

Trabajo Social y Calidad de Vida: una (in)visible relación

Resumen

El presente artículo tiene un decidido propósito conscientizador, dirigido al colectivo de colegas profesionales del trabajo social, acerca de la conveniencia de incluir como indicador evaluativo -y diagnóstico- a la Calidad de Vida en nuestras intervenciones ya que su incremento y mejora en los/as usuarios/as del sistema de servicios sociales y en los/as ciudadanos/as constituye un fin propio en nuestra profesión.

Para facilitar esta tarea, se presentan distintas escalas e índices de valoración de la Calidad de Vida diseñados por distintos/as autores/as desde diferentes perspectivas -más o menos cercanas a los modelos actuales en trabajo social-, profundizando en la Escala GENCAT por su riqueza para el ejercicio profesional de nuestra disciplina.

Obteniéndose la conclusión de que aunque por un lado este índice nos ofrece la más válida herramienta de evaluación objetiva de la Calidad de Vida para nuestro campo científico, tal circunstancia no debe eximirnos del cometido de diseñadores/as de nuevas escalas que se adecuen a la medición de cuestiones más específicas -y de interés para el trabajo social- dentro de cada una de las dimensiones de la Calidad de Vida.

Palabras clave

Trabajo Social. Calidad de Vida. Escalas e índices de valoración de Calidad de Vida.

Social Work and Quality of Life: an (in)visible relation

Abstract

This article has a firm intention to raise awareness among the group of professional colleagues of Social Work about whether it would be convenient to include Quality of Life as an evaluative -and diagnostic- indicator in our interventions, as its increase and improvement in users of the social services and citizens is a proper purpose in our profession.

To facilitate this task, different scales and rates of assessment of Quality of Life designed by different authors from different perspectives -which are more or less closed to the current models in Social Work- are presented. A deeper study of the GENCAT scale has been made due to its value for the professional practice of our discipline.

In conclusion, although this rate provides the most valid tool to objectively assess the Quality of Life for our scientific field, we still have the duty to design new scales which are suitable for measuring more specific -and interesting for Social Work- fields in all aspects of Quality of Life.

Keywords

Social Work. Quality of Life. Scales and indices of Quality of Life assessment.

Author/Autor

Pedro García Francés

Diplomado en Trabajo Social por la Universidad de Granada.

Grado en Trabajo Social por la Universidad de Jaén.

Trabajador Social en el Centro de Participación Activa para

Personas Mayores de Loja (Granada). Junta de Andalucía.

pedro.garcia@juntadeandalucia.es

Introducción

Calidad de Vida y Trabajo Social son dos conceptos estrechamente vinculados desde la aparición de ambos aún sin estar relacionados teóricamente de manera específica en la mayoría de las ocasiones. A pesar de ello, podemos comprobar como el trabajo social, desde sus inicios hasta nuestros días, ha sido conectado a la totalidad de las dimensiones que componen a la Calidad de Vida – de acuerdo con el modelo de Calidad de Vida de ocho dimensiones (Schalock y Verdugo, 2003)– apareciendo en su propia definición como disciplina cada una de ellas a través de los constructos de desarrollo personal (Richmond, 1922)¹, autodeterminación (Friedlander, 1979)², inclusión social (Organización de las Naciones Unidas, 1957)³, bienestar –que engloba, a su vez, a las dimensiones física, material y emocional– (García, 2001)⁴, derechos (Consejo General del Trabajo Social, 2012)⁵ y relaciones interpersonales (Comité de Ministros del Consejo de Europa, 1976)⁶. Además, contadas definiciones de Trabajo Social –como la de Natalio Kisnerman (1998) o la del Consejo de Universidades (1988), respectivamente– incluyen al concepto de Calidad de Vida en sí mismas:

El trabajo social se plantea la organización de grupos humanos para (...) elevar la calidad de vida de la población con la que trabajamos.

Disciplina que en el conjunto de todos sus saberes, se ocupa de la teoría y de la acción social que interviene en el desarrollo e incremento del bienestar social y calidad de vida (...).

