito de la discapacidad, autoras para quienes la falta de conocimientos y formación era un problema importante.

Las dos últimas limitaciones que los participantes en la presente investigación consideran relevantes son el aumento de la carga de trabajo que puede suponer la adaptación de la planificación centrada en la persona en los servicios sociales y la falta de recursos necesarios para su aplicación. En ambos casos, no superan el 20% de las respuestas obtenidas, pero deben tomarse en cuenta. La percepción profesional acerca de la carga de trabajo se ha considerado en estudios como el de Hayajneh y Shehadeh (2014), quienes analizaron el impacto de un enfoque centrado en la persona en la carga de trabajo de los profesionales de atención directa de personas con Alzheimer residentes en centros.

Al observar las respuestas obtenidas en relación a las ventajas metodológicas, los resultados muestran valoraciones muy positivas por parte de los profesionales. Prácticamente el 95% considera que mejoraría la intervención profesional, hecho realmente destacable, y para dos terceras partes ofrece nuevos instrumentos y recursos de planificación. Igual de importante es el cambio en el papel del usuario en el proceso de intervención social. Los resultados se asemejan a los que ofrecen algunos de los estudios empíricos sobre el impacto del modelo (Holburn *et al.*, 2004; Robertson *et al.*, 2006; Peterson, Buchanan y Falkmer, 2014), al afirmar que la metodología mejora la calidad de vida de los destinatarios de la intervención, así como las relaciones entre los equipos profesionales, y entre éstos y las personas usuarias, además de promover el papel de la persona en su cambio vital.

Menos de la mitad de los profesionales consideran que mediante la metodología se producen cambios en la organización, o que supone un cambio de principios y objetivos. Es preciso destacar esta conclusión, ya que se relaciona con las expuestas por numerosos autores (Holburn y Vietze, 1999; Flannery *et al.*, 2000; Merkel-Holguín, 2004), quienes afirman que los cambios organizacionales son una de las más importantes limitaciones para el éxito en la implantación del modelo. Para los profesionales participantes en el presente estudio, los cambios en la organización no suponen una ventaja evidente, y esto puede tener una doble lectura: por una parte, puede significar que no consideran importante que la planificación implique una modificación en el funcionamiento de la organización donde desarrollan su labor profesional; pero también podría traducirse como que la organización ya participa de algunos de sus principios y, por ese motivo, las transformaciones no son tan evidentes.

El presente estudio pretende ser un primer acercamiento a la opinión que los profesionales de servicios sociales realizan sobre la posible aplicación de la planificación centrada en la persona en la intervención social, y como tal, adolece de varias limitaciones. La más importante

es el tamaño de la muestra, que reduce en gran medida la generalización de resultados. En todo caso, la presencia en la muestra de profesionales de diferentes disciplinas hace que esta dificultad se vea reducida en cuanto a la representación de los diferentes profesionales que forman parte de los equipos de trabajo a quienes va dirigida la investigación. Igualmente, es necesario tener en cuenta que la participación voluntaria de los profesionales encuestados también supone un hándicap, ya que puede existir una predisposición a valorar positivamente los elementos que se les propone evaluar.

Sin embargo y pese a estas dificultades, se puede afirmar que el presente estudio es una primera toma de contacto acerca de las valoraciones que profesionales de servicios sociales realizan sobre las posibilidades de la aplicación de la metodología en este ámbito. Siendo un paradigma cuyos principios y fundamentos respetan los derechos y libertades de las personas y promueven sus decisiones, es importante seguir fomentando investigaciones que aceleren su implementación en los servicios sociales. La formación y la sensibilización de profesionales y gestores es imprescindible para conseguirlo.

Bibliografía referenciada

- AGUIRRE, B. (2013): "El acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con trastorno mental y en exclusión social", *Zerbitzuan*, nº 54, págs. 127-137 [<https://doi.org/10.5569/1134-7147.54.08>].
- ALSINET, C. et al. (2013): *Impacte en les famílies de Lleida dels canvis en la renda mínima d'inserció*, Barcelona, Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.
- ARELLANO, A.; y PERALTA, F. (2016): "La planificación centrada en la persona: un ejemplo de buena práctica en el ámbito de la discapacidad intelectual", *Contextos Educativos*, nº 19, págs. 195-212 [<http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/articulo/view/28915>].
- ARENAS MARTÍNEZ, M. (2015): "Calidad percibida en los servicios sociales de inclusión. Una aproximación desde el caso de Avilés (Asturias)", *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 28, nº 1, págs. 115-125.
- (2011): "Crítica y razón de los servicios sociales de base. Atención y proactividad en el Estado social", *Zerbitzuan*, nº 49, págs. 39-53 [<https://doi.org/10.5569/1134-7147.49.04>].
- ARIAS MARTÍNEZ, B. et al. (2010): "Evaluación de la calidad de vida en personas drogodependientes mediante el modelo de Rasch", *Revista Española de Drogodependencias*, vol. 35, nº 2, págs. 206-219.
- BARRERA, E.; MALAGÓN, J. L.; y SARASOIA, J. L. (2015): "Trabajo social, su contexto profesional y el Síndrome de Burnout", *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, nº 9, págs. 51-71 [<http://www.comunitania.com/evaristo-barrera-jose-luis-malagon-jose-luis-sarasola-trabajo-social-su-contexto-profesional-y-el-sindrome-de-burnout/>].
- BENITO, E.; ALSINET, C.; y MACIÁ, A. (2015): "La calidad de vida en personas sin hogar con y sin discapacidad. El caso de la ciudad de Lleida" (comunicación), IX Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad. 18-20 de marzo de 2015, Salamanca.
- BOERSMA, P. et al. (2014): "The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: A systematic review of the literature based on the RE-AIM framework", *International Psychogeriatrics*, vol. 27, nº 1, págs. 19-35.
- BRONFENBRENNER, U. (1979): *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Cambridge, Harvard University Press.
- COGLIAM, D. (1993): "A person-centred approach to dealing with resistance to change", *Leadership & Organization Development Journal*, vol. 14, nº 4, págs. 10-14.
- CORTINAS, J. (2012): "La identidad profesional de los trabajadores sociales como elemento clave en el acceso a los programas de rentas mínimas: el caso de Catalunya", *Zerbitzuan*, nº 51, págs. 95-105 [<https://doi.org/10.5569/1134-7147/51.06>].
- COYLE, K.; y MOLONEY, K. (1999): "The introduction of person-centred planning in an Irish agency for people with intellectual disabilities: An introductory study", *Journal of Vocational Rehabilitation*, vol. 12, nº 3, págs. 175-180.
- DE LA PEÑA, E. (2014): "Análisis de la satisfacción y de la calidad percibida por las personas atendidas"

