

MÁSTER DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN  
CONTEXTOS DE EDUCACIÓN FORMAL Y NO FORMAL

**Los centros ocupacionales en la promoción de la  
autonomía y vida independiente de las personas con  
diversidad funcional intelectual**

---

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Nombre del estudiante: Borja Armas Urbano

Tutora: Annachiara Del Prete

Curso 2022/2023

## **Agradecimientos**

En primer lugar, quería agradecer a todas las personas que han formado parte de todo este proceso, en especial a mis amigos y familia, que me han acompañado y apoyado incondicionalmente durante todo este camino, provocando que no me rindiera y lograra alcanzar todas mis metas y objetivos.

También destacar a las maravillosas personas que he conocido durante este curso académico, las cuales han cobrado un papel muy importante en mi vida y me las llevaré conmigo para siempre. Son personas que merecen mucho la pena y que tienen una calidad humana incalculable.

Gracias a todos esos centros y personas que hicieron posible la realización de este proyecto, ya que me han ayudado en todo momento y siempre han mostrado una actitud positiva hacia mi persona, por lo que estaré eternamente agradecido con ustedes.

Además, quiero destacar a todo el profesorado que me ha impartido clase durante este curso académico, ya que me han potenciado como profesional, pero sobre todo, como persona. También a mi tutora, que ha mostrado una confianza plena en mí y me ha acompañado durante todo este proceso, ayudándome en todo momento y siendo una persona clave para el desarrollo y finalización del presente estudio. La verdad es que no ha sido un camino nada fácil, pero con profesionales como ustedes, ha resultado más ameno.

Por último, me gustaría dedicarle unas palabras a un ser querido que lamentablemente ya no se encuentra entre nosotros: dejaste un vacío inmenso que nunca se podrá rellenar, sin embargo, no me queda más que agradecerte todos estos años que me has acompañado y me has hecho la persona más feliz. Siempre te llevaré conmigo a donde quiera que vaya, porque no se muere quien se va, solo se muere quien se olvida. Espero que estés orgulloso de mí, como yo siempre lo estaré de ti. No me cabe la menor duda que pronto nos volveremos a ver, mientras tanto, cuidanos a mi y a toda la familia.

## **Resumen**

Las personas con diversidad funcional intelectual (DI), al finalizar el ciclo formativo se ven en la obligación de acceder a un centro ocupacional debido a las escasas posibilidades que se les brindan para continuar desarrollándose como personas. En dichos centros, uno de los principales retos en las intervenciones es la promoción de la autonomía y vida independiente de los/as usuarios/as para que se conviertan en protagonistas de su propio proyecto de vida. En este trabajo de final de Máster se presenta una investigación de corte mixto en la que se ha observado de qué manera los centros ocupacionales inciden en la promoción de la autonomía y vida independiente de este colectivo.

Para ello, se ha indagado mediante cuestionarios en la percepción de 77 personas con diversidad funcional intelectual pertenecientes a 4 centros ocupacionales de Tenerife respecto a su grado de autonomía y vida independiente; así como en su percepción de cómo estos factores han mejorado durante su permanencia en el centro; al mismo tiempo se ha indagado con respecto al grado de satisfacción con el centro y con la labor de sus profesionales y sobre las principales barreras a las que se enfrentan para la vida independiente. Además, también se ha consultado la opinión de 48 familiares, mediante cuestionarios, respecto a la evolución de mejora de su familiar durante la estancia en el centro, la satisfacción con el mismo y sus profesionales y las principales barreras a las que se enfrentan para su vida independiente. Por último, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 4 terapeutas ocupacionales para conocer una perspectiva más precisa y fundamentada de los datos logrados con anterioridad.

Los resultados obtenidos demuestran que los centros ocupacionales influyen significativamente en la promoción de la autonomía y vida independiente de las personas con DI. Además, tanto las personas con diversidad funcional intelectual como sus familiares, tienen una visión positiva hacia el centro en el que se hallan y se encuentran satisfechos y satisfechas con el trabajo realizado en los mismos. En cuanto a las principales barreras para la vida independiente, las personas que padecen DI, achacan que el principal obstáculo es la sobreprotección de sus familias y, con respecto a las familias, estas atribuyen como principal barrera el hecho de que sus familiares usuarios/as del centro, no se encuentran preparados/as para vivir solos/as.

Otro resultado que se destaca es la importancia de la labor de los y las profesionales, quienes resultan fundamental para la promoción de la autonomía y vida independiente de sus usuarios y usuarias. Los y las terapeutas por su lado destacan la

comunicación entre la familia y el centro, la cual resulta positiva, provocando un clima bastante favorable y beneficioso. Por último, estos/as identifican como principales barreras a las que se enfrentan los/as usuarios/as, la sociedad y sus familias.

**Palabras Clave:** Diversidad funcional intelectual, autonomía, vida independiente, centros ocupacionales, terapeutas ocupacionales

### **Abstract**

People with intellectual functional diversity (DI), at the end of the training cycle are forced to access an occupational center due to the limited possibilities offered to them to continue growing as a person. In these centers, one of the main challenges in the interventions is the promotion of autonomy and independent living of users so that they become the protagonists of their own life project. This Master's thesis presents a mixed research in which it has been observed how occupational centers have an impact on the promotion of autonomy and independent living of this group.

For this purpose, questionnaires were used to investigate the perception of 77 people with intellectual functional diversity belonging to 4 occupational centers in Tenerife regarding their degree of autonomy and independent living; as well as their perception of how these factors have improved during their stay in the center; at the same time, the degree of satisfaction with the center and with the work of its professionals and the main barriers they face for independent living were also investigated. In addition, the opinion of 48 relatives was also consulted, by means of questionnaires, regarding the evolution of their relative's improvement during the stay in the center, satisfaction with the center and its professionals, and the main barriers they face for independent living. Finally, semi-structured interviews were conducted with 4 occupational therapists in order to obtain a more accurate and substantiated perspective of the data previously obtained.

The results obtained show that occupational centers have a significant influence on the promotion of autonomy and independent living of people with ID. In addition, both people with intellectual disabilities and their families have a positive view towards the center where they are and are satisfied with the work done in them. As for the main barriers to independent living, people with ID say that the main obstacle is the overprotection of their families and, with respect to the families, they attribute as the

main barrier the fact that their relatives, users of the center, are not prepared to live alone.

Another result that stands out is the importance of the work of the professionals, who are fundamental for the promotion of autonomy and independent living of their users. The therapists highlight the communication between the family and the center, which is positive, creating a very favorable and beneficial climate. Finally, they identify society and their families as the main barriers faced by users.

**Key words:** Intellectual functional diversity, autonomy, independent living, occupational centers, occupational therapy

## **Índice de contenidos**

1. Introducción.....	5
2. Marco teórico.....	6
2.1 Definición de diversidad funcional intelectual.....	6
2.2 Evolución del concepto de diversidad funcional intelectual.....	9
2.3 Definición del concepto de vida independiente.....	10
2.4 Movimiento de Vida Independiente.....	11
2.5 Movimiento de Vida Independiente en España.....	13
2.6 Principales barreras hacia la vida independiente.....	14
2.7 La autonomía en personas con diversidad funcional intelectual.....	15
2.8 Centros ocupacionales.....	16
2.9 Servicios e intervenciones de los centros ocupacionales.....	17
2.10 Áreas y objetivos de los centros ocupacionales.....	19
2.11 Terapeuta ocupacional y sus funciones.....	20
3. Diseño metodológico.....	22
3.1 Problema de investigación.....	22
3.2 Objetivos/hipótesis.....	23
3.3 Método.....	24
3.3.1 Participantes/muestra.....	25
3.3.2 Instrumentos de recogida de información.....	27
3.3.3 Procedimiento.....	34
3.3.4 Ética de la investigación.....	35

4. Resultados.....	35
4.1 Personas con diversidad funcional intelectual.....	36
4.2 Familias de las personas con diversidad funcional intelectual.....	45
4.3 Terapeutas ocupacionales.....	49
5. Discusión.....	52
6. Conclusiones.....	56
7. Limitaciones.....	57
8. Prospectivas de futuro.....	57
9. Implicaciones para la práctica educativa y orientadora.....	58
7. Referencias.....	59
8. Anexos.....	66

## **Índice de tablas**

Tabla 1. <i>Categorías, dimensiones, ítems y códigos de las personas con diversidad funcional intelectual</i> .....	27
Tabla 2. <i>Categorías, dimensiones, ítems y códigos</i> .....	31
Tabla 3. <i>Entrevista a los/as terapeutas ocupacionales</i> .....	33
Tabla 4. <i>Prueba de Kruskal-Wallis y su significación</i> .....	36
Tabla 5. <i>Mediana en relación a los años en los centros</i> .....	40



## **Índice de figuras**

Figura 1. <i>Desde que estoy en el centro hago más cosas por mí mismo sin la ayuda de nadie.....</i>	42
Figura 2. <i>Desde que estoy en el centro me siento más preparado para vivir solo/a.....</i>	43
Figura 3. <i>Soy más capaz de tomar decisiones por mí mismo/a desde que estoy en el centro.....</i>	43
Figura 4. <i>Tengo una buena relación con los/as trabajadores/as del centro.....</i>	44
Figura 5. <i>Barreras para la vida independiente.....</i>	44
Figura 6. <i>Mi familiar desde que se encuentra en el centro es más autónomo...</i>	45
Figura 7. <i>Mi familiar desde que se encuentra en el centro participa más en la sociedad.....</i>	46
Figura 8. <i>Mi familiar desde que se encuentra en el centro está mejor preparado/a para vivir solo/a.....</i>	46
Figura 9. <i>Mi familiar desde que se encuentra en el centro toma mejores decisiones.....</i>	47
Figura 10. <i>Mi visión hacia el centro y sus profesionales es positiva.....</i>	47
Figura 11. <i>Hay buena comunicación entre el centro y usted como familiar.....</i>	48
Figura 12. <i>Barreras para la vida independiente por parte de las familias.....</i>	48

## **1. Introducción**

Durante todo el transcurso de mi grado universitario, el colectivo de personas con diversidad funcional intelectual despertó mi curiosidad y, tras la finalización de mis estudios, obtuve respuestas que me daban paso a nuevas preguntas e inquietudes, como, por ejemplo: ¿los centros ocupacionales resultan fundamentales para la promoción de su autonomía?, ¿estos centros son realmente necesarios para este colectivo?, ¿qué papel juegan las familias en todo este proceso?. Los estudios que estoy cursando actualmente me están permitiendo profundizar sobre el impacto de los y las profesionales en toda su trayectoria vital. Esto ha provocado que comenzara a interesarme profundamente en la influencia de su entorno, en cómo la estimulación recibida en los centros ocupacionales puede incidir en la erradicación de las desigualdades que afectan a este colectivo.

Las personas con discapacidad intelectual suelen requerir apoyo para tomar decisiones relevantes en su vida, debido a limitaciones cognitivas y a eventuales deficiencias en las habilidades básicas de autonomía (Etxeberria, 2008), esto puede interferir en procesos simples como el aseo personal, la alimentación, los desplazamientos, etc., y en procesos más complejos como la emancipación. Por ello, el papel que ejerce el personal de los centros ocupacionales para la promoción de su autonomía es sumamente importante, debido a que un gran porcentaje de este colectivo acuden a estos centros tras finalizar el ciclo formativo y, el encontrarse en un ambiente adecuado donde se facilite el crecimiento y evolución personal, puede contribuir satisfactoriamente al desarrollo de la autonomía y vida independiente.

El impulso hacia la autonomía y la vida independiente supone la búsqueda de una vida digna y de mayor calidad, donde se favorece el desarrollo integral de la persona y, a su vez, la construcción de una sociedad mejor. Por ello, con esta investigación se pretende conocer cuál es la influencia de la labor de dichos profesionales en todo este proceso y los inconvenientes que pueden dificultar su éxito, observando si las estrategias, recursos, instrumentos, etc., que ofrecen en los centros, sirven para mejorar la calidad de vida de las personas que sufren esta discapacidad y, al mismo tiempo, tener un impacto en el bienestar de su familia.

En primer lugar, se ha profundizado, mediante una revisión bibliográfica, en todos aquellos conceptos que se consideran relevantes para comprender el objeto de estudio, como son la discapacidad intelectual, la autonomía y vida independiente, los centros ocupacionales y sus profesionales. Por otro lado, además de conocer el grado de

autonomía y vida independiente de las personas que padecen discapacidad intelectual, se ha indagado en las percepciones que tienen ellos/as mismos/as acerca de su autonomía y vida independiente y, en relación a su estancia en el centro, respecto a la satisfacción con el mismo y sus profesionales y sobre las principales barreras a las que se enfrentan para su emancipación. Asimismo, se ha establecido una relación con las percepciones de sus familiares sobre el grado de autonomía y vida independiente que presentan sus familiares usuarios/as del centro, la satisfacción con el mismo y su personal y los motivos por los cuales, en muchas ocasiones, no consideran factible su independencia. Por último, se ha indagado a través de entrevistas a terapeutas ocupacionales en sí los diferentes servicios, funciones, actividades, etc., que ofrecen los centros, inciden positivamente en la adquisición de la autonomía del colectivo sujeto de este estudio.

## **2. Marco teórico**

### **2.1 Definición de diversidad funcional intelectual**

La conceptualización de la discapacidad intelectual (DI) se ha modificado a lo largo de la historia, sin embargo, la Asociación Americana de Psiquiatría, en su manual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V, 2014), nos ofrece una definición bastante idónea y reciente: “un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico” (p. 17). Además, para que un sujeto presente este trastorno, debe cumplir los tres criterios siguientes:

- Deficiencia de las funciones intelectuales.
- Deficiencia del comportamiento adaptativo.
- Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

Las intervenciones que se llevan a cabo con este colectivo pueden variar según su gravedad (Montes y Paños, 2015), por lo que los cuatro niveles que conforman este trastorno, según el DSM-V (2014) son:

- Discapacidad intelectual leve. En el área conceptual, no se encuentran diferencias conceptuales obvias en la etapa de preescolar. Sin embargo, en niños y niñas de edad escolar y adultos se presentan dificultades en el aprendizaje de habilidades como la lectura, la escritura, el control del tiempo o en la solución de problemas,

necesitando un apoyo en una o más campos para alcanzar las expectativas que se relacionan con su edad. Por otro lado, en la edad adulta, se contempla una alteración en el pensamiento abstracto, la función ejecutiva y la memoria a corto plazo. En el área social, las personas con discapacidad intelectual leve suelen presentar una inmadurez en las interacciones sociales, debido a que pueden tener dificultades a la hora de percibir señales en la interacción social. Además, la conversación, comunicación y lenguaje son más concretos o inmaduros. Por otra parte, les cuesta regular las emociones y conducta y presentan una comprensión limitada para situaciones de riesgo en situaciones sociales, por lo que corre el riesgo de ser manipulado por otros individuos. En el área práctica, el autocuidado resulta adecuado para la edad. Sin embargo, las personas que presentan discapacidad intelectual leve necesitan algún apoyo en tareas complejas de la vida diaria como hacer la compra, los desplazamientos, la alimentación, el manejo del dinero, etc. y en el bienestar y organización del tiempo de ocio. En la edad adulta, se observa un comportamiento competitivo en los trabajos donde no se acentúan las habilidades conceptuales. Estos individuos, por lo general, suelen requerir apoyo para tomar decisiones y aprender a ejecutar habilidades vocacionales competentes.