Tal reconocimiento del incremento de la Calidad de Vida como fin y objetivo del trabajo social, jus-

tifica el empleo de escalas e índices de medición de la Calidad de Vida –y de sus distintas dimensiones por separado– aunque hayan sido diseñadas, en su mayoría, por profesionales de otras disciplinas –psicología y medicina fundamentalmente–, pues su contenido se adecua perfectamente a nuestro objeto de intervención y su utilización resultaría de vital pertinencia tanto para la elaboración de los diagnósticos sociales como para la evaluación de las intervenciones profesionales desarrolladas desde el campo del Trabajo Social en todos su ámbitos de intervención –servicios sociales comunitarios y especializados, sanidad...–. No obstante, y ante la ingente cantidad de este tipo de escalas e índices diseñadas en los últimos años, no podemos caer en el error de aplicar cualquiera de ellas, sino que debemos de hacerlo con las que más se aproximan a nuestro quehacer profesional y ámbito de intervención y, por qué no, embarcarnos en la tarea del diseño de dichas escalas desde el trabajo social, otorgando la importancia que requiere a la relación entre esta disciplina científica y la Calidad de Vida desde un enfoque social (aunque sin olvidar las aportaciones que el trabajo social puede ofrecer nos desde el ámbito sanitario).

1. Análisis del concepto de calidad de vida y de su relación con el trabajo social

A pesar de que en su génesis el término Calidad de Vida fue creado en un ámbito estrictamente económico por Pigou (1920), fue a partir de la década de los sesenta cuando su uso se extendió y generalizó (Casas, 1989) aumentando su grado de interés en la investigación y la práctica de los servicios sociales desde 1985 en adelante (Verdugo, Gómez & Arias, 2007).

Social Work and Quality of Life: an (in)visible relation

Existen diferentes perspectivas desde las que focalizar la Calidad de Vida. Así, mientras que el ámbito sanitario se centra en la estricta relación con la salud y el psicológico lo enfoca en la satisfacción —entendida como percepción y valoración subjetiva de las condiciones de vida y su relación con la experiencia personal—, las Ciencias Sociales —y el Trabajo Social en especial— hacen lo propio en tanto en cuanto al nivel de participación e integración de las personas con su entorno social.

Su definición desde distintas disciplinas y objeto de análisis (Rojo, 2011) ha permitido a este concepto evolucionar desde una noción sensibilizadora a convertirse en un elemento de cambio social y organizacional cuya búsqueda es compartida por parte de los más diversos agentes sociales profesionales de distintos sistemas —especialmente del de servicios sociales—, cargos políticos/as,... y por los/as propios/as usuarios/as y ciudadanos/as (Verdugo, Gómez & Arias, 2009).

Si bien no existe una definición de Calidad de Vida universalmente aceptada, sino multitud de ellas con distintos puntos en común (Alcedo, Aguado, Arias, González & Rozada, 2008), este concepto puede definirse —desde una perspectiva sistémica ecológica— como:

“un estado de bienestar, en el sentido (...) de sostener, enriquecer, fomentar y promover el bienestar general de la vida humana en las condiciones bajo las cuales pueda existir en armonía entre el hombre y la naturaleza y lograr el requerimiento social, económico y otros de las generaciones presentes y futuras” (Van Gigch, 1990).

Por su parte, y desde un enfoque meramente

sanitario, para la Organización Mundial de la Salud (1994) es

“la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

Sin embargo, y ante la imposibilidad de lograr una definición de Calidad de Vida aceptada por la comunidad científica, se ha optado por establecer un marco conceptual que unifique las dimensiones e indicadores de este concepto (Verdugo *et al.*,

notas

¹ “El servicio social de casos individuales es el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social”.

² “Servicio profesional basado en el conocimiento y en la destreza de las relaciones humanas que ayuda a los individuos, solos o en grupos, a obtener satisfacción social y personal e independencia”.

³ “Actividad organizada cuyo objeto es contribuir a una adaptación mutua entre los individuos y su medio social”.

⁴ “Disciplina científica autónoma, rama de las Ciencias Sociales y Humanas, con un cuerpo sistemático de conocimientos teóricos y metodológicos basados en la experiencia, que interviene con individuos, grupos y comunidades para atender, prevenir y transformar las situaciones de necesidad que atraviesan, con el fin de alcanzar su desarrollo y bienestar social”.