- en los servicios sociales comunitarios del Centro Municipal de Servicios Sociales Delicias del Ayuntamiento de Zaragoza", *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 27, nº 1, págs. 115-125.
- DOWLING, S. et al. (2006): *Person-centred Planning in Social Care: A Scoping Review*, York, York Publishing Services.
- DUQUE, J. M. (2012): "Redescubrimiento de los servicios sociales de atención primaria: hacia un (nuevo) modelo de atención personal y comunitaria", *Zerbitzuan*, nº 52, págs. 23-44 [<https://doi.org/10.5569/1134-7147.52.020>].
- EDWARSSON, D.; SANDMAN, P. O.; y BORELL, L. (2014): "Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: Effects on perceived person-centeredness staff strain, and stress of conscience", *International Psychogeriatrics*, vol. 26, nº 7, págs. 1.171-1.179.
- ELÓSEGUI, E. et al. (2014): "Elección consensuada de una herramienta común de valoración sociosanitaria en la CAPV", *Zerbitzuan*, nº 56, págs. 41-57 [<https://doi.org/10.5569/1134-7147.53.020>].
- FANTONA, F. (2004): "Gestión de calidad en los sistemas de servicios sociales de las comunidades autónomas: perspectivas generales y propuestas de avance", *Boletín del CIES*, nº 21.
- FEDERACIÓN SARTU (2010): "Tendencias sociales e inclusión social", *Zerbitzuan*, nº 48, págs. 137-144 [<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Tendencias%20sociales%20e%20inclusi%20social.pdf>].
- FERNÁNDEZ MUÑOZ, J. N. (2011): "Servicios sociales, derechos de ciudadanía y atención centrada en la persona", *TS Nova. Trabajo Social y Servicios Sociales*, nº 3, págs. 37-48.
- FLANNERY, B. K. et al. (2000): "Person centered assessment and planning: An introduction to new tools", *Journal for Vocational Special Needs Education*, vol. 23, nº 3, págs. 15-20.
- HAYAJNEH, F. A.; y SHEHADEH, A. (2014): "The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: An interventional study", *International Journal of Nursing Practice*, vol. 20, nº 4, págs. 438-445.
- HOLBURN, S. (2003): "Cómo puede la ciencia evaluar y mejorar la planificación centrada en la persona", *Siglo Veintiuno*, vol. 34, nº 4, págs. 48-64.
- HOLBURN, S.; y VIETZE, P. (1999): "Acknowledging barriers in adopting person-centered planning", *Mental Retardation*, vol. 37, nº 2, págs. 117-124.
- HOLBURN, S. et al. (2004): "The Willowbrook Futures project: A longitudinal analysis of person-centered planning", *American Journal on Mental Retardation*, nº 109, págs. 63-76.
- LIMA, A. I. (2012): "Trabajo social, nuevos contextos y nuevos compromisos", *Azarbe. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, nº 1, págs. 73-86.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2013): "La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos", *Actas de la Dependencia*, nº 8, págs. 25-47.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. et al. (2014): *La atención centrada en la persona. ¿Cómo llevarla a la práctica?*, serie Modelo de Atención Centrada en la Persona, nº 2, Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto [<http://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/cuadernos-practicos-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona-2-como-llevarla-las>].
- MEDINA TORNERO, M. E. (1996): "Evaluación de la calidad asistencial en Servicios Sociales", *Psychosocial Intervention*, vol. 5, nº 14, págs. 23-42.
- MEDINA TORNERO, M. E.; y MEDINA RUIZ, E. (2011): "Análisis de la calidad percibida en usuarios/as de servicios sociales", *Zerbitzuan*, nº 50, págs. 85-100 [<https://doi.org/10.5569/1134-7147.50.070>].
- MERKEL-HOLGUIN, L. (2004): "Sharing power with the people: Family group conferencing as a democratic experiment", *Journal of Sociology and Social Welfare*, vol. 31, nº 1, págs. 155-173.
- MOUNT, B.; y ZWERNIK, K. (1988): *It's Never Too Early. It's Never Too Late. A Booklet about Personal Futures Planning*, Minnesota, Metropolitan Council.
- NEILL, M. et al. (2009): "A positive approach to risk requires person-centred thinking", *Tizard Learning Disability Review*, vol. 14, nº 4, págs. 17-24.
- PALLISERA, M. (2011): "La planificación centrada en la persona (PCP): un vía para la construcción de proyectos personalizados con personas con discapacidad intelectual", *Revista Iberoamericana de Educación*, vol. 56, nº 3.
- PEARPOINT, J.; O'BRIEN, J.; y FOREST, M. (1993): *Path: A Workbook for Planning Possible Positive Futures: Planning Alternative Timelines with Hope for Schools, Organizations, Businesses, Families*, Toronto, Inclusion Press.
- PETERSON, S.; BUCHANAN, A.; y FALKMER, T. (2014): "The impact of services that offer individualised funds, shared management, person-centred relationships, and self-direction on the lived experiences of consumers with mental illness", *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 8, nº 20, págs. 1-14 [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4061914/>].
- ROBERTSON, J. et al. (2006): "Longitudinal analysis of the impact and cost of person-centered planning for people with intellectual disabilities in England", *American Journal on Mental Retardation*, vol. 111, nº 4, págs. 400-416.
- RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, Mª D. (2015): "Redes profesionales e interdisciplinariedad en trabajo social comunitario: una respuesta integral a problemas sociales multidimensionales", *Zerbitzuan*, nº 58, págs. 41-50 [<https://doi.org/10.5569/1134-7147.58.040>].
- SACANELL, E. (1995): "El concepto de calidad en la gestión de los servicios sociales", *Zerbitzuan*, nº 20, págs. 63-88 [<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Calidad%20en%20la%20gesti%20de%20los%20servicios%20sociales.pdf>].
- SÁNCHEZ AGUADO, A. (2011): "La calidad en la gestión de los Servicios Sociales Municipales. Algunas

- experiencias de INTRESS", *TS Nova. Trabajo Social y Servicios Sociales*, nº 3, págs. 49-54.
- SCHALOCK, R. (1996): "The quality of life: It's definition and measurement", *Research in Developmental Disabilities*, vol. 16, nº 1, págs. 51-74.
- (1995): *Quality of Life: Its Conceptualization, Measurement and Use*, Washington D.C., American Association of Mental Retardation.
- SCHALOCK, R.; y VERDUGO, M. A. (2009): "Revisión actualizada del concepto de calidad de vida", en VERDUGO, M. A. (coord.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: instrumentos y estrategias de evaluación*, Salamanca, Amarú Ediciones.
- (2003): *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*, Madrid, Alianza Editorial.
- SMULL, M. W. (1998): "After the plan", en O'BRIEN, J.; y O'BRIEN, C. L. (eds.), *A Little Book about Person Centered Planning*, Toronto, Inclusion Press.
- VERDUGO, M. A. (dir.) (2008): *Formulari de l'Escala Gencat de Qualitat de vida. Manual d'aplicació de l'Escala Gencat de Qualitat de Vida*, Generalitat de Catalunya, Departament d'Acció Social i Ciutadania.
- VERDUGO, M. A. et al. (2010): *Impacto social del programa ECA Caja Madrid de empleo con apoyo*, Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

III. PARTE 3. DISCUSIÓN

Según Bisquerra (2009) la investigación discurre a través de una serie de fases o pasos que, sintéticamente se resumen en: selección de un tema o área a investigar; identificación de un problema; revisión de la literatura; selección del método y diseño de la investigación; recolección de datos; análisis de datos; interpretación de los resultados y elaboración de las conclusiones y finalmente redacción del informe final.

En la tesis presentada se han recogido todas estas fases en cada uno de los artículos expuestos en la parte empírica anterior. En este apartado se añadirán aquellos aspectos que, pese a no aparecer de forma explícita son importantes para comprender el alcance del trabajo realizado.

En primer lugar se describen los resultados más importantes obtenidos mediante los estudios realizados para, posteriormente, analizar las principales aportaciones y limitaciones de los trabajos presentados.

III.1. DISCUSIÓN GENERAL

La calidad se reconoce como un elemento fundamental en los servicios sociales catalanes. De hecho, la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials de Catalunya incluye como uno de sus principios rectores la calidad de los servicios teniendo como referencia el concepto de calidad de vida (art. 5.p).

El Pla de qualitat dels serveis socials de Catalunya 2010-2013 tiene por objetivo situar la calidad como eje principal de la gestión de los servicios sociales. Se implementa gracias a cinco ejes estratégicos que a su vez promueven 10 objetivos estratégicos concretos: calidad

de servicio, calidad técnica, calidad de gestión, calidad en la ocupación e innovación y mejora continua.

La calidad técnica hace referencia a la adecuada utilización de los adelantos científicos en la prestación de los servicios siendo el grado de calidad técnica el uso de metodologías, enfoques, técnicas, procedimientos, etc., actualizados y en línea con los adelantos desarrollados en diferentes disciplinas científicas. Dentro de este eje el objetivo estratégico 4 se relaciona con que el sistema catalán de servicios sociales sea un referente europeo en la gestión de calidad siendo una de sus acciones específicas el desarrollo de una metodología de elaboración de planes de atención social sobre la base de la Escala GENCAT de Calidad de Vida (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008). Asimismo aboga por la implantación de metodologías de planificación y de gestión de la información adecuadas al concepto de calidad y basadas en la PCP.

Así pues, el cuestionario analizado en la tesis doctoral que se presenta es uno de los instrumentos que el gobierno catalán promueve para analizar la CV de las personas usuarias de servicios sociales. Sus autores han analizado sus propiedades psicométricas en una muestra de personas amplia, que incluye todos los colectivos a quienes va destinada la escala (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2009). También se ha estudiado colectivos concretos como las personas drogodependientes (Arias, Gómez, Verdugo & Navas, 2010), las personas mayores (Verdugo, Gómez y Arias, 2009) o personas con discapacidad (Verdugo, De Borja Jordán de Urríes, Orgaz, Benito, Martín-Ingelmo, Ruiz, y Santamaría, 2010).

Para comprobar si escala GENCAT muestra adecuadas propiedades psicométricas para poder ser aplicada al colectivo de PSH, se ha analizado la fiabilidad desde la TCT y la TRI, mediante la extensión del modelo de Rasch para ítems politómicos.

El coeficiente de confiabilidad indica la fuerza de la asociación o relación entre las puntuaciones, pudiendo el valor obtenido oscilar entre -1 y +1. Valores cercanos a -1 o a 1 muestran relaciones cercanas negativas o positivas respectivamente mientras que si el resultado es de 0 no existe relación entre las puntuaciones obtenidas.

Campoy Oviedo (2008) plantean que dependiendo de los investigadores, los niveles aceptables de alfa se encuentran entre 0,70 y 0,90 en las posiciones más liberales, mientras que la postura más conservadora eleva el mínimo aceptable hasta 0,80. George y Mallery (2003) se encontrarían dentro de estos últimos ejemplos. Los valores obtenidos en el estudio presentado manifiestan niveles que superan los considerados como mínimos. En todas las dimensiones de la escala los valores obtenidos se encuentran entre .749 y .853. exceptuando Autodeterminación con un valor que se encuentra al límite ($\alpha = .691$).

Si comparamos los presentes resultados con los obtenidos por diferentes estudios que han analizado las propiedades psicométricas de la escala la fiabilidad total ($\alpha = .956$) es ligeramente superior a la obtenida en la muestra general de Verdugo et al. (2009) ($\alpha = .926$) y similar a la del estudio de Arias et al. (2010) ($\alpha = .955$).

El estudio con PSH en la ciudad de Lleida mejora la confiabilidad en siete de las ocho dimensiones de la escala si se compara con la muestra general, siendo especialmente importante las diferencias en Bienestar Físico, Relaciones Interpersonales, Inclusión Social y Bienestar Material, siendo mínimas en Bienestar Emocional. La dimensión

Autodeterminación obtiene un índice de fiabilidad bastante menor que en el estudio de Verdugo et al. (2009).