- **Discapacidad intelectual moderada.** En el área conceptual, las personas con discapacidad intelectual moderada presentan un déficit con respecto a lo esperado para las personas de su edad, en las diferentes etapas del desarrollo. En la etapa de preescolar, el progreso del lenguaje y las habilidades preacadémicas evolucionan lentamente. En la edad escolar, la lectura, la escritura, las matemáticas y el manejo del dinero muestran un progreso pausado en comparación con sus iguales. En cuanto a los adultos, sus habilidades académicas se desarrollan en un nivel elemental, requiriendo apoyo continuo y diario en dichas habilidades, en el trabajo y en su vida cotidiana. Se puede dar el caso de que otras personas lleven completamente estas responsabilidades. En el área social, las habilidades comunicativas muestran una considerable diferencia con respecto a sus iguales, debido a que utilizan un lenguaje menos complejo y concreto, no obstante, presentan una capacidad adecuada para relacionarse con su familia, amigos/as y pareja. Sin embargo, no perciben o interpretan de forma correcta las claves sociales, viéndose afectada la amistad con su iguales por dichas limitaciones. Por otro lado, el cumplimiento de reglas y la capacidad para tomar decisiones es reducida, por lo que los cuidadores deben guiar y apoyar al individuo en las decisiones de vida. Se puede observar una minoría con un comportamiento inadaptado que puede causar problemas sociales. En el área práctica, las personas con discapacidad intelectual

moderada pueden llevar a cabo necesidades de la vida diaria como comer, vestirse o mantener la higiene personal, aunque se requiere un largo periodo de aprendizaje y una ayuda continua para que el sujeto sea autónomo y logre un funcionamiento adulto. Estas personas pueden realizar un cargo independiente en trabajos que precise de habilidades conceptuales y de comunicación limitada, pero siempre con supervisión.

- Discapacidad intelectual grave. En el área conceptual, la consecución de habilidades conceptuales es limitada. El sujeto, en relación al lenguaje escrito o de conceptos, presenta una escasa comprensión, afectando el hecho de concebir números, cantidades, tiempo, etc., provocando que los/as cuidadores/as proporcionen un grado notable de apoyo durante toda la vida. En el área social, el lenguaje hablado es notoriamente limitado. A la hora de hablar, las frases y palabras son simples. Su comunicación se centra en los acontecimientos cotidianos, utilizando un lenguaje comunicativo social y evitando el explicativo. Pueden entender el habla sencilla y la comunicación no gestual de otras personas. Del mismo modo, sus relaciones familiares son una fuente de ayuda y placer. En el área práctica, el sujeto necesita apoyo en la totalidad de actividades de la vida cotidiana, tareas domésticas, de ocio y de trabajo, necesitando una supervisión constante. Además, presenta dificultades para la toma de decisiones en relación a su propio bienestar y el de otras personas. La adquisición de habilidades requiere un aprendizaje largo y de apoyo constante. Se puede observar una minoría con un comportamiento inadaptado que incorpora autolesiones.

- Discapacidad intelectual profunda. En el área conceptual, el individuo presenta deficiencias motoras y sensoriales que pueden impedir el uso funcional de objetos. Sin embargo, pueden usar diferentes elementos para el autocuidado, el trabajo o el ocio, así como adquirir habilidades visoespaciales. En el área social, la comprensión de la comunicación simbólica a través del habla o de gestos es muy limitada, aunque son capaces de comprender sencillas instrucciones o gesticulaciones. Las personas con discapacidad intelectual profunda expresan sus deseos y emociones mediante la comunicación no verbal. A la hora de relacionarse, disfruta de la relación con miembros de su familia y cuidadores, iniciando y respondiendo a las interacciones sociales mediante claves gestuales y emocionales. Sin embargo, las deficiencias sensoriales y físicas podrían impedir el desarrollo de muchas actividades sociales. En el área práctica, las personas con discapacidad intelectual profunda dependen de otras personas en todos los aspectos de su vida diaria como en el cuidado físico, la salud y la seguridad, aunque pueden ser partícipes de algunas de estas tareas. Los sujetos sin deficiencias físicas

graves pueden ayudar en algunos quehaceres domésticos. Las acciones sencillas que precisen de objetos pueden ser la base en la participación de actividades, pero con un alto grado de apoyo continuo. Disfrutan de las actividades recreativas como escuchar música o ver películas, pero siempre con una supervisión y apoyo constante. Las deficiencias físicas y sensoriales que presentan son inconvenientes para la participación tanto en actividades del hogar, como para el ocio u ocupacionales. Suelen presentar un comportamiento inadaptado y agresivo debido a su bajo funcionamiento psicosocial.

## **2.2 Evolución del concepto de diversidad funcional intelectual**

La concepción de discapacidad intelectual se ha ido modificando a lo largo de toda la historia, combinando momentos de avances y retrocesos. El concepto y la visibilidad que tienen a día de hoy los individuos que padecen discapacidad intelectual, es en gran medida por la continua lucha que se ha ido llevando a cabo en el transcurso de los años. A continuación, se destacarán los momentos que han marcado la visión que poseemos a día de hoy de la discapacidad intelectual.

En la entrada del siglo XX, destacaron varias corrientes. La primera, conocida como 'modelo de prescindencia', según la cual este colectivo no aportaba nada a la sociedad; este modelo se presenta como el más radical, considerando a la discapacidad como un pecado o castigo. La segunda corriente, denominada 'modelo de marginación', abogaba por el aislamiento y discriminación de esta minoría (Palacios, 2008). Como se puede observar, la conceptualización de discapacidad intelectual en sus inicios, se expresaba de manera peyorativa, utilizando adjetivos humillantes como imbécil, idiota, retrasado mental, tonto, subnormal, mongólico, etc. (Flórez, 2018).

Posteriormente, en los años 60-70, surgió el 'modelo médico', consecuencia de los diferentes estudios llevados a cabo sobre la diversidad funcional, donde encontraron explicaciones biológicas sobre este trastorno, lo que llevó a considerar la discapacidad como un resultado permanente de accidentes y enfermedades (Jiménez, 2007). Esto provocó que las concepciones de las causas que originaban la discapacidad transitaran de una visión divina a una visión científica, permitiendo que el sujeto con discapacidad comenzara a introducirse en la sociedad, mediante una oportuna rehabilitación (Palacios, 2008). El 'modelo médico' comenzó a recibir críticas por parte del denominado 'modelo social', causando un enfrentamiento y una relación de tensión. El 'modelo social' originado en los años 70, se vincula al Movimiento de Vida Independiente creado en Estados Unidos entre los 60 y 70, y es un modelo que

interpreta la influencia y mediación del entorno de los sujetos con discapacidad de manera diferente, centrándose en un enfoque más integrador y olvidando la perspectiva radical.

Este modelo señalaba que la discapacidad no era un resultado exclusivamente de una alteración física, mental y/o sensorial de la normalidad biomédica y por tanto su solución no se basaba solo en terapias y rehabilitación (Jiménez, 2007), sino que, por el contrario, eran los factores sociales los culpables de la imposibilidad de integración de este colectivo en la sociedad, ya sea por las barreras físicas, actitudes, prejuicios, estereotipos, etc. (Puga y Abellán, 2004). A partir de este momento, se aceptó que la discapacidad provenía de causas sociales, provocadas por las limitaciones en la organización de la sociedad y/o en sus barreras (Palacios, 2008). Además, se comienza a pensar que los individuos con discapacidad pueden llegar a ser iguales que las personas que no la sufren.

Las críticas tan intensas que recibió el 'modelo médico' o 'rehabilitador', provocaron el inicio de un cambio internacional en su definición y tratamiento, y en la denominación "discapacitada" atribuida a las personas pertenecientes a este colectivo (Flórez, 2018). De hecho hoy en día, se pretende reemplazar "discapacidad" por "diversidad funcional" y "discapacidad intelectual" por "diversidad funcional intelectual", denominación privada de un aspecto negativo o médico y enfocada en su diferencia o diversidad (Romañach y Lobato, 2005). El cambio conceptual hacia la diversidad funcional, ha llevado al 'modelo de derechos', el cual proporciona la misma valía a la vida de absolutamente todos los seres humanos y pretende asegurar las mismas oportunidades y derechos a todos los individuos (Guzmán et al., 2010).

### **2.3 Definición del concepto de vida independiente**

La diversidad funcional intelectual, como otras formas de diversidad funcional, continuamente se enfrenta a desigualdades de oportunidades, ya sea en educación, en empleos, en acceso y fruición de la cultura, etc. Los factores contextuales perjudican de manera directa en la participación de estos colectivos en el entorno, provocando que sin los apoyos adecuados, no alcancen una calidad de vida habitual en los individuos que no la padecen (García, 2003). A raíz de las barreras a las que se enfrentan los individuos con DI, surgió el término de 'vida independiente', el cual, se puede definir como el acto de dejar de ser dependiente a otra persona, adquiriendo el control del propio destino (García, 2003). Este concepto se basa en asumir responsabilidades, obtener el control y

participar en la sociedad, alcanzando la igualdad de oportunidades, libertad individual y participación plena (García, 2003). La vida independiente se refiere a que los individuos con diversidad funcional ansien y deseen las mismas oportunidades y posibilidades de elección en la vida cotidiana que sus familiares, amigos, etc. (Razka, 1992). Además, Arnau (2013) comenta que la vida independiente se basa en la emancipación y la práctica que la consolida, permitiéndolo a este colectivo elegir, controlar e influir en los diferentes aspectos de su vida.

Según Morris (1993), la vida independiente se sustenta en cuatro principios básicos:

- La vida humana, independientemente de su naturaleza, posee el mismo valor.
- Todos los sujetos deben de tener la capacidad de tomar decisiones.
- Todas las personas, independientemente de sus condiciones, mantienen el derecho de ejercer el control sobre su vida.
- Todos los individuos, independientemente de sus circunstancias, tienen derecho a una participación plena en la sociedad.

De acuerdo con las aportaciones anteriormente mencionadas, la vida independiente se puede comprender como una forma de interdependencia humana que se encuentra condicionada por la economía, la sociedad, los factores legales, etc., que se hallan en el entorno del sujeto. Estos elementos han experimentado un auge debido al Movimiento de Vida Independiente, el cual ha permitido que este colectivo, a día de hoy, presente las mismas oportunidades que las demás personas.

#### **2.4 Movimiento de Vida Independiente**

El movimiento de Vida Independiente causó un antes y un después en la calidad de vida de las personas con diversidad funcional intelectual. Como ya se ha indicado anteriormente, en los años 60 y 70, dominaba el modelo médico, el cual, se dirigía a este colectivo de manera despectiva y los excluía de la sociedad mediante acciones discriminatorias, provocando que en los años 80 y 90 se cambiara la perspectiva con el modelo social, el cual velaba por los derechos e intereses de las personas con DI. Sin embargo, a mediados de los 80, países como EEUU, Canadá, Reino Unido y Australia, enfrentaron y criticaron severamente al modelo social, acusándolo de quebrantación de derechos en relación al incumplimiento en las exigencias de accesibilidad a las viviendas/pisos tutelados (Barnes y Mercer, 2010) y de la tergiversación y exclusión



social, apartando a los sujetos con diversidad funcional intelectual de la sociedad e incrementando una desigualdad de oportunidades (Mansell y Beadle-Brown, 2010).

Esto provocó que a finales de los 90 se estableciera firmemente bajo la expresión "Nothing About Us Without Us" (Nada sobre nosotros, sin nosotros) el Movimiento de Vida Independiente, que fue defendido por un grupo estadounidense en lucha por los derechos de emancipación y empoderamiento de los individuos con diversidad funcional que requerían apoyo. El objetivo principal de este movimiento era retirar a las personas de este colectivo de los hospitales e instituciones para devolverles la participación en la comunidad. Este alzamiento provocó que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006) iniciara internacionalmente el reconocimiento del individuo con diversidad funcional como sujeto de derechos (García, 2003), obligando a los demás países a asegurar la participación plena de los sujetos con diversidad funcional en la sociedad, de tal manera que pudiesen ser protagonistas en su toma de decisión y recibir los apoyos necesarios para su inclusión (Pallisera et al., 2018). Este movimiento fue el responsable de que en el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006), se decretara el derecho de todos los individuos que padecen una diversidad funcional a decidir dónde y con quién quieren vivir.

A día de hoy, los principios de Vida Independiente tratan de definir qué es la discapacidad, dónde se sitúa el problema, cuál es su solución y quién o quiénes son los responsables. Este movimiento da respuesta a la necesidad de que los individuos que sufren discapacidad, sean quienes tomen la responsabilidad en la gestión de los servicios que les perjudican, los factores que influyen en la concepción de la discapacidad y sobre el sistema de servicios sociales (García, 2003). Además, se le atribuye el protagonismo de los sujetos con discapacidad en su participación en la sociedad en plenitud absoluta como el resto de la ciudadanía, con la ayuda y cooperación del sistema sanitario, social e institucional. Se basa en un procedimiento que fomenta la toma de poder y autonomía personal con el que se deben identificar este grupo desfavorecido. Esto permite la consecución de la igualdad de oportunidades, conocer sus derechos y conseguir la participación en todos los aspectos de su vida. En definitiva, la independencia debe percibirse como un concepto individual, es decir, respetando los deseos y capacidades de cada uno (García, 2003).

## **2.5 Movimiento de Vida Independiente en España**

En España, el apoyo hacia las personas con diversidad funcional intelectual se gestionó a partir de la Ley de Integración Social del minusválido (LISMI, 1982), que se basa en una ley que pretendía la integración social de este colectivo. Esta ley intentó combinar los servicios institucionales con los pisos/viviendas tuteladas, pero no tuvo mucho éxito debido a las condiciones de accesibilidad muy restrictivas. Posteriormente, en 2006, se aprobó otra ley que reforzaba la atención a las personas con diversidad funcional, denominada Ley 39/2006 de 14 de diciembre, la cual promovía la Promoción a la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia a través de la figura del asistente personal. Sin embargo, la implantación de esta asistencia profesional resultaba todavía muy inicial y con una participación insuficiente, haciendo que este profesional se relacionara con la promoción de la autonomía de los sujetos que presentaban una gran dependencia, causando que las personas con un menor grado de discapacidad no pudieran beneficiarse de sus servicios (Pallisera et al., 2018).

Esto provocó que la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (2013), sustituyera a la LISMI (1982), modificando su estructura con un nuevo capítulo que reconocía la vida independiente como uno de sus principios fundamentales. La ley del 1/2013, a diferencia de la LISMI (1982), aboga por la necesidad de establecer unas condiciones de accesibilidad menos restrictivas, evitando la discriminación en la comunidad.

La ley 1/2013, es la que se encuentra vigente actualmente en el territorio español y la que ha desarrollado algunos proyectos específicos de apoyo a la vida independiente en el hogar de las propias personas con diversidad funcional, pero estas iniciativas todavía tienen una escasa fundamentación y son minoritarias (Pallisera et al., 2018). Asimismo, Verdugo et al. (2009), mencionan que a día de hoy en España, los y las jóvenes que presentan algún tipo de discapacidad, se siguen topando con múltiples obstáculos que dificultan el proceso de emancipación, como la sobreprotección familiar, los bajos ingresos económicos, etc., provocando que dos tercios de los que tienen entre 27 y 30 años sigan viviendo en el hogar de su entorno familiar (Pallisera et al., 2018). En relación a las percepciones de los individuos con diversidad funcional sobre cuáles son las dificultades con las que se topan para poder llevar a cabo sus proyectos de vida, subrayan la falta de oportunidades para la toma de decisiones y la sobreprotección tanto de familias como de profesionales (Pallisera et al., 2018). La sobreprotección, ya sea a

través de familiares, profesionales, amigos o políticos puede ocasionar resultados negativos en la promoción de la autonomía y vida independiente (Pallisera et al., 2018).