⁵ “El trabajo social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de Derechos Humanos y Justicia Social son fundamentales para el trabajo social”.

⁶ “Actividad profesional específica que tiende a favorecer una adaptación de las personas, familias y grupos en el medio social en que viven, desarrollando el sentido de dignidad y responsabilidad de los individuos, haciendo una llamada a la capacidad de las personas, a las relaciones interpersonales y a los recursos de la comunidad”.

Trabajo Social y Calidad de Vida: una (in)visible relación

2012), aunque, inevitablemente, estas varíen según el modelo o perspectiva desde la que emanen.

Así, el reto de los últimos años ha estado en conseguir dicho marco conceptual o un modelo operativo de Calidad de Vida ampliamente aceptado y con suficientes evidencias de validez, llegándose al consenso en las siguientes cuestiones al respecto (Gómez, Verdugo & Arias, 2010):

- a. se compone de los mismos indicadores y relaciones que son importantes para todas las personas
- b. se experimenta cuando las necesidades de una persona se ven satisfechas y cuando se tiene la oportunidad de mejorar en las áreas vitales más importantes
- c. tiene componentes subjetivos y objetivos, pero es fundamentalmente la percepción del individuo para reflejar la Calidad de Vida que experimenta
- d. se basa en las necesidades, elecciones y el control individual
- e. es un constructo multidimensional influido por factores personales y ambientales como las relaciones de intimidad, la vida familiar, la amistad, el trabajo, el vecindario, el lugar de residencia, la vivienda, la educación, la salud, el nivel de vida y el estado de la nación.

A pesar de los numerosos modelos de Calidad de Vida existentes, es el propuesto por Schalock y Verdugo (2003) el más citado en la actualidad en la literatura científica y el que cuenta con mayor número de evidencias acerca de su validez (Gómez, Verdugo & Arias, *op. cit.*).

Este modelo está basado en una perspectiva de sistemas sociales fundamentada en la idea de que las personas viven en varios sistemas que influyen el desarrollo de los valores, creencias, comportamientos, actitudes, acciones, que influyen y condicionan su Calidad de Vida.

A partir de él, se define a la Calidad de Vida individual como estado deseado de bienestar personal que (Gómez, Verdugo & Arias, *idem*):

- a. es multidimensional
- b. tiene propiedades universales (*etic*) y ligadas a la cultura (*emic*)
- c. tiene componentes objetivos y subjetivos
- d. está influenciado por características personales y factores ambientales.

El modelo de Calidad de Vida de estos autores se operativiza mediante dimensiones –detalladas en la tabla 1, expuesta a continuación–, indicadores y resultados personales organizados en diferentes niveles.

En conclusión, podemos afirmar que la Calidad de Vida es un concepto multidimensional (Fernández & Rojo, 2005) que ha de contener indicadores tanto objetivos como subjetivos, que es contextual y que ha de adaptarse al colectivo objeto de estudio.

Por otro lado, mientras que hay autores/as que afirman que la Calidad de Vida se ha ido convirtiendo en el criterio base para guiar las prácticas profesionales (Verdugo, Gómez & Arias, 2007), en el campo del Trabajo Social aún estamos lejos de percibirlo así, pues en la mayoría de ocasiones en nuestros proyectos de intervención –ya sean a nivel

Social Work and Quality of Life: an (in)visible relation

DIMENSIONES	DEFINICIÓN
Bienestar físico	favorable estado de salud, sentimiento de adecuada forma física y hábitos de alimentación saludables
Bienestar emocional	sentimiento de tranquilidad, seguridad, sin aparición de agobios ni nervios
Bienestar material	obtención de suficientes ingresos para consumir lo que se necesita y lo que se desea, tenencia de una vivienda y un puesto de trabajo -si procede- adecuados
Relaciones interpersonales	vínculo con diferentes personas, tenencia de amistades y relación positiva con el entorno -vecindad, compañeros/as-
Inclusión social	asistencia y participación en actividades comunitaria actuando y sintiéndose como uno/a más, sentirse miembro de la sociedad, integrado/a, contar con el apoyo de otras personas
Desarrollo personal	posibilidad de aprender diferentes cuestiones, tener conocimientos y realizarse personalmente
Autodeterminación	poder de decisión por uno/a mismo/a y tener la oportunidad de elegir qué se quiere, cómo se desea que sea su vida, trabajo, jubilación, tiempo libre, compañía...
Derechos	referido al hecho de ser considerado/a igual que el resto de ciudadanos/as, ser tratado/a igual, respeto hacia la forma de ser de cada cual, a sus deseos, opiniones, deseos, intimidad y derechos