Comparando el presente estudio con el de Arias et al. (2010), son cuatro las dimensiones en las cuales se produce una mejora de la fiabilidad, aunque las diferencias no son tan sensibles como las de la muestra general, destacando Derechos y Bienestar Material. Para el resto de dimensiones las diferencias son ligeramente inferiores, destacando especialmente Autodeterminación, que es la más problemática al ofrecer un índice de fiabilidad bajo.

Los resultados obtenidos mediante el modelo RSM basados en la TRI posibilitan comprobar la adecuación de los datos a la predicción teórica del modelo. El ajuste de las dimensiones Bienestar Emocional e Inclusión Social es perfecto, sin embargo Derechos puede ser cuestionable al manifestar el peor ajuste de todas ellas. Estos resultados parecen coincidir con los obtenidos por Gómez, Verdugo, Arias y Iurtia (2011) en el estudio que analiza únicamente esta dimensión en una muestra de personas con discapacidad. En este estudio también existen diferencias entre el ajuste de los ítems y de las personas, manifestando peores niveles en éstas últimas.

Son tres los ítems que se muestran desajustados, suponiendo un porcentaje relativamente pequeño del total de la escala. En ningún caso se condensan en una dimensión, sino que se reparten entre Bienestar Físico (ítem 40), Autodeterminación (ítem 48) y Derechos (ítem 60). Estos reactivos manifiestan dificultades a la hora de medir la CV de las personas por lo que se deben tener en cuenta en análisis futuros y comprobar si realmente son problemáticos o se han presentado complicaciones únicamente en la muestra del presente estudio.

Más problemática es la existencia de errores estándar en la dimensión Derechos. La mayoría de los ítems que la componen muestran valores superiores a ,25. El estudio de Arias et al. (2010) comparte conclusiones similares respecto a la dimensión aunque con valores sensiblemente superiores que los obtenidos en la muestra de PSH.

Las diferencias entre ambas muestras también se ponen de manifiesto en los índices de fiabilidad de los ítems y de las personas. Si para las PSH los valores se acercan, permitiendo discriminar correctamente tanto en los ítems como en las personas, el estudio de Arias et al (2010) manifiesta varias dimensiones problemáticas.

Pese a que son muy pocos trabajos que analicen las propiedades psicométricas de la Escala GENCAT, los resultados presentados en la tesis manifiestan sensibles mejoras en algunos aspectos de fiabilidad en relación a los trabajos existentes. Teniendo en cuenta estos resultados, se puede afirmar que la escala posee adecuadas propiedades psicométricas para ser aplicada a PSH y permiten analizar la CV de los participantes en el estudio.

En la investigación relativa a la valoración que los profesionales de servicios sociales realizan sobre la PCP, las principales conclusiones permiten afirmar que la metodología es considerada aplicable y fácil de implementar por la mayoría de los encuestados. Los educadores sociales son quienes destacan en sus valoraciones positivas, muy por encima de los trabajadores sociales y familiares. No es extraño que esta situación sea así. Los profesionales de la educación social tienen funciones propias dentro de los equipos de servicios sociales, entre ellas el diseño, implementación y evaluación de proyectos y programas sociales o el conocimiento de los contextos sociales y educativos (Fernández y López, 2012). Ejercer de forma cotidiana estas funciones puede predisponer al profesional a

la apertura sobre metodologías de trabajo novedosas que aporten conocimiento e incluso respuestas nuevas a problemáticas complejas como es la PCP.

Son los cambios organizacionales los que más preocupan a los profesionales encuestados, seguido de la falta de conocimientos sobre la metodología como segunda opción. No es extraño que esto sea así, los cambios organizacionales suponen una dificultad a superar en el proceso de cambio de un modelo tradicional a otro centrado en la persona. Para conseguirlo es preciso que la organización redefina las funciones y los roles profesionales (Schalock y Verdugo, 2007) y esto es motivo de preocupación por parte de los profesionales.

Tener en cuenta la opinión de los profesionales acerca de las cuestiones metodológicas que les conciernen es fundamental, sin embargo no existen muchas iniciativas en este aspecto. Matulic (2016) analiza mediante entrevistas en profundidad las opiniones de los profesionales de atención a PSH relativas a la práctica profesional que realizan. Estos estudios no son, por desgracia, habituales. La investigación presentada en la tesis es otro ejemplo de lo importante que es empoderar al profesional, para que así se implique en la práctica de intervenciones que rompan con los paradigmas más tradicionales.

III.2. PRINCIPALES APORTACIONES Y LIMITACIONES PRESENTADAS

III.2.1. Aportaciones principales

De entre las principales aportaciones del trabajo es necesario subrayar el análisis realizado de la Escala GENCATde Calidad de Vida (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008). Es un instrumento destacable por varios motivos: su reciente aparición que hace que

sea una escala relativamente moderna y actual; su proceso de elaboración y diseño que cumple con los requisitos imprescindibles de validez y fiabilidad que precisa la presente investigación; su objetivo principal, evaluar la CV en personas usuarias de servicios sociales que es también uno de los objetivos del trabajo realizado y por último la posibilidad de ser aplicada a PSH pese a no ser un colectivo destinatario como tal. Estos son los motivos principales por los cuales el análisis de la escala ha sido tan profundo y exhaustivo. La escasez de trabajos similares ha dirigido de alguna manera el paso previo de análisis de sus propiedades psicométricas para la muestra, posibilitando gracias a ello la aplicación posterior del instrumento al colectivo objeto de la intervención.

La importancia del análisis de las propiedades psicométricas de la escala es debida a cuatro motivos fundamentales;

- Es un cuestionario diseñado específicamente para personas usuarias de servicios sociales con el objetivo de analizar la CV de los destinatarios de la acción social y utilizar los resultados obtenidos para diseñar intervenciones individualizadas. La utilización de la escala en las unidades de servicios sociales se encuentra recogido en el desarrollo legal del plan de calidad de la Generalitat de Catalunya y se manifiesta directamente en el programario específico.
- Las propiedades psicométricas obtenidas en el presente estudio son adecuadas y permiten evaluar las diferentes dimensiones de CV de los participantes de forma óptima.
- La facilidad de implementación posibilita acceder a personas que manifiestan limitaciones evidentes en la cumplimentación de escalas autoaplicadas. Las dificultades idiomáticas y culturales, así como de presencia de situaciones que impiden la emisión del juicio de forma transitoria (como el consumo de tóxicos) se superan de forma

evidente al ser el profesional quien emite el juicio sobre la CV de la persona ya que conoce su situación de la forma más precisa posible.

La superación de la inexistencia de análisis similares en muestras de PSH es la principal aportación del trabajo presentado. Supone una primera aproximación a la medición de la CV de las PSH en los servicios sociales de atención al colectivo. Permite además dotar a los profesionales de la acción social de un instrumento con adecuados niveles de confiabilidad que posibilite medir los resultados personales de CV de los destinatarios de la intervención y planificar de forma individualizada en función de las necesidades concretas de las personas.

No debe subestimarse la aportación que el trabajo realiza en la valoración que los profesionales han realizado de las posibilidades que la metodología de la PCP ofrece a la práctica de la actuación social. El paradigma centrado en la persona pretende el empoderamiento y la autodeterminación de las personas destinatarias de los servicios sociales y promueve su participación en la gestión de los servicios sociales, un derecho recogido en la ley catalana de servicios sociales. Valorar las dificultades y limitaciones que la metodología supone en la práctica profesional posibilita tenerlas en cuenta para superar las dificultades que se pueden presentar en su adaptación y aplicación.

III.2.2. Limitaciones presentadas

En el apartado correspondiente de la tesis se han expuesto las dificultades existentes en cualquier tipo de intervención destinada al colectivo, incluidas las posibles investigaciones científicas. En opinión de Panadero y Vázquez (2013) son escasos los estudios y mucho menos los grupos de investigación que se centran en el colectivo de PSH y los existentes se

centran en países anglosajones, alejados de la realidad social y cultural de países mediterráneos. Esto es debido, entre otras causas, a las dificultades existentes a la hora de materializar cualquier tipo de estudio con el colectivo.

En esta línea Balslem, Christensen, Tuepker y Kansagara (2011) plantean la existencia generalizada de problemas y limitaciones de muestro en estudios que analizan la situación de sin hogar. Entre los más importantes se encuentran muestras de personas crónicas en comparación a las personas que llevan menos tiempo en la calle, muestras aisladas geográficamente y no representativas o inclusión de situaciones de sinhogarismo que no lo son con el objetivo de inflar las muestras hecho que provoca que personas con mayores tasas de gravedad de los factores de riesgo se encuentren infrarepresentadas.

En todo caso son evidentes las dificultades de a la hora de diseñar una muestra representativa de PSH y en numerosas ocasiones esto provoca que sean muestras de conveniencia con las consecuentes limitaciones de representatividad. El muestreo de conveniencia no permite control de los sujetos de la muestra y su representatividad es cuestionable (Fernández, 2004). Una técnica específica de este tipo de muestreo es el de criterio, que utiliza el juicio de un experto o del propio investigador para seleccionar los sujetos que conforman la muestra. En todo caso el criterio de selección es subjetivo y está basado en el conocimiento que se tenga sobre la materia en cuestión y la población objeto de estudio. Permite la comparación entre los sujetos que la conforman pero continúa padeciendo problemas de representatividad.