## **2.6 Principales barreras hacia la vida independiente**

A pesar de que este colectivo desee las mismas oportunidades y posibilidades de elección que sus familiares y amigos para una vida independiente (Razka, 1992), las personas con diversidad funcional intelectual en el proceso de emancipación se topan con diferentes barreras que dificultan este proceso. Según Pallisera et al. (2018), las principales barreras hacia la vida independiente son:

- La formación y preparación para la vida independiente: el asesoramiento y la información previa tanto a las personas con diversidad funcional como a sus familias, forma parte de una de las acciones favorecedoras. Los profesionales deben trabajar con las familias para derrotar la sobreprotección y la sensación de miedo que presentan, favoreciendo la libre elección de los individuos con diversidad funcional en su proceso de emancipación. Por lo general, las familias suelen valorar de manera positiva la pedagogía estimulada desde las organizaciones para valorar conjuntamente las posibilidades de emancipación.

- La relación con los y las profesionales: estos/as llevan a cabo un papel primordial en el apoyo al proceso de vida independiente. Los individuos con diversidad funcional, así como las familias suelen valorar de manera positiva el apoyo emocional recibido por parte de los y las profesionales.

- Los ingresos económicos: existe una relación directa entre la vida independiente y el acceso a un empleo bien remunerado. Sin embargo, los escasos ingresos económicos que suelen recibir las personas con diversidad funcional, puede provocar que no logren emanciparse, debido a que los gastos tienen que ser asumidos por la familia y, en muchas ocasiones, no es factible. Para vencer esta barrera, tanto las familias como los sujetos con diversidad funcional consideran que este proceso avanzaría si los precios en las viviendas fueran más asequibles.

- El modelo de organización de los apoyos: en los pisos tutelados o los hogares de grupo, los individuos denuncian la severidad de sus normativas, la escasa intimidad, la convivencia con la muchedumbre y la insuficiencia de atención individualizada. Además, muchos usuarios no pueden acceder por las restricciones tan severas que exigen.

- El papel de la familia: la familia adquiere un papel fundamental en la preparación para emanciparse de los sujetos con diversidad funcional, reconocido tanto por los y las profesionales como por los propios individuos con diversidad funcional. El hogar familiar destaca para la práctica y desarrollo de habilidades básicas de autonomía, como, por ejemplo, cocinar, limpiar, etc. Las familias son conscientes del imprescindible papel que juegan en potenciar la autonomía de sus familiares, sin embargo, los y las profesionales siguen manifestando las actitudes sobreprotectoras.

Todas estas barreras dificultan el proceso de emancipación y vida independiente de las personas que presentan diversidad funcional intelectual, debido a que perjudican la libertad de decidir dónde y con quien quieren vivir en igualdad de condiciones que las demás personas.

## **2.7 La autonomía en personas con diversidad funcional intelectual**

La autonomía es uno de los elementos más importantes en la promoción de una vida independiente de calidad. Por ello, resulta conveniente definir qué entendemos por autonomía, y cómo se pronuncia en las personas con diversidad funcional intelectual.

En primer lugar, la autonomía se puede definir como un proceso individual donde un sujeto es capaz de satisfacer sus necesidades básicas o ser autosuficiente económicamente (Fernández-García, 2016). Además, la autonomía es la capacidad para estar de acuerdo con uno mismo, con lo que considera correcto y/o debe serlo, teniendo el control de su propia vida (Moleiro et al., 2017).

Las personas con diversidad funcional intelectual, por sus propias limitaciones cognitivas, les resulta más complejo erradicar los elementos que entorpecen la autonomía, especialmente en situaciones que requieran la toma de decisiones. A pesar de eso, se estima necesario que el sujeto desarrolle sus capacidades al máximo, entre las cuales se incluye la toma de decisiones y que reciba los apoyos convenientes para poder ejercitar su ciudadanía. De este modo se pretende reforzar el concepto de que una persona autónoma puede valerse por sí misma, incluyendo la posibilidad de ejercer la autonomía con los apoyos convenientes (Etxeberría, 2008).

La Convención de los derechos de las personas con discapacidad (Naciones Unidas, 2006), indica que los centros ocupacionales son significativos para favorecer a las personas con diversidad funcional intelectual la opción de expresar sus deseos, preferencias y participar plenamente en la comunidad. Estas instituciones permiten la

promoción de la autonomía no exclusivamente en las actividades del día a día, sino también en actividades más complejas, como la interacción social y la participación en la comunidad. Bajo este punto de vista, la diversidad funcional intelectual no presenta limitaciones para establecer el grado de autonomía, sino que se debe ir más allá con la presencia y la adecuación de los apoyos que la condicionan y promueven. (Díaz-Velázquez, 2010).

## **2.8 Centros ocupacionales**

Un gran porcentaje de las personas con diversidad funcional intelectual, al concluir la etapa formativa, acuden a los centros ocupacionales, debido a que son unas de las instituciones encargadas de promover la autonomía y vida independiente de este colectivo (Barrios, 2011). Estos centros son organizaciones alternativas y/o previas a la inserción laboral, donde se proporcionan actividades beneficiosas para la normalización e integración sociolaboral de individuos que padezcan alguna diversidad funcional, a través de programas formativos, habilitación ocupacional y de ajuste personal y social, para lograr la promoción de la autonomía y la adaptación social. Los centros son un lugar de ayuda para que los sujetos con diversidad funcional desarrollen sus habilidades y capacidades, ya sean de autocuidado como de participación social, para que de manera terapéutica, puedan desarrollarse como personas y aprendan una ocupación (Barrios, 2011). Con esto podemos comprobar que los objetivos de los centros se basan en la promoción de la autonomía y vida independiente de las personas con discapacidad intelectual para que se sientan mejor preparados/as para la inserción socio-laboral (Peña y Santana-Vega, 2020).

En particular, la Ley 16/2019 de Servicios Sociales de Canarias, concibe a los centros ocupacionales como lugares donde se llevan a cabo actividades de rehabilitación, terapia ocupacional e inserción personal y sociolaboral para individuos que presenten una discapacidad o para personas que se encuentran con ciertas dificultades para integrarse en el mercado laboral.

Estos centros comenzaron a regirse por la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI, 1982), la cual, trata de asegurar que los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a las personas con discapacidad, ya sea temporal o permanente, no impidan su integración en una empresa o en un centro especial de empleo. Además, el Real Decreto 2274/85, por el que se regula la naturaleza y funcionamiento de los centros ocupacionales, también constituyó los cimientos de

estas instituciones, el cual hace referencia a que se debe establecer un servicio para el desarrollo personal de las personas que sufren discapacidad, para superar las barreras que la discapacidad les supone para la integración.

En el funcionamiento de estos centros, se pueden observar dos tipos de actividades según el Real Decreto 2274/1985. Las actividades o terapias ocupacionales que van dirigidas a los servicios de ajuste personal y las que van dirigidas a los servicios de ajuste social. El Real Decreto 2274/1985, menciona que los requisitos para acceder a estos centros se basan en que los individuos se encuentren en edad laboral, tener un diagnóstico de discapacidad elaborado por los equipos responsables y poseer la necesidad de acudir a un centro ocupacional según dichos equipos.

En definitiva, como se ha comentado anteriormente, los centros ocupacionales son los encargados de promover la autonomía y vida independiente de las personas con diversidad funcional intelectual, proporcionándoles actividades, programas, estrategias, etc., beneficiosas que les ayuden a enfrentarse a los retos de la vida diaria.

## **2.9 Servicios e intervenciones de los centros ocupacionales**

Para profundizar e indagar en mayor medida sobre los centros ocupacionales, es necesario conocer los servicios e intervenciones que llevan a cabo hacia las personas con diversidad funcional. En Canarias, todos estos centros deben de ofrecer una serie de servicios, regulados por la Ley 16/2019 de Servicios Sociales de Canarias. Estos servicios se basan en un conjunto de actuaciones ejecutadas por profesionales para la prevención, diagnóstico, seguimiento, valoración, intervención, protección, promoción de la autonomía, acompañamiento, mediación e inclusión social. Los servicios de los centros ocupacionales en Canarias, deben seguir un mismo modelo que ofrezca:

- Información, donde las personas involucradas y sus familias obtengan un adecuado conocimiento sobre los derechos, servicios y prestaciones que favorezcan su inclusión, autonomía y bienestar.

- Valoración inicial, que se basa en una identificación básica de necesidades y capacidades del sujeto, familia y entorno. La valoración especializada incluye situaciones de dependencia, discapacidad, exclusión y desprotección. Y, por último, la valoración de seguimiento, que se caracteriza por ser un servicio que lleva a cabo evaluaciones periódicas de manera personalizada.

- Diagnóstico social, se sustenta en la descripción y valoración de los y las profesionales en las necesidades y capacidades que puede presentar el individuo y su familia para la determinación de una intervención adecuada.

- Orientación y seguimiento, es un conjunto de actuaciones profesionales dirigidas a la consecución de conocimientos sobre los derechos y recursos que le permita la toma de decisión.

- Acompañamiento social, se basa en la interacción con un profesional cualificado, donde se ayude a la persona involucrada a desarrollar su autonomía e integración social.

- Promoción de la autonomía personal, son actuaciones dirigidas a la promoción de la autonomía y el apoyo a la vida independiente, ya sea mediante programas preventivos y/o rehabilitadores y de integración, desarrollo de capacidades y promoción de una vida saludable.

La ley 16/2019 no sólo se centra en los servicios, sino que, además, exhibe una serie de intervenciones para estas instituciones como pueden ser:

- Intervención y apoyo familiar: son acciones profesionales dirigidas a la facilitación de la convivencia e inclusión de las familias, indagando en las situaciones de crisis, riesgo o vulnerabilidad familiar.

- Intervención sociofamiliar, se basa en acciones profesionales para la ayuda psicoeducativa y social para tratar y solucionar las necesidades sociales, educativas y familiares del sujeto.

- Prevención e intervención sociocomunitaria e inclusión social: son actuaciones profesionales dirigidas a prevenir situaciones de exclusión social y buscar respuestas colectivas hacia las necesidades.

- Intervención socioeducativa y psicosocial: se sustenta en acciones profesionales que establecen un proceso donde los individuos adquieren conocimientos, actitudes, hábitos o capacidades para desenvolverse de manera autónoma e integrarse socialmente.

- Intervención sociosanitaria: son acciones profesionales dirigidas a responder situaciones complejas que requieran una intervención mixta, social y sanitaria, ya sea de manera simultánea o secuencial, siendo complementaria y estrechamente articulada.

- Intervención sociolaboral de colectivos en riesgo o exclusión social: se basa en actuaciones profesionales para promover la entrada a la inclusión de estos colectivos, a través de la incorporación al mercado laboral, fomentando su autonomía.

## **2.10 Áreas y objetivos de los centros ocupacionales**

Después de conocer los servicios e intervenciones que regula la Ley 16/2019 de Servicios Sociales de Canarias, es necesario conocer las áreas de actuación y los objetivos de estos centros para indagar en qué dimensiones actúan y qué finalidad esperan de sus actuaciones.

Las leyes encargadas de regular las áreas son la Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) y el Real Decreto 2274/84. Estas leyes establecen unas áreas de actuación a nivel nacional en el territorio español que abarcan:

- El área ocupacional, donde se realizan actividades laborales terapéuticas y adaptadas para el desarrollo de habilidades y capacidades de los individuos, indagando en un aprendizaje significativo que les permita la integración laboral. Las actividades se llevarán a cabo según las políticas de la institución y del juicio de los y las profesionales. En esta área se llevan a cabo talleres de actividades industriales, artes gráficas, servicios municipales y ambientales, etc. (Barrios, 2011).

- El área de ajuste personal y social, donde se realizan actividades terapéuticas para conseguir una consecución de hábitos que le faciliten una mayor autonomía. En dicha área se trabajan talleres de actividades básicas de la vida diaria, tareas instrumentales de la vida diaria, actividades prelaborales y formación para el empleo y participación social y de ocio (Barrios, 2011).

- El área de empleo, donde se interviene para propiciar la integración laboral de los sujetos a través de proyectos de formación, intermediación con empresas, empleo con apoyo, etc.

- El área de ajuste psicosocial, donde su intervención se centra en las medidas habilitadoras o correctoras, personales y sociales de los involucrados. Se desarrollan nociones psicológicas fundamentales para la promoción de un mayor grado de autonomía, como el bienestar emocional, autoestima, desarrollo personal, relaciones interpersonales, control del estrés y ansiedad, resolución de problemas, etc. además de una intervención adecuada con las familias.



Conocer las distintas áreas de actuación nos permite tener una visión más cercana de los centros ocupacionales y observar en qué dimensiones hacen hincapié para su mejora.

Los objetivos que se establecen en los centros ocupacionales juegan un papel fundamental con respecto a las metas que se quieren lograr con este colectivo. Según Barrios (2011), los objetivos que se deben de implantar en los centros son:

- Facilitar la integración social y laboral de los beneficiarios, a través del desarrollo y mejora de sus competencias laborales mediante entrenamientos.
- Cultivar un desarrollo personal y social, favoreciendo el empleo de recursos comunitarios a través de programas.
- Ejercitar la capacidad social para el desarrollo de habilidades interpersonales, convivir en sociedad y mantener relaciones afectivas.
- Formar laboral y ocupacionalmente para promocionar el acceso a otros medios de formación y/o empleo que faciliten su integración laboral.
- Aumentar la calidad de vida y la salud de los involucrados.
- Asesorar y apoyar a las familias.

Cabe mencionar que el protagonista de todo el proceso es la persona que presenta diversidad funcional y, por ello, resulta primordial la ejecución de unas actividades que permitan la consecución de estos objetivos, provocando una mejoría en su autonomía (Barrios, 2011).

## **2.11 Terapeuta ocupacional y sus funciones**

Los y las terapeutas ocupacionales son quienes se encargan de promover la autonomía y vida independiente de las personas con diversidad funcional intelectual (Thomas y Penman, 2019). Con esto, Del Pozo et al. (2013), se refieren a que su principal objetivo se basa en preparar a los individuos para la participación en ocupaciones significativas de ellos y ellas. La terapia ocupacional actúa de manera integral y global teniendo en cuenta el contexto y al sujeto que padece la diversidad funcional intelectual, considerando las dimensiones que comprenden los aspectos del individuo, como las habilidades intelectuales, conceptuales, sociales y prácticas, la participación e interacción social, factores de salud y contexto social y cultural. Estos/as profesionales deben de tener en cuenta todas aquellas posibles limitaciones en

el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa que repercuten en todas las áreas de la vida diaria, interviniendo independientemente del grado de discapacidad y de sus necesidades de apoyo.

Del Pozo et al. (2013), indican que este profesional debe trabajar con y para el individuo, mediante la actividad y el entorno, llevando a cabo actividades adecuadas y ajustadas al contexto para su mejora integral:

- En relación a la persona, se trabajan habilidades de desempeño, como el mantenimiento de habilidades existentes, el fortalecimiento de habilidades debilitadas, volver a entrenar capacidades y habilidades recuperables, la compensación de capacidades y habilidades perdidas y aprender habilidades nuevas. Además, en los patrones de desempeño, se debe entrenar actividades de hábitos y rutinas diarias, el asesoramiento y entrenamiento en los hábitos diarios orientados a prevenir enfermedades y mejorar la salud, la educación en patrones psicomotores y en el entrenamiento en áreas de participación social. Y, por último, en las características del individuo, mediante un análisis de funciones y estructuras corporales que influyen en el desempeño, la aplicación de técnicas para mejorar el funcionamiento corporal, el análisis de la motivación y el entrenamiento en habilidades sociales.