Tabla 1. Definición operativa de Calidad de Vida por dimensiones. Fuente: Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009.

individual/familiar, grupal o comunitario— seguimos incorporando el concepto —parcial— de bienestar frente al de Calidad de Vida —que lo integra en él—, tratándolo además como un elemento subjetivo e incuantificable en contra de lo que demuestran las investigaciones realizadas al respecto para la creación de las escalas e índices que la miden.

2. Escalas e índices de valoración de calidad de vida

Desde hace años, se vienen diseñando e implementando políticas —sanitarias y sociales— dirigidas de manera directa al incremento y mejora de la Calidad de Vida de los/as ciudadanos/as en numerosos países, aunque sus resultados aún no se han analizado, medido y divulgado de manera adecuada y pormenorizada (Lassey & Lassey, 2001).

En un principio, este hecho pudo estar justificado por carencias metodológicas relacionadas con la evaluación de la Calidad de Vida, pero estos problemas se han resuelto sin problema y, en la actualidad, existen numerosos instrumentos validados y confiables (Velarde & Ávila, 2002).

Cualquier medición de un constructo tan complejo como la Calidad de Vida está condicionada por el modelo teórico profesional del que se parte en su diseño. No obstante, y en todos los casos, en él han de cumplirse una serie de requisitos (Moreno & Ximénez, 1996):

- a. base conceptual clara y unos objetivos precisos
- b. proceso metodológico propio de una disciplina científica

Trabajo Social y Calidad de Vida: una (in)visible relación

Denominación de la escala	Autores/as	Dimensiones predominantes
Escala de Calidad de Vida (ECV)	Alcedo, M.A., Aguado, A.L., Arias, B., González, M. & Rozada, C.	Bienestar físico, emocional, material, relaciones interpersonales, desarrollo personal, inclusión social, autodeterminación y derechos
Oxford Happiness Inventory (OHI)	Argyle, M. et al.	Bienestar emocional y desarrollo personal
Escala de Vida en la 3ª Edad (MGH)	Bayarre, H. et al.	Bienestar físico, emocional, material e inclusión social
Sickness Impact Profile (SIP)	Bergner, M. & Gilson, B.	Bienestar físico, emocional y relaciones interpersonales
EuroQol (EQ-5D)	EuroQol Group	Bienestar físico y emocional
Quality of Life Questionnaire (QLQ)	Evans, D. & Cope, W.	Bienestar físico, emocional y material, relaciones interpersonales, desarrollo personal e inclusión social
General Well-being Schedule (GHQ28)	Fazio, A.F.	Bienestar físico, emocional, desarrollo personal y autodeterminación
Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)	Fernández, R. & Mazarrón, M.D.	Bienestar físico, emocional, material, relaciones interpersonales, desarrollo personal, inclusión social y derechos
Quality of Life Scale (QOLS)	Flanagan, J.	Bienestar físico, emocional material, relaciones interpersonales, desarrollo personal e inclusión social
The Nottingham Health Profile (NHP)	Hunt, S.M.	Bienestar físico, emocional, relaciones interpersonales e inclusión social
Inventario de Calidad de Vida (ICV)	Ibáñez, E. & García, D.	Bienestar físico, emocional, material, relaciones interpersonales e inclusión social
The index of activities of daily living (Índice de Katz)	Katz, S. T.	Bienestar físico
The Barthel Index (El índice Barthel)	Mahoney, F.I. & Barthel D.W.	Bienestar físico
The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)	O'Boyle, C.A., et al.	Depende –al ser un instrumento sin preguntas predefinidas–
Cuestionario de Calidad de Vida (CCV)	Ruiz, M.A. & Baca, E.	Bienestar físico, emocional, relaciones interpersonales e inclusión social
The Spitzer Quality of life Index	Spitzer, W.O. et al.	Bienestar físico, emocional, relaciones interpersonales y desarrollo personal
Older American Resources and Services Program-Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS-MFAQ)	The Duke University Center for the Study of Aging and Human Development	Bienestar físico, emocional, material, relaciones interpersonales e inclusión social
Escala FUMAT	Verdugo, M.A., Gómez, L.E. & Arias, B.	Bienestar físico, emocional, material, relaciones interpersonales, desarrollo personal, inclusión social, autodeterminación y derechos
Escala GENCAT	Verdugo, M.A., Gómez, L.E., Arias, B. & Schalock, R.L.	Bienestar físico, emocional, material, relaciones interpersonales, desarrollo personal, inclusión social, autodeterminación y derechos
Escala Integral de Calidad de Vida	Verdugo, M.A., Gómez, L.E., Arias, B. & Schalock, R.L.	Bienestar físico, emocional, material, relaciones interpersonales, desarrollo personal, inclusión social, autodeterminación y derechos
Medical Outcomes Study SF-36 (2) (MOS SF-36 (2))	Ware, J.E. & Sherbourne, C.D.	Bienestar físico, emocional y relaciones interpersonales
World Health Organization Quality of Life Assessment instrument (WHOQOL-100 & WHOQOL-BREF)	WHOQOL Group	Bienestar físico, emocional, relaciones interpersonales e inclusión social