En el presente trabajo estas limitaciones han estado presentes, debido a las dificultades expuestas de la investigación con PSH. Se deben sumar, además, los problemas añadidos en relación al reducido número de sujetos que componen la muestra. El tamaño de la muestra

depende habitualmente de los objetivos del estudio, las características de la población y de los recursos y el tiempo disponibles si se quiere obtener información representativa, válida y fiable (Rodríguez, 2005). Sin embargo en ocasiones es difícil cumplir con estos requisitos y se utilizan los métodos de muestreo disponibles en función de las posibilidades incluyendo el tamaño muestral como cuestión a determinar.

Es preciso puntualizar que los datos barajados en los recuentos que se han realizado en la ciudad de Lleida sobre PSH han ofrecido datos que han de tenerse en cuenta a la hora de analizar la representatividad de la muestra en este trabajo. En el realizado en 2007 se localizaron un total de 70 personas durmiendo en la calle y en espacios públicos y 52 en alojamientos destinados a PSH o relacionados. En el recuento que se llevó a cabo en 2016 fueron 71 las personas identificadas en situación de calle y 124 acogidas en diferentes recursos destinados a PSH. Teniendo en cuenta las dificultades a la hora de contabilizar de forma real el total de personas que se encuentran en diferentes situaciones dentro del sinhogarismo los datos que se utilizan son los presentados anteriormente.

Partiendo de estos datos y pese a las limitaciones evidentes en relación al número de sujetos participantes en la investigación debido a las dificultades en el acceso al colectivo, se puede afirmar que el trabajo supone una primera aproximación al estudio de la población sin hogar de la ciudad de Lleida, de su CV y de las repercusiones que una metodología de intervención social ha supuesto en la participación y el bienestar de los protagonistas.

III.3. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

En este apartado de la tesis y una vez expuestos los resultados obtenidos se pretenden recoger algunas de las propuestas que han surgido una vez implementado el proyecto. Algunas lo han hecho a raíz de las propias limitaciones manifestadas mientras que otras se basan en la práctica diaria profesional y en los resultados de la medición de la CV de las personas participantes. En todo caso se muestran en los siguientes puntos.

– Ampliar la muestra de personas destinatarias de la Escala GENCAT de Calidad de Vida (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008). Es preciso destacar que el colectivo de PSH no es numeroso y que la localización geográfica del trabajo se ha encontrado limitada a una determinada localidad de tamaño medio y con una ratio de PSH por habitante baja, tal y como muestran los diferentes recuentos de PSH realizados desde 2007. Pese a ello y tal y como se ha expuesto anteriormente, el tamaño muestral es una de las limitaciones del presente trabajo.

Hacer extensible la evaluación de la CV de las PSH que utilicen habitualmente la Oficina de Atención de la ciudad de Lleida permitiría obtener una muestra lo suficientemente grande como para poder analizar sus propiedades psicométricas de forma óptima y superar las limitaciones en relación al análisis de la validez de constructo presentadas en el trabajo. Para ello sería preciso continuar con el trabajo realizado hasta la fecha y analizar cada persona que cumpla con los requisitos necesarios para ser aplicada.

Proponer la evaluación de la CV mediante la Escala GENCAT a otras provincias de Cataluña que gestionen servicios de atención social a PSH es otra de las líneas futuras de investigación que han surgido a raíz del presente proyecto. Barcelona y Gerona disponen de

entidades tanto públicas como privadas que gestionan recursos destinados a PSH. Acceder a una muestra más amplia que recoja las particularidades de otras provincias permitiría averiguar si éstas son lo suficientemente importantes como para definir la CV de las personas o que se puedan empezar a generalizar los resultados.

Ampliar la muestra de PSH permitiría, a su vez, poder analizar la validez de constructo, limitación importante del estudio presentado. El análisis factorial (AF) es una técnica de estudio de aquellas variables que conforman los constructos psicológicos. Para que sus resultados sean relevantes es preciso tener en cuenta una serie de requisitos. Uno de ellos es el tamaño muestral.

Existen diferentes criterios para determinar cuál es el tamaño muestral óptimo para utilizar el análisis factorial exploratorio. Los dos más empleados son el número total de elementos y la proporción sujetos/variable medida. Entre los segundos no existe un acuerdo general, planteando diferentes proporciones dependiendo de quien lo exponga. En todo caso oscilan entre las proporciones 5:1 y 20:1 (Frías y Pascual, 2012; Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás, 2014).

Así pues, el tamaño muestral afecta directamente a la posibilidad de utilizar la técnica factorial como análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos de medición. Ante muestras menores de 100 sujetos si no se cumplen los criterios anteriormente expuestos es cuestionable la utilización del procedimiento. La muestra del estudio presentado es notoriamente inferior a la requerida para realizar el AF y este hecho ha impedido conseguirlo. Ampliar el número de sujetos permitiría superar este obstáculo y realizar estos análisis en el futuro.

– Analizar las particularidades de las mujeres sin hogar y de las personas con discapacidad. La cuestión de género es una variable imprescindible en el estudio de las PSH. Sin embargo los trabajos que estudian la realidad de la mujer en la calle son escasos y la mayoría se limitan a cuestiones de salud o consumo de tóxicos. Analizar la CV del colectivo femenino aportaría conocimiento acerca de la situación concreta y de las diferencias en relación al género masculino. De esta forma las intervenciones se planificarían teniendo en cuenta las valoraciones obtenidas.

Lo mismo sucede con las personas que presentan algún tipo de discapacidad: es preciso profundizar en esta variable para que puedan implementarse actuaciones concretas adaptadas a las necesidades específicas de las personas.

Estudiar la discapacidad en PSH es una labor compleja. La mayoría de investigaciones sobre el tema se centran fundamentalmente en la epidemiología de la discapacidad mental y las consecuencias para la salud de la persona. Tal y como describen la Fundación Rais y la ONCE (RAIS, 2013) en el primer estudio específico que relaciona las PSH y discapacidad presentado en España, existe una importante carencia de datos y análisis. La falta de diagnóstico de la discapacidad se evidencia como uno de los problemas más importantes, junto a las dificultades inherentes a la hora de estudiar el colectivo de PSH.

En este ámbito, la presente tesis ha realizado una aportación al análisis de la CV comparando el nivel de la muestra de participantes en las dimensiones de la escala mediando presencia de discapacidad (Benito, Alsinet y Maciá, 2015). Los datos sobre PSH y discapacidad obtenidos no distan demasiado de los que otras investigaciones barajan. En el trabajo de Fundación Rais y Once (RAIS, 2013) los profesionales participantes aprecian

discapacidad en el 36% de las personas. Respecto a su reconocimiento, Panadero, Vázquez, Guillén, Martín y Cabrera (2013) encontraron que el 50% de los participantes no tenían certificado, valores cercanos a los obtenidos en el presente estudio (44,1%).

Al analizar los resultados de la escala son las PSH con discapacidad las que peor nivel de CV poseen. La única dimensión en la cual las personas con discapacidad se encuentran mejor valoradas es Bienestar Material, debido fundamentalmente a que su reconocimiento permite disponer de ayudas y prestaciones que posibilitan esta mejora, aunque la diferencia no es significativa. La dureza de la situación de sin hogar explica que no existan diferencias en Bienestar Físico. Las consecuencias de vivir en la calle para la salud y la integridad física se hacen evidentes, tenga o no discapacidad la persona (Tinnemann, Bauer, De la Torre, Binting y Keil, 2013; Fazel, Geddes y Kusehl, 2014).

III.4. CONCLUSIONES GENERALES

Las conclusiones generales de la tesis se pueden resumir en los siguientes puntos;

1. Uno de los objetivos principales del trabajo ha sido analizar las propiedades psicométricas de la Escala GENCAT de Calidad de Vida (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008) en una muestra de PSH. Como se ha comentado anteriormente, en el diseño de la escala el colectivo no fue uno de los grupos destinatarios del instrumento. Por este motivo ha sido preciso realizar este análisis antes de medir la CV de la muestra. El resultado obtenido pone de manifiesto la adecuada confiabilidad de la escala para la muestra de 72 PSH. El elevado valor mostrado por el alfa de Cronbach, superando incluso el obtenido por la muestra utilizada para validar la escala, es uno de los indicadores que el cuestionario es apto para medir la CV de las PSH. Esta

afirmación se puede corroborar a través de los resultados de la adecuación del modelo en la TRI. Se puede concluir, por tanto, que la escala posee adecuadas propiedades psicométricas para ser aplicada a las PSH.

2. La escala GENCAT de calidad de vida se diseñó con la finalidad de ser un instrumento de medición de las dimensiones de CV en el colectivo de usuarios de servicios sociales y obtener información para planificar intervenciones individualizadas. Sin embargo son muy escasas las experiencias de aplicación del cuestionario en los equipos de profesionales. Los motivos por los cuales no se aplica habitualmente no son objeto de estudio en la presente tesis, sin embargo sí se puede afirmar que, tras la utilización realizada de la escala, es factible su empleo como instrumento de diagnóstico y de planificación de intervenciones sociales.
3. La siguiente conclusión se deriva del segundo de los estudios presentados. La PCP es una metodología de intervención que, pese a haber nacido en el ámbito de la discapacidad, puede ser adaptada a cualquier otro colectivo. Esta premisa es apoyada tanto por las investigaciones relacionadas como por las experiencias de aplicación mostradas en la primera parte de la tesis. Para poder realizar este proceso de adaptación es preciso tener en cuenta a los profesionales que lo harán posible. Y para ello es imprescindible conocer su opinión. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la predisposición y la apertura de los participantes acerca de los principios y metodología de la PCP. Las experiencias de adaptación y aplicación del modelo surgen del ámbito de la discapacidad, por lo que se puede afirmar que la presente tesis realiza una aportación importante en el conocimiento y desarrollo de experiencias implementadas en los equipos de servicios sociales.