- Por otro lado, con respecto al entorno, se basa en el asesoramiento a los familiares y cuidadores sobre los elementos de apoyo, el manejo del entorno comunitario y la coordinación del trabajo de los terapeutas ocupacionales con otros profesionales.

- Por último, en cuanto a las actividades, se sugieren tareas conformes a las capacidades del sujeto adaptadas a sus características, el asesoramiento y entrenamiento en el empleo de productos de apoyo, observar la influencia en la participación y asesorar y trabajar en actividades de la comunidad.

Barrios (2011), añade otras funciones que deben de ejecutar los terapeutas ocupacionales como son:

- La elaboración de evaluaciones y planificación de la terapia de los involucrados en el área de ajuste personal y social para la formación e integración laboral y promoción de la autonomía.

- La elaboración de labores administrativas y documentales como, por ejemplo, protocolos, evaluaciones, planes de tratamiento, informes de seguimiento, programaciones, etc.

- Dirigir y realizar talleres complementarios o propios del centro, como psicomotricidad, actividades terapéuticas de naturaleza acuática, musicoterapia, etc.

En definitiva, con respecto a la promoción de autonomía y vida independiente, estos profesionales deben llevar a cabo actividades para desarrollar destrezas sensoriales, motrices, cognitivas y comunicativas mientras se refuerzan los hábitos y rutinas que ayudan a automatizar las actividades y vertebrar la vida cotidiana. Los y las profesionales adquieren un papel primordial en la vida de las personas con diversidad funcional, debido a que proporcionan un apoyo formal y, en varias ocasiones, son los y las profesionales las personas con los que más relaciones establecen. Los individuos con discapacidad valoran mucho el acto de ser escuchados, recibir el apoyo que necesitan y la buena relación con los mismos profesionales (Pallisera et al., 2020).

### **3. Diseño metodológico**

#### **3.1 Problema de investigación**

Durante el periodo de prácticas externas, se han observado personas que padecen diversidad funcional intelectual con similares características pero que presentan diferentes grados de autonomía y de vida independiente. Esta observación ha sido motivo por la cual el presente estudio se ha centrado en investigar si los centros ocupacionales y sus profesionales adquieren un papel diferencial en la promoción de estas capacidades.

A pesar de que en las últimas décadas se haya aceptado que la diversidad funcional también proviene de causas sociales, como la organización de la sociedad y sus barreras (Palacios, 2008), a día de hoy, este colectivo sigue siendo objeto de exclusión social (Garcés et al., 2020). Esta discriminación puede estar relacionada con el escaso desarrollo de las habilidades básicas de autonomía y vida independiente, dado que se puede ver afectada la toma de decisiones (Etxeberría, 2008) y la participación en la sociedad (García, 2003), provocando una menor calidad de vida tanto para ellos/as como para sus familias.

Muchas personas de este colectivo, al finalizar su etapa educativa, se adentran en centros ocupacionales, que según Barrios (2011), pueden desarrollar y potenciar favorablemente ciertas capacidades, provocando una menor dependencia y la disminución y/o erradicación de ciertas desigualdades presentes en la sociedad (Pallisera et al., 2018). Por ello, la importancia de llevar a cabo esta investigación y

observar hasta qué punto los centros ocupacionales, mediante la labor de sus profesionales, ayudan a este colectivo a alcanzar un mayor bienestar personal.

Además, cabe mencionar que más de dos tercios de personas con diversidad funcional intelectual se encuentran en el hogar de su entorno familiar (Pallisera et al., 2018). Con esto se expone que los familiares, por diferentes circunstancias, algún día pueden no estar presentes, haciendo que este colectivo tenga que valerse por sí mismo (Etxeberria, 2008). Por ello, la importancia de que este grupo desfavorecido se ponga en manos de los y las profesionales para favorecer la promoción de la autonomía y vida independiente y que sean ellos/as mismos/as sus propios proyectos de vida sin depender de un individuo ajeno (Barrios, 2011).

### **3.2 Objetivos/Hipótesis**

Todas las investigaciones requieren de un área problemática para obtener el problema de investigación (Latorre et al., 2003). Dicho problema, nos proporcionará diferentes preguntas que deseamos responder, las cuales deben presentar coherencia con los objetivos y el diseño metodológico de la investigación (Rodríguez y Valldeoriola, 2009).

El objetivo principal que queremos tratar con esta investigación es:

- Conocer la influencia de los centros ocupacionales en la promoción de la autonomía y la vida independiente de las personas con diversidad funcional intelectual comprendida entre el 33% y el 65%.

Por otro lado, los objetivos específicos que queremos abordar y que resultan fundamentales en este estudio son:

- Conocer el grado de autonomía y vida independiente de las personas con diversidad funcional intelectual, sujeto de estudio.
- Explorar en la opinión de las personas con diversidad funcional intelectual y sus familiares hacia la autonomía y vida independiente trabajada por los centros ocupacionales.
- Identificar las principales barreras que obstaculizan una vida independiente en el contexto de estudio.

Para este proceso de investigación se han planteado las siguientes hipótesis:

- h1: La labor de los/as terapeutas de los centros ocupacionales inciden positivamente en la promoción de la autonomía y vida independiente de las personas con diversidad funcional intelectual.
- h2: Las personas con diversidad funcional intelectual que más tiempo han permanecido en los centros ocupacionales tienen un mayor grado de autonomía.
- h3: Los familiares y las personas con diversidad funcional intelectual tienen una visión positiva hacia los centros ocupacionales y sus profesionales.
- h4: La principal barrera a la que se enfrentan las personas con diversidad funcional intelectual es el sobreproteccionismo de las familias.

### **3.3 Método**

Este estudio se basa en una investigación mixta, dado que se sustenta en una combinación entre el enfoque cualitativo y cuantitativo, donde se contemplan las ventajas de cada enfoque (Pereira, 2011). Por un lado, se han utilizado dos cuestionarios como técnica de recogida de información, uno dirigido hacia las personas con diversidad funcional intelectual y otro dirigido a sus familiares. Y por otro lado, se han realizado entrevistas semiestructuradas a terapeutas ocupacionales para recoger información más detallada y profundizar, en mayor medida, en el tema de la investigación.

Se ha llevado a cabo una investigación de enfoque empírico-analítico o positivista de carácter comparativo y descriptivo, pues el propósito se centra en conocer de qué manera inciden los centros ocupacionales en la promoción de la autonomía y vida independiente de las personas con diversidad funcional intelectual. En primer lugar, se ha realizado una comparación entre los años que las personas de este colectivo han permanecido en el centro, con las habilidades básicas de autonomía y vida independiente que los/as mismos/as presentan, para así conocer la efectividad de estas instituciones. Por otro lado, se ha realizado un análisis descriptivo de los resultados obtenidos por los cuestionarios dirigidos a las personas con diversidad funcional y por los dirigidos a sus familiares, en cuanto a la satisfacción con el centro y las principales barreras a las que se enfrentan para la vida independiente. A tal fin se ha llevado a cabo un análisis estadístico, donde se han analizado los datos de frecuencias y porcentajes de cada categoría y se han contrastado las hipótesis establecidas. Para dicho análisis, se ha utilizado el software informático SPSS versión 25.

En relación a las entrevistas semiestructuradas, se ha llevado a cabo un análisis de contenido a través del ATLAS.ti (versión 9), donde se ha organizado e interpretado la información recabada de los y las terapeutas ocupacionales. Las entrevistas han sido analizadas mediante un informe de las citas agrupadas por códigos (Anexo I). En un primer momento, las entrevistas han sido analizadas mediante el establecimiento de códigos de manera primaria a partir de las preguntas elaboradas; los códigos establecidos, a su vez, han sido recogidos en diferentes categorías de significado (ver Tabla 3).

### **3.3.1 Participantes/muestra**

La elección de la muestra se ha realizado mediante un tipo de muestreo no probabilístico intencional de manera polietápico, donde se han seleccionado a los y las participantes en función de diferentes criterios de interés.

En primer lugar, con respecto al criterio de selección de los centros ocupacionales que han participado en esta investigación, se han considerado:

- Centros ocupacionales que traten con personas con diversidad funcional intelectual comprendidas entre el 33% y el 65%.

En relación a las personas que padecen diversidad funcional intelectual, se han distinguido los siguientes requisitos:

- Personas con discapacidad intelectual comprendida entre 33% y 65%.
- Personas con discapacidad intelectual que se encuentran en centros ocupacionales.

Con respecto a los familiares, los criterios de selección han sido:

- Familiares de personas con discapacidad intelectual comprendida entre 33% y 65%.
- Familiares de personas con discapacidad intelectual que se encuentren en centros ocupacionales.

En cuanto a los y las terapeutas ocupacionales, los criterios de selección han sido:

- Terapeutas ocupacionales que traten con personas con diversidad funcional intelectual comprendida entre el 33% y el 65%.
- Terapeutas ocupacionales que se encuentren trabajando en centros ocupacionales.

Finalmente, han participado en el estudio un total de 4 de los 8 centros a los que se acudió en primera instancia, los cuales se dividen entre la zona sur y metropolitana de la isla de Tenerife. El primer centro se encuentra en el municipio de Adeje, el segundo y el tercero en Arona y el cuarto en San Cristóbal de La Laguna.

Por otra parte, con respecto a las personas que sufren diversidad funcional intelectual, se han alcanzado un total de 77 sujetos, de los cuales, el 68.8% (n=53) pertenece al género masculino, el 29.9% (n=23) al género femenino y el 1.3% (n=1) a otro. Las edades se encuentran comprendidas entre los 18 y 49 años, con una media de edad de 30.4675 años. Con respecto al centro ocupacional, el 28.6% (n=22) pertenece al primer centro, el 26% (n=20) al segundo centro, el 23.4% (n=18) al tercero y el 22.1% (n=17) al cuarto. En cuanto a los años que han permanecido en el centro ocupacional, el 28.6% (n=22) ha perdurado menos de dos años, el 49.4% (n=38) entre dos y cinco años y el 22.1% (n=17) más de 6 años. Por último, mencionar que el 23.37% (n=18) se encuentra entre el 33% y 45% de discapacidad y el 76.63% (n=59) se sitúa entre el 46% y 65% de discapacidad. Respecto a esta última referencia, cabe destacar que, en el análisis de datos, no se realizaron distinciones según el grado de diversidad funcional debido a que no se encontraron diferencias significativas en los resultados.

Por otro lado, han participado en el estudio un total de 48 familiares, de los cuales, el 56.3% (n=27) son madres, el 10.4% (n=5) son padres, el 12.5% (n=6) son hermanos/as y el 20.8% (n=10) son otros. Las edades se encuentran comprendidas entre los 21 y 71 años, con una edad media de 51.458 años. En relación al centro ocupacional al que pertenece su familiar, el 25% (n=12) se encuentra en el primer centro, el 27.1% (n=13) en el segundo, el 35.4% (n=17) en el tercero y el 12.5% (n=6) en el cuarto.

Por último, se han seleccionado un total de 4 terapeutas ocupacionales, de los cuales, contamos con dos mujeres y dos hombres con más de 10 años de experiencia en el sector. Cada uno/a pertenece a cada centro ocupacional escogido, distribuidos por la zona sur y metropolitana de la isla de Tenerife.

Para acceder a la muestra se acudió presencialmente a diferentes centros ocupacionales donde se hallan personas allegadas trabajando en los mismos, donde se les comentó detalladamente todo el propósito de la investigación y aceptaron dicha participación en todo el proceso.

### 3.3.2 Instrumentos de recogida de información

El instrumento empleado para conocer las opiniones de las personas con diversidad funcional intelectual fue un cuestionario, el cual, está compuesto por 4 categorías. El cuestionario es un instrumento de recogida de información que se compone de una serie de ítems donde el individuo proporciona información sobre sí mismo y/o sobre su entorno (Bisquerra, 2004).

En la siguiente tabla (Tabla 1), se pueden observar las categorías con sus respectivas dimensiones, ítems y códigos:

Tabla 1

*Categorías, dimensiones, ítems y códigos de las personas con diversidad funcional intelectual*

<b>Categorías</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Ítems</b>	<b>Cod.</b>
Autonomía y vida independiente	Autocuidado	Preparar mis comidas	Au_Vi1
	Higiene	Hacer las tareas del hogar (ordenar, limpiar, lavar los platos, etc.)	Au_Vi2
	Tareas domésticas	Utilizar diferentes electrodomésticos (lavadora, microondas...)	Au_Vi3
	Autocuidado	Si me duele algo o me hago una herida, sé lo que tengo que hacer para resolverlo (pedir cita en el médico, qué medicamentos tomar, etc.)	Au_Vi4
	Autocuidado	Llamar a la policía, ambulancia o bomberos en caso de emergencia	Au_Vi5
	Autocuidado	Cuidar mi imagen	Au_Vi6
	Higiene	Cuidar mi higiene personal	Au_Vi7
	Autodeterminación	Elegir la ropa y los complementos que uso cada día	Au_Vi8
	Autodeterminación	Elegir cómo me quiero peinar o cortar el pelo	Au_Vi9
	Desplazamientos	Utilizar el transporte público (guagua, tranvía, etc.)	Au_Vi10
	Ocio y tiempo libre	Cuando quedo con amigos/as llego puntual	Au_Vi11



	Habilidades sociales	Hablar con alguien de confianza cuando tengo un problema y necesito ayuda	Au_Vi12
	Manejo de las TIC	Llamar por teléfono o enviar un WhatsApp a mis amigos/as y familiares	Au_Vi13
	Planificación del futuro	Hacer planes sobre mi futuro	Au_Vi14
	Ocio y tiempo libre	Realizar actividades que me gustan en mi tiempo libre	Au_Vi15
	Empleo	Trabajar para ganar dinero	Au_Vi16
	Empleo	Informarme acerca de un empleo cuando me interesa	Au_Vi17
	Autodeterminación	Decidir cómo gastar mi dinero	Au_Vi18
	Manejo del dinero	Intentar ahorrar	Au_Vi19
	Tareas cotidianas	Hacer gestiones en la administración pública (renovar el DNI o pasaporte, votar en las elecciones...)	Au_Vi20
	Alojamiento	Buscar piso o casa para vivir	Au_Vi21
	Habilidades sociales	Establecer una conversación con personas que no conozco	Au_Vi22
Propia percepción de mejora	Mayor autonomía	Desde que estoy en el centro hago más cosas por mí mismo sin la ayuda de nadie	Perp1
	Más independiente	Desde que estoy en el centro me siento más preparado para vivir solo/a	Perp2
	Mejor toma de decisiones	Soy más capaz de tomar decisiones por mí mismo/a desde que estoy en el centro	Perp3
Satisfacción personal	Satisfacción con el centro	Me gusta ir todos los días al centro	Satis1
	Satisfacción con el centro	Me siento escuchado y respetado en el centro	Satis2

	Satisfacción con los/as profesionales	Tengo una buena relación con los/as trabajadores/as del centro	Satis3
	No preparado/a	No me siento preparado/a para vivir solo/a	Barr1
	Familia	Mi familia no quiere que viva solo/a	Barr2
Principales barreras	Economía	Económicamente no me puedo permitir vivir solo/a	Barr3
	Pisos tutelados	No me gustaría vivir en un piso tutelado	Barr4
	Centro y profesionales	El centro no me han preparado lo suficiente para vivir solo/a	Barr5

*Nota.* Elaboración propia

La primera categoría fue adaptada a través de dos escalas que se encontraban previamente validadas:

- La escala ARC-INICO (con una fiabilidad medida a través del alfa de Cronbach de 0.90) de los autores Verdugo et al. (2014), compuesta por 25 ítems.
- La escala *PLANEA Independent Life Skills Scale* (con una fiabilidad medida a través del alfa de Cronbach de 0.940) de los autores García-Alba et al. (2021), compuesta por 36 ítems.