Tabla 2. Principales índices y escalas de valoración de la Calidad de Vida.

Social Work and Quality of Life: an (in)visible relation

- c. fiabilidad, validez y consistencia interna
- d. estandarización de los resultados

Ante el carácter multidimensional de la Calidad de Vida y debido a que algunas de las dimensiones que la componen no pueden ser observadas de manera directa, se ha optado por la utilización de cuestionarios para medirla. Estos, se componen de preguntas, representando cada una de ellas una variable que aporta un valor concreto a una calificación global para cada uno de los dominios estudiados. Así, cada una mide un concepto y combinadas dan forma a una escala cuantificable cuyo resultado, no obstante, tendrá –por muy validada que esté– un pequeño error de medición, ya que al medir ciertas cuestiones subjetivas se espera una considerable variabilidad (Velarde & Ávila, *op cit.*).

Respecto a estos instrumentos de evaluación, podemos encontrarnos con escalas genéricas –que nos dan la facilidad de evaluar y comparar grupos y poblaciones– y específicas, destinadas bien a medir parcialmente la Calidad de Vida a través de una o varias de sus dimensiones, o a evaluarla en relación con una enfermedad o problema social específico.

En la Tabla 2, se detalla una breve recopilación con algunas de las escalas e índices de evaluación –desarrolladas a través de cuestionarios– de Calidad de Vida más utilizados a nivel mundial⁷ indicando sus creadores/as y las dimensiones que aparecen en cada uno de ellos.

A partir de esta reducida selección, podemos comprobar como buena parte de las escalas emana de perspectivas médicas dirigidas, fundamentalmente, a la evaluación de las dimensiones de

bienestar físico y emocional, siendo escasas las que lo hacen en un mayor número de aspectos que puedan interesar más al trabajo Social fuera del ámbito sanitario. No obstante, las escalas más completas –que no tienen por qué ser las más idóneas, ya que todo dependerá de lo que nos interese medir– son desarrolladas en la mayoría de los casos por autores/as españoles/as y/o de nuestro entorno, lo que otorgan un valor añadido de interés para nuestra disciplina al estudiar mayor diversidad de ámbitos –algunos de ellos más estrechamente relacionados con el trabajo social que el meramente sanitario– y al estar diseñados para colectivos y usuarios/as con los/as que trabajamos a diario.

Este motivo unido a las circunstancias anteriormente mencionadas –de que el modelo de Calidad de Vida ideado por Schalock y Verdugo (2003) el más citado a día de hoy y el que acoge el mayor número de evidencias acerca de su validez– hace que se destaquen, de entre los índices presentados, por considerarlas las más completas⁸ y dirigidas al campo de los servicios sociales específicamente, por la Escala FUMAT –orientada a la evaluación de la Calidad de Vida de personas con diversidad funcional y de personas mayores–, la Escala Integral de Calidad de Vida –para las personas con diversidad funcional intelectual o en el desarrollo–, la Escala de Calidad de Vida (ECV) –para personas con diversidad funcional que envejecen– y la Escala GENCAT herramienta más generalista dirigida a la medición de los índices de Calidad de Vida de los/as usuarios/as del sistema de servicios sociales.

notas

⁷ De entre los cientos existentes, y miles si nos referimos a los específicos.