4. La última de las conclusiones presentadas está relacionada con la muestra escogida para realizar la tesis. Como se ha reflejado en la primera parte del trabajo, las investigaciones dirigidas al colectivo no son muy numerosas y en la mayoría de los casos se utilizan estudios epidemiológicos. Son varios los motivos por los cuales diseñar cualquier tipo de investigación que tenga como muestra las PSH implica encontrarse con muchas dificultades. No es un colectivo de fácil acceso, no es numeroso si se compara con otros, aunque se disponga de acceso a las personas en numerosas ocasiones o no pueden o no quieren participar en un estudio, por poner algún ejemplo. Por todo lo anterior y pese a lo reducido de la muestra, haber podido realizar esta investigación posee gran valor y permite aportar conocimiento para comprender el fenómeno del sinhogarismo.

IV. PARTE 4. REFERENCIAS

- Aguirre, B. (2013). El acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con trastorno mental y en exclusión social. *Zerbitzuan*, 54, 127-137.
- Alsinet, C. (Coord.). (2014). *Impacte en les famílies de lleida dels canvis en la renda mínima d'inserció*. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.
- Alsinet, C., Garsaball, A., Pirla, A., Canut, J., Feixa, M. & Zanuy, L. (2009). *Les persones en situació de sense llar a la ciutat de Lleida: trajectòries personals*. Lleida: Universitat de Lleida.
- Ararteko (2006). *Respuesta a las necesidades básicas de las personas sin hogar y en exclusión grave*. Vitoria-Gazteiz: Ararteko.
- Archard, P. J. & Murphy, D. (2015). A practice research study concerning homeless serviceuser involvement with a programme of social support work delivered in a specialized psychological trauma service. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(6), 360-370.
- Arias, B., Gómez, L. E., Verdugo, M. A. & Navas, P. (2010). Evaluación de la calidad de vida en personas drogodependientes mediante el modelo de Rasch. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(1), 206-219.
- Arriba, A. (Coord.) (2008). *Políticas y bienes sociales. Procesos de vulnerabilidad y exclusión social*. Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada FOESSA. Madrid: Cáritas Española

- Atherton, I. & McNaughton, C. (2008). 'Housing First' as a means of addressing multiple needs and homelessness. *European Journal of Homelessness* 2, 289-303.
- Balshem, H., Christensen, V., Tuepker, A. & Kansagara, D. (2011). A Critical Review of the Literature Regarding Homelessness among Veterans. VA-ESP Project #05-225: 2011. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0068134/>
- Benito, E.; Alsinet, C.; & Maciá, A. (Marzo, 2015). La Calidad de Vida en Personas Sin Hogar con y sin discapacidad. El caso de la ciudad de Lleida. En Verdugo, M. A. (Director), IX Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Simposio dirigido por INICO (Instituto Universitario de Integración en la Comunidad), Salamanca.
- Bisquerra, R. (2009). Metodología de la investigación educativa. Madrid: Ed. La Muralla.
- Biswas-Diener, R. & Diener, E. (2006). The Subjective Well-Being of the Homeless, and Lessons for Happiness. *Social Indicators Research*, 76(2), 185-205.
- Brown, R. I., Schalock, R. L. & Brown, I. (2009). Quality of life: its application to persons with intellectual disabilities and their families. Introduction and overview. *Journal of policy and practice in intellectual disabilities*, 6(1), 2-6.
- Busch-Geertsema, V., Edgar, W., O'Sullivan, E. & Pleace, N. (2010). Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research. Recuperado de http://www.feantsaresearch.org/IMG/pdf/fea_020-10_en_final.pdf
- Cabrera, P. J. & Rubio, M. J. (2008) Las personas sin hogar, hoy. *Revista del Ministerio de trabajo e inmigración*, 75, 51-75.

- Cabrera, P., Rubio, M. J. & Blasco, J. (2008). ¿Quién duerme en la calle? Una investigación social y ciudadana sobre las personas sin techo. Barcelona: Fundació Caixa Catalunya.
- Campo, A. & Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-83.
- Casas, F. (1996). Bienestar social. Una introducción psicosocial. Barcelona: PPU.
- Castel, R. (1990). La metamorfosis de la cuestión social. Buenos Aires: Paidós.
- Castel, R. (1997). Centralidad de la cuestión social. Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura, 29, 42-55.
- Càtedra d'Innovació Social (2016). Informe executiu estudi persones sense sostre Lleida 2016. Recuperado de <http://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/57696/informe%20executiu%20resultats%20persones%20sense%20sostre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chue, P., Tibbo, P., Wright, E. & Van Ens, J. (2004). Client and Community Services Satisfaction With an Assertive Community Treatment Subprogram for Inner-City Clients in Edmonton, Alberta. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 621–624.
- Claes, C., Van Hove, G., Vandeveld, J. S., van Loon, J. & Schalock, R. L. (2010) Person Centered Planning: Analysis of Research and Effectiveness. *Intellectual and Developmental Disabilities*: December 2010, Vol. 48, No. 6, pp. 432-453.
- Cornes, M., Joly, L., Manthorpe, J., & O'Halloran, S. (2011). Working together to address multiple exclusion homelessness. *Social policy and society*, 10(4), 513-532.

- Cortes, L. (1997). Hablando sobre exclusión residencial. La acción social. Cuadernos de formación. 41. Madrid: Cáritas.
- Cortés, L. (2004). Indagaciones sobre la exclusión residencial. *Arxius*, 10, 39-55.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Domingo, J.; Badia, H.; Molina, M.; Pelegrí, R., Pifarré, E. & Remón, J. (2004). *Les persones sense llar a Lleida*. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida.
- Dowling, S., Manthorpe, J. & Cowley, S. (2006). *Person-centred planning in social care: a scoping review*. York: York Publishing Services Ltd.
- Dunleavy, A., Kennedy, L. A. & Vaandrager, L. (2014). Wellbeing for homeless people: a Salutogenic approach. *Health Promot International*, 29 (1) 144-154.
- Edgar, B. (2012). The ETHOS Definition and Classification of Homelessness and Housing Exclusion. *European Journal of Homelessness*, 6(2), 219-225.
- Edgar, B., Harrison, M., Watson, P. & Busch-Geertsema, V. (2007). *Measurement of Homelessness at European Union Level* (Brussels: European Commission). Recuperado de http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/study_homelessness_en.pdf.
- Fazel, S.; Geddes, J. & Kusehl, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529-1540.

- Fernández, A. & López, R. (2012). Funciones de las educadoras y los educadores sociales en los Servicios Sociales Municipales. *RES, Revista de Educación Social*, 1, recuperado de http://www.eduso.net/res/pdf/15/funmuni_res_15.pdf
- Fernández, A. (2004). *Investigación y técnicas de mercado*. Madrid: Esic Editorial.
- Fitzpatrick, S. (2005). Explaining Homelessness: A Critical Realist Perspective. *Housing, Theory and Society*, 22(1), 1-17
- Flint, J. (2009). Governing Marginalized Populations: The Role of Coercion, Support and Agency. *European Journal of Homelessness*, 3, 247-259.
- Frías, D. & Pascual, M. (2012). Prácticas del análisis factorial exploratorio (afe) en la investigación sobre conducta del consumidor y marketing. *Suma Psicológica*, 19(1), 45-58.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gómez, L. E. (2010). Evaluación de la calidad de vida en servicios sociales: validación y calibración de la Escala GENCAT. (Tesis Doctoral). INICO, Universidad de Salamanca, Salamanca. Recuperado de <http://gredos.usal.es/ispui/handle/10366/76489>
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A., Arias, B. & Arias, V. (2010). A comparison of alternative models of individual quality of life for social service recipients. *Social Indicators Research*, 101, 109-126.

- Gómez, L.E., Verdugo, M. A., Arias, B. & Iurrtia, J. (2011). Evaluación de los derechos de las personas con discapacidad intelectual: Estudio preliminar. *Behavioral Psychology, Psicología Conductual*, 19 (1), 207-222
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.
- Hernández Pedreño, M. (Coord.). (2013). *Vivienda y exclusión residencial*. Murcia: Editum.
- Holburn S., Jacobson, J. W., Schwartz, A. A., Flory, M. J. & Vietze, P. M.(2004).The Willowbrook futures project: a longitudinal analysis of person-centered planning, *AmericanJournal of Mental Retardation*,109(1), 63-76.
- Holburn, S. (2003). Como puede la ciencia evaluar y mejorar la planificación centrada en la persona. *Siglo Cero*, 34(4), 48-64.
- Hubley, A. M., Russell, L. B., Palepu, A., Hwang, S. W., Hubley, A. M., Russell, L.B., Palepu, A. & Hwang, S. W. (2012). Subjective quality of life among individuals who are homeless: A review of current knowledge. *Social Indicators Research*, 10(93), 1-11.
- Laparra, M. & Pérez, L. (Coords.) (2008). “La exclusión social en España: un espaciodiverso y disperso en intensa transformación”. En V. Renes (Coord.). VI Informe sobre exclusión social y desarrollo social en España. Madrid: Cáritas-Fundación FOESSA.
- Laparra, M., Obradors, A., Pérez, B., Pérez, M., Renes, V., Sarasa, S.,... Trujillo, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector*, 5,15-57.