Posteriormente, el cuestionario fue enviado al juicio de tres expertos, los cuales validaron cada ítem bajo tres aspectos (pertinencia, claridad y relevancia), dando lugar al cuestionario final. Los cambios sugeridos fueron la eliminación de algunos apartados parecidos entre ambas escalas, donde se escogieron finalmente los ítems 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 17, 18, 19, 20 y 25 de la primera escala (ARC-INICO) y 9, 18, 25, 29, 33 y 39 de la segunda (*PLANEA Independent Life Skills Scale*). Además, se realizaron modificaciones de algunos ítems para un mayor acercamiento al contexto de los y las participantes (utilización de canarismos como “guagua”, cambiar “centro educativo” por “centro ocupacional”, etc.), se agregó un lenguaje desde la perspectiva de género y se añadió otro ítem sobre las habilidades sociales.

Una vez finalizada las correcciones, la categoría de autonomía y vida independiente se ha medido con una escala Likert de 22 ítems, referidas a las variables de autonomía y vida independiente, donde las personas con diversidad funcional

intelectual han puntuado cada ítem en un intervalo de 1 a 5 (1 “nunca lo hago”, 2 “casi nunca lo hago”, 3 “a veces lo hago”, 4 “casi siempre lo hago” y 5 “siempre lo hago”).

Por otro lado, la segunda y la tercera categoría, dirigida a medir la propia percepción de mejora y la satisfacción con el centro y sus profesionales, se midieron con una escala Likert, en la cual, los ítems presentan un intervalo de 1 a 5 (1 “Totalmente en desacuerdo”, 2 “En desacuerdo”, 3 “Indeciso/a”, 4 “De acuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”). Para estas categorías no se encontró ningún instrumento que se adaptara a las características de la muestra y los objetivos, por lo que se tuvo que realizar uno de elaboración propia. Las categorías establecidas están compuestas por un total de 6 ítems (3 de percepción de mejora y 3 de satisfacción con el centro), los cuales no fueron objeto de cambio por parte de los expertos.

Por último, la cuarta categoría va dirigida a conocer las principales barreras que impiden una vida independiente. Para la definición de la misma y la elaboración de los ítems, se ha tenido en cuenta la investigación de Pallisera et al. (2018), donde se comenta en detalle los principales obstáculos a los que se enfrentan las personas con diversidad funcional para su emancipación. Esta categoría se ha medido a través de una escala Thurstone, donde la muestra ha debido señalar las afirmaciones con las que más se sienta identificado/a. Esta categoría está compuesta por 5 ítems y, al igual que la anterior, tampoco fue objeto de cambio por los expertos.

Cabe destacar que, una vez finalizada la corrección de los expertos, el cuestionario final (Anexo II), fue sometido a una prueba piloto realizada a un total de 5 personas con diversidad funcional intelectual; y el tiempo de aplicación rondó sobre los 10 minutos. Para esta prueba, al realizarse con personas allegadas, no se utilizó un consentimiento escrito, sino apalabrado. Para comprobar la confiabilidad del cuestionario final, se le aplicó el método de Omega de McDonald’s, debido a que cuenta exclusivamente con variables ordinales. En primer lugar, se empleó esta prueba en cada una de las categorías, ofreciéndonos unas puntuaciones de  $\alpha=0.973$  en la de autonomía y vida independiente,  $\alpha=0.928$  en propia percepción de mejoría y  $\alpha=0.715$  en la de satisfacción personal. Según Frías-Navarro (2022), todas estas puntuaciones, indican una fiabilidad excelente debido a que se encuentran  $>0.90$ , a excepción de propia percepción de mejoría, que resulta aceptable por situarse en  $>0.70$ . Por otro lado, el cuestionario íntegro también se sometió a esta prueba, ofreciendo una fiabilidad de  $\alpha=0.968$  y siendo un resultado excelente (Frías-Navarro, 2022).

El cuestionario dirigido a los familiares (Anexo III), se divide en 3 categorías. Para la elaboración de este, no se encontró ningún instrumento que se adaptara a las características de la muestra y los objetivos, por lo que se tuvo que realizar uno de elaboración propia, fundamentado mediante una búsqueda exhaustiva de artículos y/o documentos de investigación sobre la temática a tratar.

En la siguiente tabla podremos observar las diferentes categorías seleccionadas con sus respectivas dimensiones, ítems y códigos:

Tabla 2

*Categorías, dimensiones, ítems y códigos*

<b>Categorías</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Ítems</b>	<b>Cod.</b>
Percepción de mejoría acerca de sus familiares	Mayor autonomía	Mi familiar desde que se encuentra en el centro es más autónomo/a (realiza acciones que antes no realizaba o necesitaba ayuda)	Perp_Fam1
	Mayor participación en la sociedad	Mi familiar desde que se encuentra en el centro participa más en la sociedad (acude a eventos, al cine, a gestiones administrativas, etc.)	Perp_Fam2
	Más independiente	Mi familiar desde que se encuentra en el centro está mejor preparado/a para vivir solo/a	Perp_Fam3
	Mayor autonomía	Mi familiar desde que se encuentra en el centro ha desarrollado nuevas habilidades y conocimientos útiles para la vida cotidiana	Perp_Fam4
	Mejor toma de decisiones	Mi familiar desde que se encuentra en el centro toma mejores decisiones	Perp_Fam5
Satisfacción personal	Satisfacción con el centro y con sus profesionales	Mi visión hacia el centro y sus profesionales es positiva	Satis_Fam1
	Comunicación	Hay buena comunicación entre el centro y usted como familiar	Satis_Fam2
	Satisfacción con los/as profesionales	Estoy satisfecho/a con el trabajo realizado por los y las profesionales del centro	Satis_Fam3
	Satisfacción con el centro	Recomendaría este centro a otras familias	Satis_Fam4

Principales barreras	No preparado/a	Mi familiar no está preparado/a para vivir solo/a	Barr_Fam1
	Familia	No quiero que mi familiar viva solo/a	Barr_Fam2
	Economía	El alquiler de las viviendas es muy elevado	Barr_Fam3
	Pisos tutelados	No me gustaría que mi familiar viva en un piso tutelado	Barr_Fam4
	Centro y profesionales	En el centro no lo/la han preparado lo suficiente para vivir solo/a	Barr_Fam5

*Nota.* Elaboración propia

El cuestionario se divide en dos partes. En primer lugar, se miden las dos primeras categorías mediante una escala Likert, compuesta por 9 ítems, donde los participantes han debido puntuar cada ítem en un intervalo de 1 a 5 (1 “Totalmente en desacuerdo”, 2 “En desacuerdo”, 3 “Indeciso/a”, 4 “De acuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”). Esta categoría pretende medir la percepción que tienen los familiares acerca de la evolución de su familiar y la satisfacción con el centro y sus profesionales. Esta escala se sometió al juicio de 3 expertos que decidieron no cambiar y/o modificar ningún aspecto.

Por otro lado, la segunda categoría trata de conocer las principales barreras que impiden una vida independiente por parte de sus familiares, la cual, fue elaborada a partir del estudio de Pallisera et al. (2018). Esta categoría se mide a través de una escala Thurstone, donde la muestra han debido señalar las afirmaciones con las que más se sienta identificado/a. Esta parte está compuesta por 5 ítems y, al igual que la anterior, tampoco fue objeto de cambio por parte de los 3 expertos.

Cabe mencionar que una vez finalizada la corrección de los expertos, este cuestionario fue sometido a una prueba piloto realizada a un total de 5 familiares, donde el tiempo estimado rondó sobre los 4 minutos. Para esta prueba, al realizarse con personas allegadas, no se utilizó un consentimiento escrito, sino apalabrado. Para comprobar la confiabilidad del cuestionario final, se le aplicó el método de Omega de McDonald’s, debido a que cuenta exclusivamente con variables ordinales. En primer lugar, se realizó esta prueba en cada una de las categorías, ofreciéndonos unas puntuaciones de  $\alpha=0.715$  en percepción de mejoría acerca de sus familiares y  $\alpha=0.818$

en satisfacción personal. Según Frías-Navarro (2022), estas puntuaciones señalan una fiabilidad aceptable ( $>0.70$ ) y buena ( $>0.80$ ). Por otro lado, el cuestionario íntegro también se sometió a esta prueba, proporcionando una fiabilidad de  $\alpha=0.796$  y siendo un resultado aceptable (Frías-Navarro, 2022).

Por último, para conocer en profundidad los aspectos tratados anteriormente, se realizó una entrevista semiestructurada a 4 terapeutas ocupacionales (Anexo IV). La entrevista es un instrumento de recogida de información que se basa en obtener información oral y personalizada sobre acontecimientos, experiencias, opiniones, etc. (Folgueira, 2016). Las entrevistas, al igual que los cuestionarios, fueron sometidos al juicio de tres expertos, los cuales, no sugirieron ningún cambio y/o modificación.

La entrevista se divide en cinco tópicos para abordar el objeto de estudio, que son los que se indican a continuación (Tabla 3):

Tabla 3

*Entrevista a los/as terapeutas ocupacionales*

<b>Tópico</b>	<b>Preguntas clave</b>	<b>Cod.</b>
Punto de partida	Se le ha pasado un cuestionario a personas con diversidad funcional intelectual y sus familiares. En relación a los resultados obtenidos y la finalidad de esta investigación, surgen las siguientes preguntas:	
Servicios y funciones	¿Qué servicios ofrece el centro donde trabajas?	Serv
	¿Qué función desempeñas en el centro donde trabajas?	Fun
Percepción de mejoría en las personas con DI	¿Qué actividades se realizan en el centro para promover la autonomía de los usuarios?	Act_Aut
	¿Crees que esas actividades han mejorado la autonomía de los integrantes del centro?	Mejor_Aut
	¿Cómo evalúas la efectividad de los diferentes talleres, programas, actividades...?	Efect
El clima del centro	¿Cómo es la comunicación entre los profesionales del centro?. ¿Y con las familias?	Comu
Principales barreras a las que se enfrentan para una vida independiente	¿Cuáles crees que son las principales barreras con las que se encuentran los usuarios para su vida independiente?	Barre

---

Familia	¿Has observado alguna relación entre la Impl_Fam participación de las familias en el centro y el grado de autonomía de su familiar?
---------	---

---

Nota. Elaboración propia

### 3.3.3 Procedimiento

Una vez finalizada la elaboración y validación de los instrumentos a emplear en la investigación, se procedió a la recogida de información, la cual, se llevó a cabo en el mes de abril de 2023. Los cuestionarios dirigidos a las personas con diversidad funcional intelectual se realizaron de forma impresa y presencial, debido a que, de esta manera, se alcanza un mayor nivel de calidad en los datos recogidos por la minimización de la pérdida de información (o no recogida), ya que se pueden resolver dudas de manera instantánea y por una mayor implicación de los y las participantes (Díaz, 2017). De esta manera además, se ha podido apoyar y ayudar a quienes presentaban algunas dificultades y limitaciones en la lectoescritura.

En cuanto a los cuestionarios a los familiares de las personas con diversidad funcional intelectual, se ejecutaron de dos formas. La primera se llevó a cabo mediante la herramienta online de Google Formularios para una mayor difusión del cuestionario (Leyva et al., 2018), la cual proporciona versatilidad, inmediatez y ahorro de tiempo. Para su difusión, se optó por el envío de este a través de la herramienta Gmail (correo electrónico de Google) y WhatsApp, con la ayuda de los y las profesionales de cada centro ocupacional. Además, se dejó un tiempo de margen para la recogida de los datos necesarios para el buen desarrollo de la investigación. Por otra parte, también se realizó de manera presencial, ya sea en los horarios de entrada o salida de los centros ocupacionales, en talleres o programas para las familias o cuando algún familiar acudía al mismo por algún motivo.

Por último, las entrevistas semiestructuradas dirigidas a los y las terapeutas ocupacionales, se llevaron a cabo de manera presencial. Para la realización de las mismas, se propició un clima de *rapport* para favorecer un trato más cercano y familiar y una mayor comodidad por parte del/la entrevistado/a para indagar de manera más exhaustiva y profunda sobre el objeto de estudio (Vargas, 2012).

### **3.3.4 Ética de la investigación**

En la aplicación de los instrumentos de recogida de datos, se llevaron a cabo unos principios básicos de ética que deberían de garantizar todas las investigaciones. Entre ellas, podemos observar (Delclós, 2018):

- La confidencialidad, ya que los datos recogidos de los y las participantes serán confidenciales. Además, en la base de datos, la información estará recogida con códigos, evitando la identificación de los/as mismos/as.
- La información recolectada se ha utilizado para fines didácticos y con un previo aviso y autorización de los y las participantes.
- Se ha evitado la intrusión en la vida privada de los/as usuarios/as, dado que solo nos hemos centrado en los propósitos de la investigación.
- Se ha respetado en todo momento a los y las participantes, buscando una protección de los derechos y bienestar.
- Se les ha dotado de información para que los y las participantes supiesen los objetivos y la finalidad de todo el proceso de investigación.

## **4. Resultados**

En la primera parte de los resultados se ha plasmado la información recabada de los cuestionarios dirigidos a las personas que sufren diversidad funcional intelectual. Para medir la primera categoría se ha realizado una comparación entre los años que han permanecido las personas objeto de estudio en el centro ocupacional (3 grupos) con las habilidades básicas de autonomía y vida independiente mediante la prueba de Kruskal-Wallis. Al mismo tiempo se efectuó la prueba Kolmogorov-Smirnov para una muestra, proporcionándonos una significación de 0.000 en cada ítem y, por ende, requiriendo una prueba no paramétrica. Posteriormente, se realizó la prueba de la mediana para profundizar en mayor medida en los aspectos anteriormente mencionados. Para finalizar, la segunda, tercera y cuarta categoría se han analizado de manera descriptiva. En la segunda parte, se ha procedido a describir los datos recopilados de los cuestionarios dirigidos a los familiares de las personas que padecen diversidad funcional intelectual. Y por último, se ha mostrado los resultados obtenidos de las entrevistas semiestructuradas hacia los y las terapeutas ocupacionales, realizando un análisis de contenido de carácter descriptivo mediante el ATLAS.ti, donde se organizó, analizó e interpretó la información recabada.



#### 4.1 Personas con diversidad funcional

En relación a los resultados obtenidos a través de los cuestionarios dirigidos a las personas con diversidad funcional intelectual se destacan los siguientes:

En primer lugar, con respecto a la promoción de autonomía y vida independiente, en la Tabla 4 se puede observar cómo las personas con diversidad funcional intelectual que han permanecido más de 6 años en los centros ocupacionales, por lo general, realizan en mayor medida las actividades cotidianas, hecho que demuestra un cierto grado de autonomía y capacidad de llevar a cabo una vida independiente, debido a que cuentan con un mayor porcentaje en relación al rango promedio. Por otra parte, podemos visualizar que las personas con diversidad funcional que han permanecido entre 2 y 5 años en los centros ocupacionales, a su vez, se encuentran más preparadas para llevar a cabo las actividades básicas de autonomía y vida independiente en comparación con las que no han perdurado más de dos años. Esto se ve reflejado en el rango promedio, lo cual nos indica que cuanto mayor sea el rango promedio, más personas de dicho grupo realizan las actividades básicas diarias.