⁸ Para el trabajo social desde una perspectiva sistémica ecológica al acogerse al mencionado modelo de Calidad de Vida.

Trabajo Social y Calidad de Vida: una (in)visible relación

así, el siguiente apartado se encamina a la descripción y análisis pormenorizado de la Escala GEN-CAT seleccionándola entre las tres anteriormente mencionadas, precisamente, por su carácter más generalista sin ceñirse a ningún colectivo en exclusividad con la intención de mostrar las oportunidades que su utilización nos puede ofrecer a los/as profesionales del trabajo social.

3. Escala GENCAT: una propuesta de herramienta de evaluación de calidad de vida para personas usuarias de servicios sociales

La Escala GENCAT (Verdugo, Gómez, Arias & Schalock, 2009)⁹ es un índice multidimensional

diseñado con el propósito de obtener el perfil de Calidad de Vida de las personas usuarias de servicios sociales.

Permite la evaluación objetiva de la Calidad de Vida acogiendo un conjunto de aspectos observables de diferentes áreas que conforman la Calidad de Vida de las personas, a partir del marco teórico propuesto por Schalock y Verdugo (2003) influido por factores ambientales y personales, y por la interacción entre ambos, quedando compuesta por las ocho dimensiones desarrolladas en tal modelo.

Esta Escala está diseñada bajo un cuestionario autoadministrado, en el que el/la informador/a —que ha de ser un/a profesional de los servicios sociales— habrá de responder a 69 ítems —distri-

DENOMINACIÓN	ESCALA GENCAT
Autores/as	Verdugo, Gómez, Arias y Schalock (2009)
Ámbito de aplicación	Personas usuarias de servicios sociales a partir de 18 años
Informadores/as	Profesionales -con formación universitaria- de servicios sociales que conozcan a la persona con -al menos- tres meses de antelación
Administración	Individual
Validación	Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca
Duración	De 10 a 15 minutos aproximadamente
Significación	Evaluación objetiva de la Calidad de Vida
Finalidad	Identificación del perfil de Calidad de Vida de una persona usuaria de servicios sociales para la realización de planes individualizados de apoyo y para medir de manera fiable los resultados de las intervenciones y políticas desarrolladas
Aspectos abordados	69 ítems distribuidos en las dimensiones de: bienestar físico, emocional y material, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos.
Baremación	Puntuaciones estándar de cada dimensión de Calidad de Vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida
Material	Manual y cuaderno individual de anotación

Tabla 3. Ficha técnica de la Escala GENCAT. Fuente: Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009.

Social Work and Quality of Life: an (in)visible relation

DIMENSIONES	INDICADORES
Bienestar físico	salud, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas, alimentación y atención sanitaria
Bienestar emocional	satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos
Bienestar material	estatus económico, posesiones (bienes materiales), empleo y vivienda
Relaciones interpersonales	interacciones, relaciones y apoyos
Inclusión social	integración y participación en la comunidad, roles comunitarios y apoyos sociales
Desarrollo personal	capacidades/limitaciones, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y funcionales (competencia personal, conducta adaptativa y comunicación)
Autodeterminación	autonomía, metas/valores personales, decisiones y elecciones
Derechos	intimidad, respeto, conocimiento y espacio de derechos (Humanos y legales)

Tabla 4. Indicadores de la Escala GENCAT por dimensiones. Fuente: Verdugo, Gómez, Arias y Schallock, 2009.

buidos en las ocho dimensiones del modelo de Calidad de Vida ya mencionado— en un tiempo de entre 10 y 15 minutos —45 minutos máximo— a cuestiones observables de la Calidad de Vida de la persona usuaria. Cada uno de los ítems está referido a cuestiones observables, concretas y de fácil entendimiento, estando enunciados en tercera persona con formato declarativo y basados en una escala de frecuencia de cuatro opciones (nunca o casi nunca, a veces, frecuentemente y siempre o casi siempre), teniendo algunos de ellos ciertas matizaciones recogidas en el cuaderno de anotación.