- Lenoir, R. (1974). *Les exclus - Un Français sur dix*. France: éd. du Seuil. Collection Points Actuels.
- LeRoy, B., Wolf-Branigin, M., Wolf-Branigin, K., Israel, N. & Kulik, N. (2007). Challenges to the systematic adoption of person-centered planning. *Best Practices in Mental Health*, 3(1), 16-25.
- Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials de Catalunya
- Lloret, S.; Ferreres, A.; Hernández, A. & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-11.
- Löfstrand, C. & Juhila, K. (2012). The Discourse of Consumer Choice in the Pathways Housing First Model *European Journal of Homelessness*, 6 (2), 47, 68.
- Mansell, J. & Beadle-Brown, J. (2004). Person-centred planning or person-centred action? Policy and practices in intellectual disability services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 17(1), 1-9.
- Matulic, M. V. (2016). *Procesos de inclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: relatos de vida y acompañamiento social (Tesis Doctoral)*. Universitat de Barcelona, Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/393958>
- Milaney, K. (2011). The 6 dimensions of person-centered practice for case management supports to end homelessness, part 1: contextualizing case management for ending homelessness. *Professional case management*, 16(6), 281-287.

- Milaney, K. (2012). The 6 dimensions of primosinog practice for case maganedsupports to end homelessness, part 2: the 6 dimensions of quality. *Professionalcase management*, 17(1), 4-12.
- Mount, B. & Zwernik, K. (1988). *It's never too early. It's never too late. A booklet about personal futures planning*. Minnesota: Metropolitan Council.
- Moreno, G. y Aierdi, X. (2008). Inmigración y servicios sociales: ¿última red o primer trampolín? *Zerbitzuan*, 44, 7-18.
- Muñoz, M.; Vázquez, C. & Vázquez, J. J. (2003). Los límites de la exclusión: Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Madrid: *Tempora*, 19.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
- O'Brien, C. L., Mount, B., O'Brien, J. & Rosen, F. (2001). *Pathfinders. Making a Way From Segregation to Community Life*. The Research and Training Center on Community Living. Siracusa: University of Siracusa.
- O'Brien, J. (2004). If person-centred planning did not exist; Valuing People would require its invention, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17 (1), 11–16.
- Palepu, A., Hubley, M., Russell, L. B., Gadermann, A. M. & Chinni, M. (2001). Quality of life themes in Canadian adults and street youth who are homeless or hard-to-house: A multi-site focus group study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 36(8), 391-8.

- Pallisera, M. (2011). La planificación centrada en la persona (PCP): una vía para la construcción de proyectos personalizados con personas con discapacidad intelectual. *Revista Iberoamericana de Educación*, 56(3). Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/4092Pallisera.pdf>
- Panadero, S. y Vázquez, J. J. (2013). Avances en investigación e intervención en personas sin hogar: Editorial. *Revista de Psicología*, 22(2), 1-2. doi: 10.5354/0719-0581.2013.30848
- Panadero, S., Vázquez, J. J., Guillén, A., Martín, R. & Cabrera, H. (2013). Diferencias en felicidad general entre las personas sin hogar en Madrid (España). *Revista de Psicología*, 22(2), 53-63.
- Peressini, T. (2009). Pathways into Homelessness: Testing the Heterogeneity Hypothesis. En Hulchanski, J. D., Campsie, P., Chau, S., Hwang, S. & Paradis, E. (edits.) *Finding Home: Policy Options for Addressing Homelessness in Canada* (e-book), Toronto: Cities Centre, University of Toronto. Recuperado de www.homelesshub.ca/FindingHome
- Pleace, N., Teller, N. & Quilgars, D. (2011). Social Housing Allocation and Homelessness on Homelessness EQH Comparative Studies. Recuperado de http://eprints.whiterose.ac.uk/75093/1/Feantsa_Comp_Studies_01_2011_WEB.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1990). Informe sobre Desarrollo Humano 1990. Recuperado de <http://hdr.undp.org/es/content/informe-sobre-desarrollo-humano-1990>

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014). Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Recuperado de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/2014-human-development-report.html>
- RAIS (2013). Discapacidad en el ámbito de la exclusión social. Recuperado de https://www.raisfundacion.org/sites/default/files/present_datos_discap_ONCE_RAIS_v3.pdf
- Reinders, H. S. & Schalock, R. L. (2014). How organizations can enhance the quality of life of their clients and assess their results: the concept of qol enhancement. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 119(4), 291-302.
- Robertson, J., Emerson, E., Hatton, C., Elliott, J., McIntosh, B., Swift, P.,...& Joyce, T. (2005). *The Impact of Person Centred Planning*. Lancaster: Institute for Health Research, Lancaster University.
- Robertson, L., Emerson, E., Hatton, C., Elliot, J., McInstosh, Swift, P.,...& Joyce, T.(2007). Personcentered planning: factors associated with successful outcomes for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(3), 232-243.
- Rodríguez, E. (2005). *Metodología de la Investigación*. México: Universidad Juárez de Tabasco.
- Rojas, M. (2011). *Pobreza y exclusión social*. Cuadernos de la EPIC/2. Madrid: EPIC.
- Runquist, J. J. & Reed, P. G.(2007).Self-transcendence and well-being in homeless adults.*Journal of Holistic Nursery*, 25(1), 5-13.

- Ryan, R. & Decy, L. (2000). La teoría de la autodeterminación y la facilitación de la motivación intrínseca, el desarrollo social, y el bienestar. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Sales, L. (2013). Realidades invisibilizadas: pobreza e impacto de la crisis a partir de una investigación feminista en el área metropolitana de Barcelona. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30 (2), 435-451.
- Sanchez Morales, M. R. (2010). Las personas sin hogar en España. *Revista Española de Sociología*, 7 (2), 307-324.
- Schalock, R. L. y Keith, K. D. (1993). *Quality of life questionnaire*. Worthington: IDS.
- Schalock R. L., Keith, K. D., Verdugo, M. A. & Gomez, L. E. (2010). Quality of life model development and use in the field of intellectual disability. En Kober, R. (ed.). *Quality of Life: Theory and Implementation*. New York: Sage.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of intellectual disability research*, 48(3), 203-216
- Schalock, R. L., Bonham, G. S., & Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and program planning*, 31(2), 181-190
- Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L.,...Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. *Mental retardation*, 40(6), 457-470

- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Gomez, L. & Reinders, H. (2016). Moving Us Toward a Theory of Individual Quality of Life. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121 (1), 1-12.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M.,...Lachapelle, Y (2005). Cross-cultural study of quality of life indicators. *American Journal of Mental Retardation*, 110(4), 298-311
- Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (1996). The quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2009). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida en Verdugo, M. A. (coord.). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: instrumentos y estrategias de evaluación*. Salamanca: Amarú ediciones.
- Schalock, R. L. (1995). *Quality of life: Its conceptualization, measurement and use*. Washington D.C.: American Association of Mental Retardation.
- Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(4), 21-36.
- Schippers, A., Zuna, N. & Brown, I. (2015). A Proposed Framework for an Integrated Process of Improving Quality of Life. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 12 (3), 151-161.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires: Planeta.

- Silver, H. (1994). Social exclusion and social solidarity: three paradigms. *International Labour Review*, 133, 532-578
- Silver, H. (2007). The process of social exclusion: the dynamics of an evolving concept. Recuperado de http://www.chronicpoverty.org/uploads/publication_files/CP_2006_Silver.pdf
- Smith, D., Dorling, D. & Shaw, M. (2001). *Poverty, inequality and health in Britain: 1800-2000. A reader*. Bristol: The Policy Press. University of Bristol.
- Spicker, P. (1999). Definitions of poverty: eleven clusters of meaning. En Gordon, D. & Spicker, P. *The international glossary on poverty*. London: Zed Books.
- Subirats, J (coord.) (2004). *Pobreza y exclusión social Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación La Caixa. Colección de Estudios nº 16. Recuperado de http://obrasocial.lacaixa.es/estudiossociales/estudiossociales_es.html
- Tezanos, J. F. (2002). Desigualdad y exclusión social en las sociedades tecnológicas. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 35, 35-54.
- Tinnemann, P., Bauer, T., De la Torre, J., Binting, S. & Keil, T. (2013). Salud en la calle: estudio transversal para identificar los problemas de medicina social entre los pacientes del centro de salud para personas sin hogar en Berlín, Alemania. *Medicina Social*, 8(1), 23-32.
- Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom A Survey of Household Resources and Standards of Living*. England: Penguin Books Ltd.
- Townsend, P. (1954). Measuring poverty. *The British Journal of Sociology*, 5(2), 130-137.