Además, se puede contemplar que existen diferencias significativas en todas las habilidades básicas de autonomía y vida independiente en relación a los años de permanencia en el centro, debido a que el nivel de significación en todos los apartados es menor a 0.05, aportándonos un valor de 0.00 en cada una. Por otro lado, donde más diferencias encontramos es en el ítem de “*Si me duele algo o me hago una herida, sé lo que tengo que hacer para resolverlo (pedir cita en el médico, qué medicamentos tomar, etc.)*”, ya que nos ofrece el mayor valor absoluto en la prueba de Kruskal-Wallis con un 54.153. Esto es debido a que, cuanto más alejado se encuentre el valor absoluto del 0, más diferencias se encuentran. Por otro lado, donde menos diferencias se hallan es en el ítem de “*Llamar por teléfono o enviar un WhatsApp a mis amigos/as y familiares*”, debido a que nos ofrece el menor valor en la prueba de Kruskal-Wallis con un 12.704, que al contrario del valor anterior, este es el que más se acerca al 0.

Tabla 4

*Prueba de Kruskal-Wallis y su significación*

Ítem	Años en el centro	n	Rango promedio	H	p
	Menos de 2 años	22	14.16		
Au_Vi1	Entre 2 y 5 años	38	43.93	47.718	.000

*Los centros ocupacionales en la promoción de la autonomía y vida independiente de las personas con  
diversidad funcional intelectual  
Borja Armas Urbano*

	Más de 6 años	17	60.12		
	Menos de 2 años	22	13.95		
Au_Vi2	Entre 2 y 5 años	38	43.59	49.676	.000
	Más de 6 años	17	61.15		
	Menos de 2 años	22	14.25		
Au_Vi3	Entre 2 y 5 años	38	43.55	48.152	.000
	Más de 6 años	17	60.85		
	Menos de 2 años	22	12.98		
Au_Vi4	Entre 2 y 5 años	38	44.08	54.153	.000
	Más de 6 años	17	61.32		
	Menos de 2 años	22	16.93		
Au_Vi5	Entre 2 y 5 años	38	40.41	46.145	.000
	Más de 6 años	17	64.41		
	Menos de 2 años	22	22.89		
Au_Vi6	Entre 2 y 5 años	38	42.74	26.588	.000
	Más de 6 años	17	51.50		
	Menos de 2 años	22	23.70		
Au_Vi7	Entre 2 y 5 años	38	42.71	24.813	.000
	Más de 6 años	17	50.50		
	Menos de 2 años	22	18.73		
Au_Vi8	Entre 2 y 5 años	38	45.14	38.552	.000
	Más de 6 años	17	51.50		
	Menos de 2 años	22	20.48		
Au_Vi9	Entre 2 y 5 años	38	44.13	32.991	.000
	Más de 6 años	17	51.50		
	Menos de 2 años	22	24.80		
Au_Vi10	Entre 2 y 5 años	38	41.63	22.093	.000
	Más de 6 años	17	51.50		
	Menos de 2 años	22	23.23		
Au_Vi11	Entre 2 y 5 años	38	42.32	25.320	.000

*Los centros ocupacionales en la promoción de la autonomía y vida independiente de las personas con  
diversidad funcional intelectual  
Borja Armas Urbano*

	Más de 6 años	17	52.00		
	Menos de 2 años	22	22.23		
Au_Vi12	Entre 2 y 5 años	38	40.66	29.165	.000
	Más de 6 años	17	57.00		
	Menos de 2 años	22	29.52		
Au_Vi13	Entre 2 y 5 años	38	40.68	12.704	.002
	Más de 6 años	17	47.50		
	Menos de 2 años	22	20.68		
Au_Vi14	Entre 2 y 5 años	38	41.11	33.032	.000
	Más de 6 años	17	58.00		
	Menos de 2 años	22	21.91		
Au_Vi15	Entre 2 y 5 años	38	40.62	29.650	.000
	Más de 6 años	17	57.50		
	Menos de 2 años	22	15.80		
Au_Vi16	Entre 2 y 5 años	38	43.14	41.805	.000
	Más de 6 años	17	59.76		
	Menos de 2 años	22	19.93		
Au_Vi17	Entre 2 y 5 años	38	39.24	38.773	.000
	Más de 6 años	17	63.15		
	Menos de 2 años	22	19.02		
Au_Vi18	Entre 2 y 5 años	38	41.05	37.845	.000
	Más de 6 años	17	60.26		
	Menos de 2 años	22	23.91		
Au_Vi19	Entre 2 y 5 años	38	39.12	25.618	.000
	Más de 6 años	17	58.26		
	Menos de 2 años	22	19.23		
Au_Vi20	Entre 2 y 5 años	38	40.86	34.881	.000
	Más de 6 años	17	60.44		
	Menos de 2 años	22	18.82		
Au_Vi21	Entre 2 y 5 años	38	41.34	36.251	.000

	Más de 6 años	17	59.88		
	Menos de 2 años	22	26.16		
Au_Vi22	Entre 2 y 5 años	38	38.80	18.776	.000
	Más de 6 años	17	56.06		

*Nota.* Elaboración propia

Por otro lado, en la Tabla 5 se puede ver como, por lo general, las personas con diversidad funcional intelectual que han permanecido más de 6 años en los centros ocupacionales, tienen más representantes por encima de la mediana con respecto a las habilidades básicas de autonomía y vida independiente y, además, una menor cantidad de sujetos igual o por debajo de la mediana que el resto de grupos analizados en relación a los años en el centro. También encontramos algunos casos en los que, los sujetos que se encuentran entre 2 y 5 años presentan un mayor número de individuos por encima de la mediana, como en los ítems de “Llamar a la policía, ambulancia o bomberos en caso de emergencia”, “Informarme acerca de un empleo cuando me interesa” y “Buscar piso o casa para vivir”. Además, suelen presentar un mayor número de sujetos por debajo de la mediana en comparación a las personas que llevan más de 6 años en los centros ocupacionales.

Asimismo, las personas que llevan menos de 2 años en los centros, por lo general, no presentan representantes por encima de la mediana. Los únicos casos en los que sí se encuentran por encima de la mediana son los ítems “Informarme acerca de un empleo cuando me interesa”, “Decidir cómo gastar mi dinero”, “Intentar ahorrar”, “Buscar piso o casa para vivir”, “Establecer una conversación con personas que no conozco”. Las personas con diversidad funcional que han permanecido menos de dos años en los centros ocupacionales presentan una ausencia o escasos números de representantes por encima de la mediana.

Por último, podemos distinguir cómo en algunos casos ningún grupo en relación a los años que han permanecido en el centro se encuentra por encima de la mediana, como se puede observar en los ítems de “Cuidar mi imagen”, “Cuidar mi higiene personal”, etc. Esto es debido a que la mediana se encuentra en el valor más alto en la escala *Likert*, donde se refleja con mayor claridad en el Anexo V.

Tabla 5

*Mediana en relación a los años en los centros*

<b>Ítem</b>	<b>Años en el centro</b>	<b>n</b>	<b>&gt; Mediana</b>	<b>&lt; / = Mediana</b>
Au_Vi1	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	6	32
	Más de 6 años	17	9	8
Au_Vi2	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	5	33
	Más de 6 años	17	10	7
Au_Vi3	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	9	29
	Más de 6 años	17	14	3
Au_Vi4	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	11	27
	Más de 6 años	17	15	2
Au_Vi5	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	17	21
	Más de 6 años	17	16	1
Au_Vi6	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	0	38
	Más de 6 años	17	0	17
Au_Vi7	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	0	38
	Más de 6 años	17	0	17
Au_Vi8	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	0	38
	Más de 6 años	17	0	17
Au_Vi9	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	0	38
	Más de 6 años	17	0	17

*Los centros ocupacionales en la promoción de la autonomía y vida independiente de las personas con diversidad funcional intelectual*  
*Borja Armas Urbano*

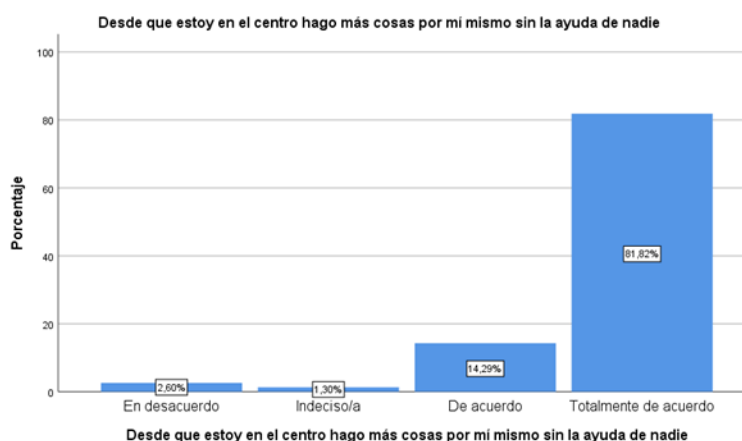
Au_Vi10	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	0	38
	Más de 6 años	17	0	17
Au_Vi11	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	0	38
	Más de 6 años	17	0	17
Au_Vi12	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	0	38
	Más de 6 años	17	0	17
Au_Vi13	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	0	38
	Más de 6 años	17	0	17
Au_Vi14	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	0	38
	Más de 6 años	17	0	17
Au_Vi15	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	0	38
	Más de 6 años	17	0	17
Au_Vi16	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	13	25
	Más de 6 años	17	13	4
Au_Vi17	Menos de 2 años	22	3	19
	Entre 2 y 5 años	38	18	20
	Más de 6 años	17	17	0
Au_Vi18	Menos de 2 años	22	1	21
	Entre 2 y 5 años	38	14	24
	Más de 6 años	17	16	1
Au_Vi19	Menos de 2 años	22	2	20
	Entre 2 y 5 años	38	13	25
	Más de 6 años	17	15	2

Au_Vi20	Menos de 2 años	22	0	22
	Entre 2 y 5 años	38	15	23
	Más de 6 años	17	15	2
Au_Vi21	Menos de 2 años	22	1	21
	Entre 2 y 5 años	38	17	21
	Más de 6 años	17	15	2
Au_Vi22	Menos de 2 años	22	2	20
	Entre 2 y 5 años	38	11	27
	Más de 6 años	17	13	4

*Nota.* Elaboración propia

Por otro lado, con respecto a la propia percepción de mejoría que poseen los/as usuarios/as con diversidad funcional intelectual, se puede observar en la Figura 1, como el 81.82% (n=63) afirman con total seguridad el hecho de realizar más acciones y/o actividades de la vida cotidiana sin la ayuda de nadie desde que se encuentran en los centros ocupacionales. Por otro lado, el 14.3% (n=11) está de acuerdo, seguido del 2.6% (n=2) que está en desacuerdo, mientras que el 1.3% (n=1) se encuentra indeciso/a.

Figura 1. *Desde que estoy en el centro hago más cosas por mí mismo sin la ayuda de nadie*



*Nota.* Elaboración propia

En cuanto a la preparación para la vida independiente, en la Figura 2 se contempla como el 75.3% (n=58) de las personas con diversidad funcional intelectual,

se sienten preparados/as para vivir solos/as desde que se encuentran en el centro. El 15.6% (n=12) está de acuerdo con esta afirmación, seguido del 5.2% (n=4) que se encuentra indeciso/a, mientras que el 2.6% (n=2) está totalmente en desacuerdo y el 1.3% (n=1) en desacuerdo.

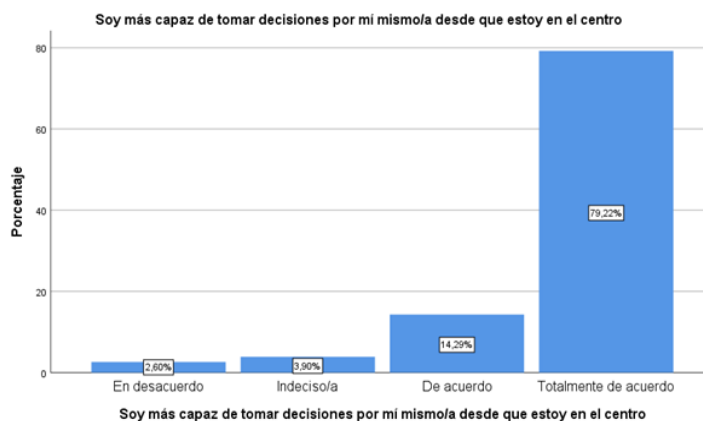
Figura 2. Desde que estoy en el centro me siento más preparado para vivir solo/a



Nota. Elaboración propia

Además, en la Figura 3, se muestra un aspecto fundamental en la adquisición de autonomía, como son la toma de decisiones. En la siguiente figura, se puede percibir como el 79.2% (n=61) de los individuos que padecen diversidad funcional intelectual son más capaces de tomar decisiones por sí mismos/as desde que están en el centro. Por otro lado, el 14.3% (n=11) está de acuerdo, seguido del 3.9% (n=3) que se encuentra indeciso/a, mientras que el 2.6% (n=2) está totalmente en desacuerdo con esta afirmación.

Figura 3. Soy más capaz de tomar decisiones por mí mismo/a desde que estoy en el centro

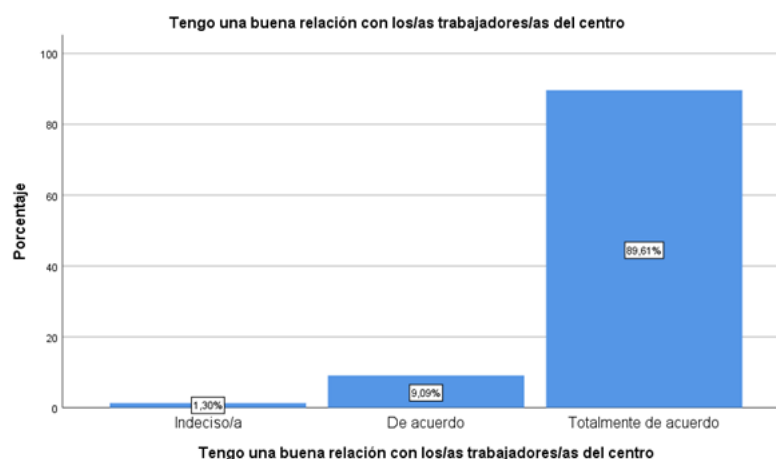


Nota. Elaboración propia



En cuanto a la satisfacción personal, se puede comprobar como el 89.6% (n=69) de las personas con diversidad funcional intelectual tienen una buena relación con los/as trabajadores/as del centro, lo que conlleva una satisfacción con el trabajo realizado en los mismos. Por otro lado, el 9.1% (n=7) están de acuerdo y el 1.3% (n=1) se encuentra indeciso/a con esta afirmación (ver Figura 4).