La figura del/de la informador/a constituye un elemento clave en esta Escala por la especificidad de su forma de administración. Así, este/a profesional habrá de completar todos los ítems de la Escala —pudiendo apoyarse en otros/as informadores/as para obtener la información de la que carezca— adoptando el rol de observador/a externo/a, recayendo en él/ella la responsabilidad, objetividad, veracidad y exactitud de los datos proporcionados.

Estos/as informadores/as han de cumplir con unos estrictos requisitos que ha de cumplir de manera *sine qua non*:

- profesional de los servicios sociales con formación universitaria
- estar familiarizado/a con el concepto de Calidad de Vida
- adopción del rol de observador/a externo/a —pudiendo hacerlo en diferentes contextos y durante amplios periodos de tiempo—
- ha de trabajar de manera directa con la persona evaluada
- debe de conocer a la persona con, al menos, tres meses de antelación

notas

⁹ Editada por el Departamento de Acción Social y Ciudadanía del Gobierno de Cataluña.

Trabajo Social y Calidad de Vida: una (in)visible relación

Siguiendo el procedimiento de desarrollo de la Escala GENCAT, se pueden obtener dos elementos que miden la Calidad de Vida de la persona evaluada (Verdugo, Gómez, Arias & Schalock, *op cit.*):

- a) Perfil de Calidad de Vida: resultante de las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones recogidas, estableciendo la posición relativa de una persona dentro de su muestra de tipificación, siendo su media 10 y 3 la desviación típica.
- b) Índice de Calidad de Vida: de la puntuación estándar compuesta, calculado mediante la aplicación del procedimiento de agrupación de varianzas de Guilford y Fruchter, con una distribución con media de 100 y una desviación típica de 15 que permite una interpretación intuitiva.

Las principales virtudes y ventajas que la Escala GENCAT nos ofrece como profesionales del trabajo social son que:

- a) se encuentra dirigida específicamente a la evaluación de la Calidad de Vida de las personas usuarias de servicios sociales
- b) su método de cumplimentación está basado en la autoadministración que facilita en el aspecto de dedicación temporal su utilización por parte de los/as profesionales y favorece la objetividad ante un constructo tan complejo como la Calidad de Vida
- c) está basada en el modelo multidimensional de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo (2003) que recoge las dimensiones y aspectos claves en nuestras intervenciones desde el campo del Trabajo Social

d) existe una fuerte restricción para acceder al rol de informador/a

e) su validez y fiabilidad está demostrada y contrastada científicamente

Aunque todo ello, no nos puede hacer perder de vista la mayor de sus limitaciones que presenta cualquier otra escala o índice de estas características: su pertinencia. Sólo debemos de escogerla como instrumento para evaluar la Calidad de Vida de nuestros/as usuarios/as si realmente aborda los aspectos que nos interesan medir, si no, de nada sirve su fiabilidad, validez, especificidad para nuestro objeto de estudio e intervención, en ese caso el planteamiento inicial sería totalmente erróneo.

4. Consideraciones finales

En trabajo social, la evaluación de la Calidad de Vida además de ser necesaria para cumplir con la definición propia de nuestra disciplina de acuerdo con algunos/as de los/as autores/as a los/as que se ha hecho referencia en el apartado de Introducción puede —y debe— ayudarnos en:

- a. la elaboración del diagnóstico social tanto a nivel individual/familiar, grupal como comunitario
- b. la evaluación de las intervenciones sociales realizadas en todos los niveles
- c. la adopción de decisiones y cambios en las intervenciones profesionales realizadas
- d. la valoración de la eficacia de las políticas sociales, sanitarias, educativas, de vivienda, sectoriales, etc.