- Uribe, J. & Alonso, S. (2010). Personas en situación de sin hogar en Barcelona. Perfiles, estado de salud y atención sanitaria. *Revista Humanización, pastoral y ética de la salud*, 1 (108), 295-296.
- Van Laere, I., De Wit, M. & Klazinga, N. (2009). Pathways into homelessness: recently homeless adults problems and service use before and after becoming homeless in Amsterdam. *BMC Public Health*, 9(3), 1-9.
- Varney, D. & van Vliet, W. (2008). Homelessness, children, and youth: research in the United States and Canada. *American Behavioral Scientist*, 51(6), 715-720.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez L.E. & Schalock, R.L. (2008). *Formulari de l'Escala GENCAT de Qualitat de vida. Manual d'aplicació de l'Escala GENCAT de Qualitat de vida*. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez L.E. & Schalock, R.L. (2009). *Escala Integral de Calidad de Vida*. Madrid: CEPE.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez L.E. y Schalock, R.L. (2009). *Model Qualitat de Vida. Informe sobre els perfils de servei basats en el model de qualitat de vida per als serveis socials especialitzats de Catalunya*. Departament de Benestar Social i Família, Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Verdugo, M. A., Jordán de Urríes, F. B., Martín-Ingelmo, R., Ruiz, N. y Santamaría, M. (2009). Influencia del Empleo con Apoyo en la calidad de vida y la autodeterminación. En M. A. Verdugo, T. Nieto, F. B. Jordán de Urríes y M. Crespo (Coor.), *Mejorando resultados personales para una vida de calidad* (pp. 179-194). Salamanca: Amarú Ediciones.

- Verdugo, M. A., De Borja Jordán de Urríes, F., Orgaz, B., Benito, M.C., Martín-Ingelmo, R., Ruiz, N. & Santamaría, M. (2010). Impacto social del programa ECA CAJA MADRID de empleo con apoyo. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D. & Tamarit, J. (2013). Escala INICO-FEAPS. Evaluación integral de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. Salamanca: Universidad de Salamanca, Publicaciones INICO, Colección Herramientas 7/2013.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E. & Arias, B. (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La escala FUMAT. Salamanca: INICO.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D. & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of intellectual disability research*, 49(10), 707-717.
- Vidal Fernández, F. (2006) (coord.). Exclusión social y estado de bienestar en España. Madrid: Icaria.
- Wolf, J., Burnam, A., Koegel, P., Sullivan, G. & Morton, S. (2001). Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing: a prospective examination. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36(8), 391-399.
- Wehmeyer, M. L. (1992). Self-determination and the education of students with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation*, 27, 302 - 314.

V. PARTE 5. ANEXOS

ANEXO 1.

Escala GENCAT de Calidad de Vida (Verdugo, Arias, Gómez & Schalock, 2008).

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi siempre		Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	
Puntuación directa TOTAL _____					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ÍTEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.</p> <p>ÍTEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

GENCAT. Escala de Calidad de vida

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...).	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
ÍTEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca	
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
ÍTEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.					

GENCAT. Escala de Calidad de vida

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.
ÍTEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.
ÍTEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.
ÍTEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

GENCAT. Escala de Calidad de vida

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

DERECHOS		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

ANEXO 2.

Comunicaciones presentadas a congresos y autorizaciones

Benito, E., Alsinet, C. & Maciá, A. (Marzo, 2015). La Calidad de Vida en Personas Sin Hogar con y sin discapacidad. El caso de la ciudad de Lleida. En Verdugo, M. A. (Director), IX Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Simposio dirigido por INICO (Instituto Universitario de Integración en la Comunidad), Salamanca.

Eva Benito, Universidad Nacional de Educación a Distancia, *evambenito@hotmail.com*

Carles Alsinet, Universitat de Lleida, *alsinet@pip.udl.es*

Araceli Maciá, Universidad Nacional de Educación a Distancia, *amacia@psi.uned.es*

Resumen

El objetivo principal de esta investigación es analizar si existen diferencias en la Calidad de Vida de las Personas Sin Hogar según la existencia o no de discapacidad. Se ha analizado una muestra de 72 personas usuarias de Servicios Sociales Municipales de Atención para personas en situación de sin hogar de la ciudad de Lleida.

Para el estudio se ha utilizado la Escala GENCAT de Calidad de Vida (2008), compuesta por 69 ítems distribuidos en ocho subescalas correspondientes a las dimensiones de calidad de vida del modelo de Schalock y Verdugo (2002; 2003): Bienestar Físico, Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Inclusión Social, Desarrollo Personal, Bienestar Material, Autodeterminación y Derechos.

El perfil de los participantes es el siguiente: el 84.7% de la muestra son hombres, con una edad media de 45 años ($dt=10.84$), principalmente solteros, sin estudios o con estudios primarios. El 47% de la muestra presenta algún tipo de discapacidad ($n=34$) frente al 53% que no ($n=38$).

Al analizar los resultados de la escala, en seis de las ocho dimensiones las personas con discapacidad muestran niveles inferiores de calidad de vida, si se compararan con personas sin discapacidad. Aunque únicamente son significativas las encontradas en las dimensiones Desarrollo Personal ($p=0,008$), Autodeterminación ($p=0,031$) e Inserción Social ($p=0,032$).

En bienestar material las personas con discapacidad obtienen puntuaciones superiores que las personas sin discapacidad, mientras que las diferencias en bienestar físico son prácticamente inexistentes.

Benito, E., Alsinet, C. & Maciá, A. (Marzo, 2015). Planificación Centrada en la Persona y Personas Sin Hogar. Proyecto piloto en la ciudad de Lleida. En Verdugo, M. A. (Director), IX Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Simposio dirigido por INICO (Instituto Universitario de Integración en la Comunidad), Salamanca.

Eva Benito, Universidad Nacional de Educación a Distancia, *evambenito@hotmail.com*

Carles Alsinet, Universitat de Lleida, *alsinet@pip.udl.es*

Araceli Maciá, Universidad Nacional de Educación a Distancia, *amacia@psi.uned.es*

Resumen

Las experiencias de adaptación del modelo de Planificación Centrada en la Persona al colectivo de Personas Sin Hogar ponen de manifiesto la pertinencia del paradigma. Por este motivo se ha diseñado un proyecto piloto basado en la PCP en la Oficina Municipal de Atención Social a PSH de la ciudad de Lleida, dividido en seis fases, entre marzo de 2013 y julio de 2015.

Las tres primeras se han desarrollado entre marzo y octubre de 2013: presentación del proyecto, formación a los profesionales participantes y diseño del proyecto. La implementación, evaluación e informe de resultados (cuarta, quinta y sexta fase) se están realizando entre enero de 2014 y hasta julio de 2015.

Actualmente se está desarrollando la fase de implementación, compuesta por tres subfases: evaluación inicial, puesta en práctica de las acciones planificadas y evaluación final.

Para analizar el impacto del proyecto en una muestra de 72 personas se ha utilizado un diseño de evaluación cualitativa y cuantitativa. En la primera se desarrollarán varios grupos de discusión de profesionales y destinatarios del proyecto y la segunda se utilizarán los siguientes instrumentos: Escala Gencat de Calidad de Vida (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008); Escala de Satisfacción Con la Vida Diener (1985). Traducción al castellano (Atienza et al. 2000); Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989). Adaptación española de Díaz et al (2006) y Escala de Bienestar Social Keyes (1988). Adaptación de Díaz y blanco (2005).

Los resultados iniciales del análisis de las escalas manifiestan una adecuada confiabilidad de los dos primeros instrumentos seleccionados para evaluar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de las personas participantes en el proyecto.

Benito, E., Alsinet, C. & Maciá, A. (Noviembre, 2016). Midiendo la Calidad de Vida y el Bienestar en una muestra de Personas en situación de Sin Hogar. En Alsinet, C. (Director), II Jornada Innsoc. Psicología Positiva. Dirigido por Cátedra de Innovación Social Universitat de Lleida, Lleida.

Eva Benito, Universidad Nacional de Educación a Distancia, *evambenito@hotmail.com*

Carles Alsinet, Universitat de Lleida, *alsinet@pip.udl.es*

Araceli Maciá, Universidad Nacional de Educación a Distancia, *amacia@psi.uned.es*

Resumen

Entre los investigadores parece existir un amplio acuerdo en la necesidad de estudiar la Calidad de Vida (CV) de las Personas Sin Hogar (PSH) y la escasez de literatura científica de referencia, especialmente en lo relativo a su medición. El uso de instrumentos de evaluación cuantitativa no es una práctica habitual en los estudios sobre CV, bienestar y PSH, siendo los diseños cualitativos los más frecuentes.

Los objetivos de esta investigación son analizar la fiabilidad de la Escala GENCAT de Calidad de Vida (Verdugo et al. 2008); la Escala de Satisfacción con la Vida. Traducción al castellano (Atienza et al. 2000) y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Adaptación de Díaz et al. (2006) y mostrar los resultados obtenidos en una muestra de PSH de la ciudad de Lleida.

Los estadísticos ponen de manifiesto tanto la adecuada fiabilidad de las escalas como los bajos niveles obtenidos por los participantes. Es preciso destacar las dificultades de aplicación de los cuestionarios debido a las limitaciones idiomáticas y culturales de la muestra. La medición del bienestar mediante escalas específicas y la posibilidad de utilizar los resultados obtenidos en la planificación individualizada son dos de los puntos fuertes del estudio.

Benito, E., Alsinet, C. & Maciá, A. (Febrero, 2017). ¿Es posible una intervención Centrada en la Persona en Personas Sin Hogar? Proyecto piloto en la ciudad de Lleida. En Jaráiz, G. (Director), VI Congreso de la Red Española de Políticas Sociales (REPS). Simposio dirigido por Red Española de Políticas Sociales (REPS), Sevilla.