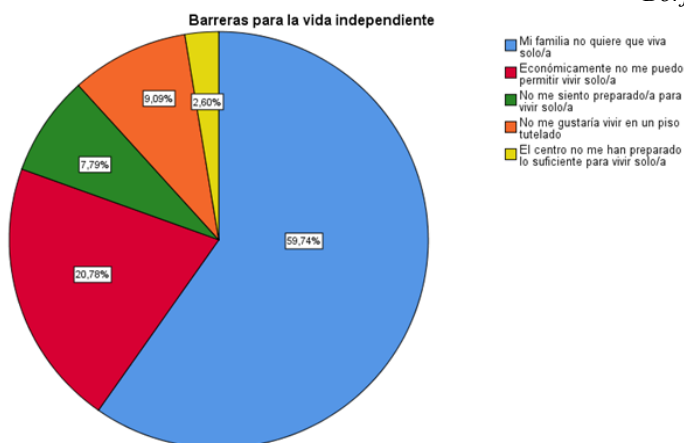
Figura 4. *Tengo una buena relación con los/as trabajadores/as del centro*



*Nota.* Elaboración propia

Por último, en relación a las barreras a las que se enfrentan las personas con diversidad funcional intelectual, en la Figura 5 se puede ver como el principal obstáculo al que se enfrentan son sus familiares, dado a que el 59.7% (n=46) de los/as usuarios/as hacen referencia a que sus familias no quieren que vivan solos/as. La segunda barrera más frecuente es el nivel adquisitivo, ya que el 20.8% (n=16) económicamente no se pueden permitir vivir solos/as. Por otro lado, la tercera barrera es el rechazo a los pisos tutelados con un 9.1% (n=7), seguido de que no se sienten preparados/as para vivir solos/as con un 7.8% (n=6). Por último, la barrera menos frecuente es que el centro no los/as ha preparado lo suficiente con un 2.6% (n=2).

Figura 5. *Barreras para la vida independiente*



Nota. Elaboración propia

#### 4.2 Familiares de las personas con diversidad funcional intelectual

Con respecto a los datos recabados por parte de los familiares, se puede destacar lo siguiente:

En relación a la percepción de mejora que tienen las familias hacia sus familiares, en la Figura 6 se puede distinguir como el 93.8% (n=45) afirman, con total seguridad, que su familiar es más autónomo desde que se encuentra en el centro ocupacional, realizando acciones que antes no hacía o requería ayuda, frente al 2.1% (n=1) que está de acuerdo, seguido del 2.1% (n=1) que se encuentra indeciso/a y, por último, el 2.1% (n=1) que está en desacuerdo.

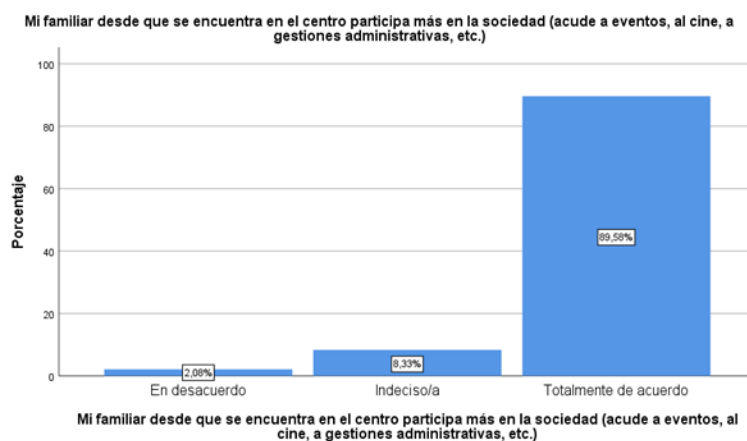
Figura 6. Mi familiar desde que se encuentra en el centro es más autónomo



Nota. Elaboración propia

Además, en la Figura 7, se puede percibir como el 89.6% (n=43) de los familiares, se encuentran totalmente de acuerdo en relación a que su familiar participa más en la sociedad desde que se halla en el centro, aspecto fundamental para una vida independiente. El 8.3% (n=4), se encuentran indecisos/as, seguido del 2.1% (n=1) que no está de acuerdo con esta afirmación.

Figura 7. *Mi familiar desde que se encuentra en el centro participa más en la sociedad*



Nota. Elaboración propia

En cuanto a la preparación para una vida independiente, se puede observar (Figura 8) como el 39.6% (n=19) de los familiares señalan que su familiar se encuentra más preparado/a para vivir solo/a desde que se halla en el centro; el 25% (n=12) se encuentran indecisos/as, seguido del 16.7% (n=8) que están en desacuerdo. Además, el 10.4% (n=5) está de acuerdo y el 8.3% (n=4) está totalmente en desacuerdo.

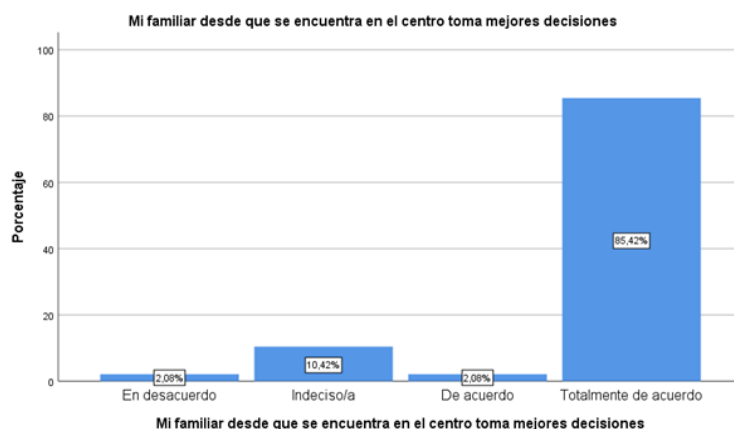
Figura 8. *Mi familiar desde que se encuentra en el centro está mejor preparado/a para vivir solo/a*



Nota. Elaboración propia

Por otro lado, se muestra como el 85.4% (n=41) de las familias, indican que su familiar toma mejores decisiones desde que está en el centro, mientras que el 10.4% (n=5) se encuentran indecisos/as, seguido del 2.1% (n=1) que está de acuerdo y el otro 2.1% (n=1) que está en desacuerdo, tal y como se puede ver en la Figura 9.

Figura 9. *Mi familiar desde que se encuentra en el centro toma mejores decisiones*



Nota. Elaboración propia

En cuanto a la satisfacción personal, en la Figura 10 se puede percibir como la mayoría de los familiares con un 97.9% (n=47), tienen una visión positiva hacia el centro y sus profesionales, lo que indica que se encuentran satisfechos/as con el trabajo realizado en los mismos, frente el 2.1% (n=1) que no comparte esta visión.

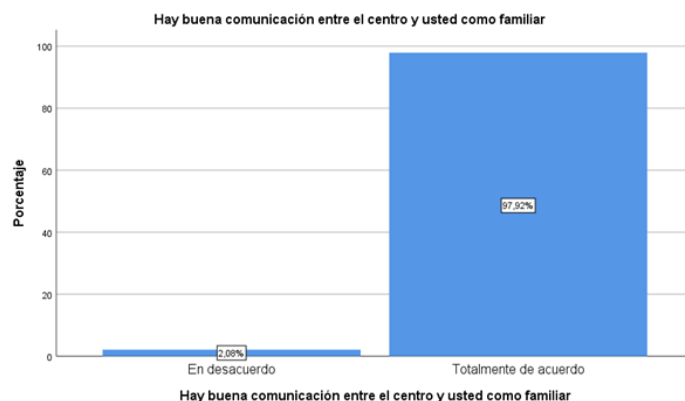
Figura 10. *Mi visión hacia el centro y sus profesionales es positiva*



Nota. Elaboración propia

Además, en la Figura 11 se muestra como la mayoría de los familiares con un 97.9% (n=47), mantienen una buena comunicación con el centro, aunque, por el contrario, el 2.1% (n=1), menciona que está en desacuerdo con dicha afirmación.

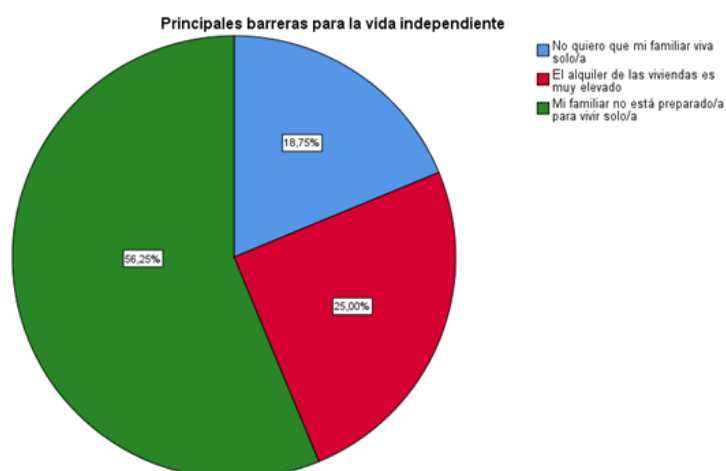
Figura 11. *Hay buena comunicación entre el centro y usted como familiar*



Nota. Elaboración propia

Por último, con respecto a las barreras que dificultan la vida independiente, las familias mencionan que la causa principal es que su familiar no se encuentra preparado/a para vivir solo/a con un 56.3% (n=27). La segunda barrera que exhiben es el elevado precio de los alquileres de las viviendas con un 25% (n=12). Y por último, la barrera menos mencionada es que no quieren que su familiar viva solo/a con un 18.8% (n=9), tal y como se puede observar en la Figura 12.

Figura 12. *Barreras para la vida independiente por parte de las familias*



Nota. Elaboración propia

### **4.3 Terapeutas ocupacionales**

En primer lugar, cabe destacar que para el análisis de las entrevistas, además del informe de las citas agrupadas por códigos, se ha diseñado una matriz (Anexo VI) como apoyo, la cual nos ha permitido, de manera resumida, organizar, estructurar y analizar la información recabada.

Como resultados del análisis de las entrevistas realizadas a los 4 profesionales de los centros contexto de estudio, se ha observado que todos/as consideran que la promoción de autonomía y vida independiente resulta fundamental para una vida digna. También destacan la gran evolución que han observado en sus usuarios/as, siendo estos/as más autónomos e independientes desde que se encuentran en los centros y, esto es debido al gran trabajo que realizan en los mismos. Además, mencionaron la gran importancia que presentan las familias en todo este proceso, ya sea para potenciar esta capacidad y facilitar el proceso de emancipación o, por el contrario, causar retrocesos en todo este proceso. En particular se destaca que:

Con respecto a los servicios que ofrecen los centros ocupacionales, los/as terapeutas realizaron un especial hincapié en que la promoción de la autonomía en sus usuarios es uno de los principales retos/objetivos de los centros en los que se hallan:

*[...] realizamos valoraciones bien en el centro o incluso a domicilio, observando el contexto y el entorno, la autonomía que tienen y la independencia sobre todo en las distintas actividades de la vida diaria para alcanzar la mayor autonomía e independencia en sus hogares (Terapeuta 2); [...] Los servicios de este centro se basan en cubrir necesidades detectadas y ayudar a los pacientes en la medida de lo posible a que sean más autónomos (Terapeuta 3).*

En relación a las funciones, todos/as los/as terapeutas ocupacionales, exhibieron que sus funciones en el centro se basan principalmente en que sus usuarios/as sean lo más independientes posible, es decir, que puedan valerse por sí mismos/as:

*Mis funciones en el centro son, básicamente, pues ofrecer estrategias para que los usuarios puedan enfrentarse a sus dificultades y adquieran las capacidades necesarias que les permitan actuar en su día a día... (Terapeuta 1).*

Analizando las respuestas obtenidas, todos/as los/as terapeutas consideran primordial promover la autonomía y vida independiente de sus usuarios/as que les proporcione una mayor calidad de vida. Entre las diferentes actividades que llevan a cabo destacan:

- Actividades de manejo del dinero.
- Actividades para mejorar la motricidad fina y gruesa.
- Talleres para mejorar la postura corporal, el equilibrio, la bilateralidad...
- Actividades destinadas a los desplazamientos (entender el plano del tranvía...).
- Ejercicios de regulación.
- Juegos lúdicos.
- Actividades de la vida diaria (aseo personal, vestimenta...).

La totalidad de los/as entrevistados/as considera que estas intervenciones han ayudado a incrementar el grado de autonomía de sus usuarios/as, aludiendo que las personas con diversidad funcional intelectual con las que trabajan, desde que se encuentran en los centros, son más autónomos/as e independientes:

*Si, sin duda, aunque muchas veces los cambios no son significativos en unas semanas o incluso meses, que es lo normal ¿no?, pero aun así, se observan avances (Terapeuta 1); Bastante, no hay más que mirar a la gente que acaba de ingresar en el centro con la que lleva ya un par de años, nada que ver. Si es verdad que varía también según el grado de discapacidad y demás, pero por lo general sí (Terapeuta 3).*

Sin embargo, un profesional señala que no siempre se experimentan avances en la mejoría de estas capacidades, sino que, por el contrario, también existen regresiones por diferentes motivos personales, familiares, etc:

*[...] También puede haber retrocesos, pero eso forma parte del proceso... (Terapeuta 4).*

Por otro lado, todos/as los/as entrevistados/as mencionan que la efectividad de sus intervenciones se miden a través de diferentes escalas y pruebas validadas, lo que indica que los resultados tan gratificantes que han obtenido en relación a la adquisición de autonomía e independencia de sus usuarios/as, se encuentran validados y ratificados.

En cuanto a las barreras a las que se enfrentan las personas con diversidad funcional intelectual, todos/as los/as profesionales señalan principalmente dos obstáculos, como son la sociedad en general y las familias:

*[...] personalmente considero que hoy en día las principales barreras que se encuentran las personas con discapacidad, es la sociedad en general. La sociedad en la que vivimos no está lo suficientemente avanzada como para mirar con buenos ojos la discapacidad [...] las familias tienden mucho a sobreproteger a sus familiares con discapacidad porque no los ven preparados para la vida cotidiana [...]* (Terapeuta 1).

Sin embargo, a pesar de que la mitad de los/as terapeutas señalen que un pequeño porcentaje de sus usuarios/as no se encuentran preparados/as para una vida independiente, todos/as mencionan que la gran mayoría sí lo están:

*[...] las familias tienden mucho a sobreproteger a sus familiares con discapacidad porque no los ven preparados para la vida cotidiana, pero desde aquí, podemos asegurar que muchos de ellos si están preparados para una vida independiente [...]* (Terapeuta 1).

Por otro lado, la comunicación entre profesionales y familias, según los resultados obtenidos de las entrevistas, es sumamente positiva:

*La comunicación tanto con mis compañeros y compañeras es muy buena, la verdad es que sí [...] Y con las familias pues más de lo mismo, nos comunicamos prácticamente de manera diaria y muy bien* (Terapeuta 3).

Sin embargo, el terapeuta 4 menciona que en ocasiones, la comunicación entre el centro y las familias resulta algo dificultosa. Este terapeuta, a pesar de dichas declaraciones, menciona que las familias suelen tener una visión positiva hacia el centro, fomentando así un clima favorable:

*[...] normalmente ellas tienen una visión bastante positiva hacia nosotros y continuamente nos están agradeciendo el trabajo que realizamos* (Terapeuta 4).