Social Work and Quality of Life: an (in)visible relation

A pesar del alto número de instrumentos de este tipo existentes a fecha de hoy y de la idoneidad de su utilización para evaluar la Calidad de Vida, como profesionales del Trabajo Social sería oportuno y útil el diseño de nuevas escalas —a partir de los modelos presentes en nuestra disciplina— por distintos motivos:

- a. adecuación específica a los distintos colectivos y perfil de usuarios/as de servicios sociales con los que intervenimos
- b. inclusión de una perspectiva más social en los índices de valoración pues tal y como se ha visto a lo largo del artículo, la mayoría de los instrumentos creados tiene un marcado carácter sanitario
- c. posibilidad de centrarse en las variables de mayor interés para nuestra profesión
- d. adaptación del constructo Calidad de Vida y de las variables que componen sus dimensiones al ámbito geográfico y cultural de actuación

Ante estas circunstancias —y para ser coherentes con la definición, objetivos, principios y fines de nuestra profesión— junto a la conveniencia de tener en cuenta de manera real la evaluación de la Calidad de Vida en nuestras intervenciones profesionales con la finalidad de comprobar si estamos alcanzando los objetivos últimos propuestos en ellas, debemos de embarcarnos de una vez por todas en la utilización —de manera más frecuente— de las herramientas creadas al respecto, eligiendo un abanico suficiente como para dar cobertura a la evaluación de los que verdaderamente deseamos, pero sin olvidar, por qué no, nuestro papel de creadores/as de nuevos índices y escalas que nos

otorguen el rol fundamental que desempeñamos para la mejora de la Calidad de Vida en todos sus niveles y etapas dentro del proceso metodológico como agentes en su diseño, implementación y evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcedo, M.A., Aguado, A.L., Arias, B., González, M. & Rozada, C. (2008). Escala de Calidad de Vida (ECV) para personas con discapacidad que envejecen: estudio preliminar. *Intervención Psicosocial*, 17, 153-167.
- Casas, F. (1989). *Técnicas de Investigación Social: los indicadores sociales y psicosociales*. Barcelona: PPU.
- Comité de Ministros del Consejo de Europa (1976). Resolución 16/76.
- Consejo de Universidades (1988). *Reforma de las enseñanzas universitarias. Título: Diplomado en Trabajo Social*. Informe técnico del Grupo de Trabajo nº11. Gobierno de España. Ministerio de Educación y Ciencia. Secretaría General. Madrid: autor.
- Consejo General del Trabajo Social (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*. Madrid: autor.
- Fernández, G. & Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, 5, 117-135.
- Friedlander, W. (1979). *Conceptos y métodos del Servicio Social*. Buenos Aires: Kapelusz.
- García, F. (2001). *La intervención profesional en Trabajo Social: Supuestos prácticos I*. Málaga: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga.
- Gómez, L.E., Verdugo, M.A., & Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Psicología conductual*, 18, 453-472.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo*. Buenos Aires: Humanitas.
- Lassey, W. R. & Lassey, M. L. (2001). *Quality of Life for older people: an international perspective*. Upper Saddle River. Nueva Jersey: Prentice Hall.

Trabajo Social y Calidad de Vida: una (in)visible relación

Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (1045-1070). Madrid: Siglo XXI.

Organización Mundial de la Salud (1994). *Quality of life Assessment. An annotated bibliography*. Ginebra: Autor.

Organización de las Naciones Unidas (1957). *Experimentos en formación para el desarrollo de la comunidad en los países de América Latina*. Nueva York: Autor.

Pigou, A. (1920). *The Economics of Welfare*. Londres: Macmillan and Co.

Richmond, M. (1922). *What is Social Case Work?*. Nueva York: Russel Sage Foundation.

Rojo, F., et al. (2011). *Calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Madrid: Fundación BBVA.

Schalock, R. & Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza editorial.

Van Gigch, H.P. (1990). *Teoría General de Sistemas*. México: Trillas.

Velarde, E. & Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*. 44, 349-361.

Verdugo, M.A. et al. (2012). *Aplicación del paradigma de calidad de vida a la intervención con personas con discapacidad desde una perspectiva integral*. Salamanca: INICO.

Verdugo, M.A., Gómez, L.E. & Arias B. (2007). La Escala Integral de Calidad de Vida. Desarrollo y estudio preliminar de sus propiedades psicométricas. *Siglo Cero. Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 224, 37-56.

Verdugo, M. Á, Gómez, L. E. & Arias, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores: La escala FUMAT*. Salamanca: Publicaciones del INICO.

Verdugo, M. Á, Gómez, L. E., Arias, B. & Schalock, R.L. (2009). *Escala GENCAT: manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía del Gobierno de Cataluña.