Eva Benito, Universidad Nacional de Educación a Distancia, *evambenito@hotmail.com*

Carles Alsinet, Universitat de Lleida, *alsinet@pip.udl.es*

Araceli Maciá, Universidad Nacional de Educación a Distancia, *amacia@psi.uned.es*

Resumen

El proyecto de Planificación Centrada en la Persona (PCP) y Personas Sin Hogar (PSH) es un reto y un desafío, no tanto por la metodología elegida sino por las personas a las cuales va dirigido. Si las PSH destacan en alguna característica es por la altísima heterogeneidad, elemento que dificulta cualquier tipo de intervención profesional. La PCP supone una base teórica fundamental en proyectos que luchan contra la discriminación y la exclusión, fomentando el ejercicio de los derechos, la autodeterminación y la libertad de decisión en las cuestiones que afectan a la vida de las personas, en este caso, en situación de exclusión social severa. Las experiencias de adaptación de la metodología en servicios destinados a PSH –desarrolladas fundamentalmente en países anglosajones- manifiestan la pertinencia de este paradigma al ser aplicado a PSH.

Con este objetivo se ha diseñado un proyecto piloto en la Oficina Municipal de Atención Social para PSH de la ciudad de Lleida, dividiéndose en seis fases, entre marzo de 2013 y

julio de 2015: presentación del proyecto; formación a los profesionales participantes; diseño del proyecto; implementación; evaluación e informe de resultados. Dentro del proceso de diseño se le ha otorgado especial importancia a la planificación de la evaluación, utilizando para ello metodología mixta: por una parte grupos de discusión de profesionales y participantes y entrevistas a profesionales y por otro indicadores sociales e instrumentos de medición de la Calidad de Vida y el bienestar subjetivo. Dentro de estos últimos destaca especialmente la Escala GENCAT de Calidad de Vida (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008) destinada a personas usuarias de Servicios Sociales, por ser la primera vez que se analizan sus propiedades psicométricas en una muestra de Personas Sin Hogar, con resultados más que satisfactorios.

En el proceso de adaptación de la metodología de PCP se han producido momentos de mucha dificultad. De entre las limitaciones las resistencias de los profesionales que deben implementarla ha sido una de las más destacadas. En este caso ha habido obstáculos importantes, que se han podido superar fomentando su participación directa en todas las decisiones de la fase de diseño y monitorizando el proceso utilizando para ello la metodología cualitativa, mediante grupos de discusión. La elección de los instrumentos de evaluación cuantitativa ha sido otro de los escollos importantes que han debido ser superados, debido fundamentalmente a las dificultades propias de la intervención con PSH. La elección cuidadosa de las escalas y cuestionarios ha sido fundamental en este aspecto.

Pese a las dificultades que se han ido produciendo en el diseño, implementación y evaluación del proyecto piloto, la existencia de una metodología de intervención basada en la autodeterminación como es la PCP y la facilidad de asunción de sus principios han supuesto una gran oportunidad. Los resultados iniciales manifiestan resultados que mejoran

y promueven la Calidad de Vida y el bienestar subjetivo de las personas participantes en el proyecto y promueven su participación y empoderamiento, finalidades últimas del proyecto.



IX JORNADAS CIENTÍFICAS INTERNACIONALES DE INVESTIGACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD

"Prácticas profesionales y organizacionales basadas en la evidencia"

Celebradas en Salamanca los días 18, 19 y 20 de marzo de 2015

Centro de Congresos de la Universidad de Salamanca

"Hospedería Fonseca"

D. Miguel Ángel Verdugo, Director de las Jornadas Científicas

CERTIFICA

La participación realizada en las Jornadas con un/a:

Póster

Titulado/a:

Planificación Centrada en la Persona y Personas Sin Hogar. Proyecto piloto en la ciudad de Lleida

Autor/es:

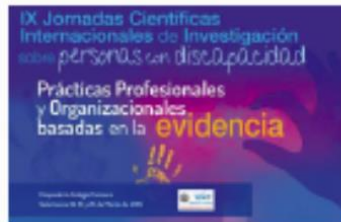
Benito Herráez, Eva María (Ajuntament de Lleida)

Alsinet Mora, Carles (Universitat de Lleida)

Maciá Antón, Araceli (UNED)



D. Miguel Ángel Verdugo Alonso
Director del INICO y de las IX Jornadas Científicas



IX JORNADAS CIENTÍFICAS INTERNACIONALES DE INVESTIGACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD

"Prácticas profesionales y organizacionales basadas en la evidencia"

Celebradas en Salamanca los días 18, 19 y 20 de marzo de 2015
Centro de Congresos de la Universidad de Salamanca
"Hospedería Fonseca"

D. Miguel Ángel Verdugo, Director de las Jornadas Científicas

CERTIFICA

La participación realizada en las Jornadas con un/a:

Póster

Titulado/a:

Planificación Centrada en la Persona y Personas Sin Hogar. Proyecto piloto en la ciudad de Lleida

Autor/es:

Benito Herráez, Eva María (Ajuntament de Lleida)

Alsinet Mora, Carles (Universitat de Lleida)

Maciá Antón, Araceli (UNED)



D. Miguel Ángel Verdugo Alonso
Director del INICO y de las IX Jornadas Científicas



Universitat de Lleida

CERTIFICAT DE PRESENTACIÓ

La Càtedra d'Innovació Social

certifica que el pòster

**Midiendo la Calidad de Vida y el Bienestar en una muestra de
Personas en situación de Sin Hogar,**

els autors del qual són:

Benito, Eva, Alsinet, Carles, Macià, Araceli

ha estat presentat a la Jornada INNSOC-Psicologia Positiva, celebrada a la Facultat d'Educació, Psicologia i Treball Social de la Universitat de Lleida el dia 9 de novembre de 2016.

Lleida, 9 de novembre de 2016

E. Alsinet



Universitat de Lleida
Departament de Pedagogia i
Psicologia



Universitat de Lleida
Càtedra d'Innovació Social



Eva María Benito Herráez

Con documento N° 43729363S, ha presentado en el VI Congreso de la Red Española de Políticas Sociales la ponencia titulada:

¿Es posible una intervención Centrada en la Persona en Personas Sin Hogar? Proyecto piloto en la ciudad de Lleida.

Cuya autoría corresponde a EVA BENITO HERRAEZ, CARLES ALSINET I MORA, ARACELI MACIÀ ANTÓN.

Sevilla, 16 y 17 de Febrero de 2017.

Gregorio Rodríguez Cabrero
Copresidente REPS Spain

Germán Jaraíz Arroyo
Copresidente REPS-Sevilla

María Rosa Herrera
Directora Departamento Trabajo Social y
SS.SS. (UPO)



D. Joseba Zalakain Hernández, con DNI 34087241-E, director del Centro de Documentación y Estudios SIIS, de la Fundación Eguía-Careaga Fundazioa, y miembro del consejo de redacción de la revista *Zerbitzuan* (ISSN: 1134-7147),

CONSIDERANDO

Que Dña. Eva María Benito Herráez, D. Carles Alsinet i Mora y Dña. Araceli Maciá Antón firman el artículo “La planificación centrada en la persona y su pertinencia práctica en los servicios sociales: opinión de los profesionales”, publicado en el número 62 de la revista, correspondiente a septiembre de 2016,

AUTORIZA

A Dña. Eva María Benito Herráez a incluir el mencionado artículo en su tesis doctoral, respetando su maquetación original y señalando la referencia bibliográfica completa.

Y para que conste donde proceda, y a petición de la interesada, extendiendo la presente autorización en San Sebastián, a 4 de mayo de 2017.

Joseba Zalakain Hernández

M^ª Araceli Maciá Antón, coautora con Eva Benito Herráez de los artículos:

1. Benito, E., Alsinet, C. & Maciá, A. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala GENCAT de Calidad de Vida en una muestra de personas sin hogar. *Siglo Cero: Revista sobre discapacidad intelectual*, 47(1), 23-36.
2. Benito, E., Alsinet, C. & Maciá, A. (2016). La Planificación Centrada en la Persona y su pertinencia práctica en Servicios Sociales. *Opinión de los profesionales. Zerbitzuan: Revista de servicios sociales*, 62, 115-126.

Da su conformidad para que los utilice en la elaboración de su Tesis Doctoral y pueda ser defendida por compendio de artículos.

En Madrid a cuatro de mayo de 2017.

Firmado: A. Maciá

Firmado digitalmente por M
Araceli Macia
Nombre de reconocimiento (DN):
cn=M Araceli Macia, o=UNED,
ou=Dpto. de Metodología de las
Ciencias del Comportamiento,
email=amacia@psi.uned.es, c=ES
Fecha: 2017.05.04 12:08:07
+02'00'

Carles Alsinet Mora, coautor con Eva Benito Herráez de los artículos:

1. Benito, E., Alsinet, C. & Maciá, A. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala GENCAT de Calidad de Vida en una muestra de personas sin hogar. *Siglo Cero: Revista sobre discapacidad intelectual*, 47 (1), 23-36.
2. Benito, E., Alsinet, C. & Maciá, A. (2016). La Planificación Centrada en la Persona y su pertinencia práctica en Servicios Sociales. Opinión de los profesionales. *Zerbitzuan: Revista de servicios sociales*, 62, 115-126.

Da su conformidad para que los utilice en la elaboración de su Tesis Doctoral y pueda ser defendida por compendio de artículos.

En Lleida a 4 de mayo de 2017.

Carles Alsinet Mora