Por último, cabe destacar que, el personal entrevistado de los centros ocupacionales, señala que las familias tienen un impacto muy significativo en la



promoción de la autonomía y vida independiente de sus familiares, provocando avances o incluso retrocesos según el grado de implicación que tengan:

*Todas las familias se preocupan en cierto modo, pero sí que hay una gran diferencia en cuanto a los buenos avances cuando sus padres son muy insistentes y continúan con la rehabilitación de algún modo en sus casas y siguen las pautas que ofrecemos desde la clínica (Terapeuta 1).*

## **5. Discusión**

Los centros ocupacionales han sido el eje principal de esta investigación, debido a que pueden ser factores propiciadores para el desarrollo de la autonomía y vida independiente de las personas con diversidad funcional intelectual. Un bajo grado de autonomía e independencia, como se ha mencionado a lo largo de este estudio, puede influir negativamente en la participación de este colectivo en la sociedad, provocando cierta exclusión y actos discriminatorios y, además, incidir en las carencias relacionadas con la toma de decisiones, un aspecto fundamental para el día a día de las personas. Con respecto a los objetivos planteados en este estudio, se ha tratado de conocer la incidencia que poseen los centros ocupacionales, mediante la labor de sus profesionales en la adquisición de la autonomía de las personas con diversidad funcional, así como conocer la satisfacción de los/as usuarios/as del centro y sus familias con el trabajo realizado en los mismos; por último identificar cuáles son los aspectos que obstaculizan una vida independiente.

Los resultados obtenidos a partir de los instrumentos empleados para la recogida de información, aparte de ayudarnos a conocer el grado de autonomía y vida independiente de las personas que presentan diversidad funcional intelectual sujetos del presente estudio, también nos indican que los centros ocupacionales influyen significativamente en la promoción de estas capacidades. Se han observado diferencias significativas en relación a los años de permanencia en los centros ocupacionales, es decir, las personas con diversidad funcional intelectual que más tiempo han perdurado en los centros, suelen poseer un mayor grado de autonomía y vida independiente. Estos datos, en cierta parte, contrastan al estudio de García et al. (2013), los cuales indican que las personas que se encuentran en los centros, sí experimentan una ganancia de autonomía, pero no de manera significativa; por otra parte, corroboran los resultados de Barrios (2011), los cuales indican como los centros ayudan a los sujetos con diversidad funcional a desarrollar habilidades y capacidades de autocuidado, participación social,

etc. Esta afirmación confirma la hipótesis (h1) de que la labor de los/as terapeutas ocupacionales ayudan a la promoción de la autonomía y vida independiente de las personas con diversidad funcional intelectual.

Siguiendo esta tendencia, se ha observado que las personas con diversidad funcional que han participado en el presente estudio, han percibido un cambio en la mejoría de sus habilidades básicas de autonomía, gracias a las actividades realizadas en el centro, concibiéndose como personas más independientes. El personal de los centros le da mucha importancia a la promoción y desarrollo de esta capacidad, ya que además de diseñar actividades para tal fin, emplean todo tipo de pruebas y test que comprueban la efectividad de las mismas. Por ello, en gran parte, los beneficiosos resultados que han obtenido las personas con diversidad funcional, son debido a la labor diaria de los/as profesionales del centro. Concretamente, las personas con diversidad funcional sujeto del presente estudio, destacan que han comenzado a asumir responsabilidades y a tener las mismas oportunidades y posibilidades de elección en la vida cotidiana que sus familiares y amigos desde que se encuentran en el centro ocupacional, siendo aspectos fundamentales para una vida independiente, como destaca García (2003). Sin embargo, muchos de ellos/as no poseen el control absoluto de todos los aspectos de su vida, debido a que siguen presentando dificultades para elegir dónde y con quién vivir y continúan conviviendo en el hogar de su entorno familiar. Por otra parte, también destacan el incremento de una participación plena en la sociedad, lo que supone una mayor libertad individual y una igualdad de oportunidades, que según García (2003), son elementos cruciales para erradicar actos discriminatorios. Por último, señalan que han percibido una mejora considerable en relación a la toma de decisiones, siendo capaces de satisfacer sus necesidades básicas, lo que ocasiona que puedan valerse por sí mismos/as (Etxeberría, 2008). Asimismo, tanto sus familiares como los y las terapeutas que tratan con ellos y ellas, también han percibido una gran mejoría en estas capacidades durante su estancia en los centros, volviéndose personas menos dependientes (García, 2003). Estos aspectos también refuerzan la hipótesis (h2) de que los/as profesionales realizan una gratificante labor en relación a la adquisición de autonomía y vida independiente.

En cuanto a la satisfacción hacia la labor de los/as profesionales, los resultados obtenidos nos han facilitado el hecho de conocer la opinión de los/as familiares y las personas con diversidad funcional en el trabajo realizado, destacando que ambos mantienen una visión positiva hacia los mismos, ya que señalan la excelente relación

con los y las profesionales y la buena comunicación con la institución, predominando un clima bastante favorable. Los/as terapeutas entrevistados/as, han reforzado este aspecto, dado que, de manera unánime, todos/as coinciden con estas declaraciones comentando que una escasa o nula implicación familiar puede resultar el principal motivo por el que existan algunos retrocesos en el procedimiento. Estos datos verifican el estudio realizado por Pallisera et al. (2020), los cuales señalan que las personas con diversidad funcional intelectual y sus familias, por lo general, se encuentran satisfechas con el trabajo realizado por los/as profesionales del centro y achacan la buena relación y comunicación que existe entre ambas partes. Incluso el apoyo emocional que reciben las personas de este colectivo por parte de los/as profesionales, puede jugar un papel importante en el proceso de una vida independiente, dado a que son personas con las que pasan un gran periodo de tiempo diariamente (Pallisera et al., 2018). Asimismo, el buen clima de los centros ocupacionales, como mencionan los/as terapeutas, puede ser debido, en gran medida, por la coordinación y comunicación que existe entre profesionales, dado que un buen ambiente de trabajo puede favorecer todos los aspectos restantes. Estas aportaciones confirman la hipótesis (h3) que tanto las personas pertenecientes a este colectivo como sus familiares, tienen una visión positiva hacia el centro y sus profesionales.

Por último, cabe mencionar que las principales barreras para la vida independiente, según los/as usuarios/as con diversidad funcional intelectual, son sus familias. Según Pallisera et al. (2018), esto puede ser debido a la sobreprotección que ejercen estas en la toma de decisiones de sus familiares. Además, este resultado se confirma por lo señalado por los y las terapeutas ocupacionales que tratan con ellos/as, al mencionar que la actitud protectora de las familias es un aspecto muy determinante en la adquisición de autonomía por parte de los/as usuarios/as. El personal de los centros trabaja para erradicar el sobreproteccionismo, sin embargo, sigue siendo un factor clave en el proceso de emancipación hoy en día (Pallisera et al., 2018). Esto confirma la hipótesis (h4) de que la principal barrera a la que se enfrentan las personas que pertenecen a este colectivo es el sobreproteccionismo de las familias. Asimismo, un gran porcentaje de familiares no quieren que su familiar con diversidad funcional viva solo/a, lo que vuelve a reafirmar la hipótesis anterior.

Por otra parte, a pesar de que las familias señalan que su familiar se encuentra mejor preparado/a para vivir solo/a desde que se halla en el centro, achacan que todavía no lo está lo suficiente como para una vida independiente, haciendo referencia a la

escasa formación y preparación que poseen (Pallisera et al., 2018). Estas declaraciones resultan algo contradictorias, debido a que tanto las personas con diversidad funcional, como los/as terapeutas que tratan con ellos/as, mencionan que sí se encuentran preparados/as. Además, las familias culpan a la escasa formación que poseen sus familiares con diversidad funcional intelectual, lo que hace entender que desde el centro no se ha trabajado de manera idónea, cuando en la categoría de principales barreras, ninguno/a señaló que en el centro no lo/a han preparado/a lo suficiente.

El segundo obstáculo identificado para una vida independiente son los bajos ingresos económicos y los elevados costos de las viviendas; esto influiría en la dificultad de emanciparse, confirmando el estudio de Pallisera et al. (2018). Resulta interesante observar cómo este último aspecto, en el que concuerdan tanto las personas con diversidad funcional intelectual y sus familiares, no ha sido mencionado como barrera por parte de los/as terapeutas ocupacionales entrevistados/as, que en cambio, hacen un mayor énfasis en las barreras arquitectónicas que presentan los espacios urbanos y el rechazo generalizado hacia este colectivo por parte de la sociedad, tal como lo sostienen Garcés et al. (2020).

Por otra parte, la tercera barrera que dificulta el proceso para la vida independiente, son los pisos tutelados. Esto puede ser debido a la severidad de sus normativas, la escasa intimidad, la convivencia con la muchedumbre y la insuficiencia de atención individualizada, además de que muchos/as usuarios/as no pueden acceder por las restricciones tan severas que exigen. Estos datos ratifican la investigación de Pallisera et al. (2018), los cuales hacen hincapié en la problemática de estos hogares y las restricciones tan severas que poseen. Sin embargo, resulta interesante que la tercera barrera más mencionada por las personas que padecen diversidad funcional intelectual, no sea nombrada ni por sus familiares ni por los/as profesionales del centro ocupacional.

Y por último, cabe mencionar que las barreras menos señaladas son, en primer lugar, la escasa formación y preparación por parte de los y las profesionales del centro, reforzando el gratificante y beneficioso trabajo que estos y estas realizan, contradiciendo, en cierta medida, los resultados obtenidos por Pallisera et al. (2018), los cuales señalaban que la escasa formación por parte del personal de los centros es una de las principales causas que impiden la emancipación. A tal propósito, los/as terapeutas exponen que sus intervenciones se encuentran ratificadas mediante diferentes escalas y pruebas que achacan los beneficiosos resultados obtenidos en relación al desarrollo de la

autonomía y vida independiente, confirmando así lo indicado por Barrios (2011). Y en segundo lugar, la poca preparación que perciben las personas con diversidad funcional intelectual para vivir solos/as. Esto también reafirma la satisfacción con el trabajo realizado en los centros, ya que es mínimo el porcentaje que no se encuentra preparado/a para una vida independiente.

## **6. Conclusiones**

Tras la finalización del presente estudio, se ha podido corroborar la importancia que tienen los centros ocupacionales en el desarrollo de las habilidades básicas de autonomía y vida independiente de las personas que sufren diversidad funcional intelectual, debido a que contribuyen en la toma de decisiones, la participación plena en la sociedad, etc., lo que ocasiona una mayor calidad de vida. Esto es debido, en gran parte, al esfuerzo y dedicación de los/as profesionales que tratan con ellos/as en los centros donde se hallan. En muchas ocasiones, este tipo de centros pasan desapercibidos por la sociedad y no se les reconoce la importancia que tienen, ya que los resultados pueden que no se observen a simple vista. Sin embargo, se ha demostrado como un apoyo moral y psicosocial especializado, puede contribuir a la adquisición de autonomía y, con ello, combatir las desigualdades de oportunidades a las que se enfrentan este colectivo diariamente. Por otro lado, se ha observado que para que un centro ocupacional obtenga unos resultados gratificantes, no basta con centrarse únicamente en los aspectos técnicos, sino que, además, los/as profesionales deben ofrecer un clima de respeto y confianza, dado que ellos/as son de las personas con las este colectivo más tiempo pasa y qué más pueden incidir en sus vidas.

Por último, señalar que se debe luchar contra el sobreproteccionismo por parte de los familiares, debido a que este representa la principal barrera a la que se enfrentan las personas con diversidad funcional para su vida independiente. El factor familiar es clave, ya que es el elemento más importante en la vida de estas personas, lo que puede provocar un retroceso en la promoción de su autonomía y vida independiente y, con ello, contribuir con la exclusión social. Sin embargo, este elemento puede ser susceptible de mejora si se trabaja adecuadamente con las familias, ya sea mediante talleres, programas y/o actividades de concienciación que fomenten la libertad individual de sus familiares y los beneficios que esto conlleva. Además, cabe destacar que en la sociedad, a pesar de que en las últimas décadas se haya avanzado a pasos agigantados, todavía existen elementos que impiden y/o causan un retroceso en los

procesos de emancipación, como son los bajos ingresos económicos y los elevados costos de las viviendas. Estos representan importantes barreras para la erradicación de las desigualdades, ocasionando serios problemas para la emancipación de las personas con diversidad funcional intelectual.

## **7. Limitaciones**

En esta investigación se han encontrado diferentes limitaciones que han dificultado y retrasado su desarrollo. En primer lugar, cabe mencionar el escaso tiempo del que se dispone, debido a que se cuenta únicamente con cinco meses para su finalización, siendo un periodo bastante reducido para un trabajo de estas dimensiones. Esta limitación juega un papel importante, ya que la validación de los instrumentos empleados y la recogida de datos forman parte de factores externos que no controlamos y que conllevan demasiado tiempo, causando un estancamiento en el proceso. Por otro lado, destacar el acceso tan restringido que se ha tenido acerca de la población objeto de estudio, dado que se acudió presencialmente a 8 centros ocupacionales y solamente aceptaron la mitad. Estos centros cuentan con múltiples impedimentos para llevar a cabo la recogida de información, lo que dificultó la ampliación de la muestra. Por último, cabe señalar como una limitación el acceso a las familias, dado que, por lo general, no se encuentran predispuestas a participar en investigaciones. Esta limitación implicó mucho tiempo y esfuerzo para conseguir una muestra bastante representativa en relación a las personas con diversidad funcional intelectual.

## **8. Prospectivas de futuro**

Esta investigación abre paso a ulteriores estudios que se pretenden continuar mediante un doctorado de investigación, indagando en mayor profundidad en la problemática planteada. Para ello, se espera realizar una investigación de corte cualitativo en relación a las personas que padecen diversidad funcional intelectual y sus familiares, conociendo las opiniones, ideas, sentimientos, etc., que poseen, realizando así un análisis más enriquecedor y profundo. Además, aparte de utilizar instrumentos como las entrevistas para tal fin, se pretende recoger información con grupos de discusión y observaciones directas que permitan un análisis más exhaustivo, completo y realista, donde no se evite la deseabilidad social. Por otra parte, se pretende llevar a cabo una diferenciación por géneros, debido a que en el presente estudio no se llevó a la práctica, siendo un aspecto bastante llamativo e interesante.

## **9. Implicaciones para la práctica educativa y orientadora**

Por último, en relación a las implicaciones para la práctica educativa y orientadora, se ponen de manifiesto diferentes propuestas que puedan paliar la problemática de este estudio, donde se favorezca la promoción y el desarrollo de las habilidades básicas de autonomía y, por otro lado, se luche contra los obstáculos que dificulten el proceso de emancipación, permitiéndoles tener el control de sus propios proyectos de vida y se reduzcan los actos discriminatorios en la sociedad. Para ello, se ha planteado:

- Realizar un mayor hincapié durante la etapa educativa a la promoción de la autonomía con diferentes programas, talleres y actividades.
- Ofrecer una mayor cantidad de apoyos y servicios personalizados.
- Reducir las restricciones establecidas que dificultan la entrada en los centros ocupacionales.
- Ofrecer ayudas financieras por parte de la administración pública que faciliten el proceso de emancipación.
- Llevar a cabo programas y charlas informativas dirigidas hacia las familias para informar y concienciar sobre el proceso de emancipación y sus beneficios.
- Mayor formación y preparación a todos/as los/as profesionales que traten con personas que sufren diversidad funcional intelectual.
- Ofrecer asistencia tecnológica que les permita un mayor rendimiento en las actividades cotidianas.
- Proporcionar una mayor cantidad de pisos tutelados.
- Reestructurar el número de convivientes en los pisos tutelados donde se favorezca la comodidad e intimidad en los mismos.
- Mayor concienciación a la población en general que eviten actos discriminatorios
- Promover la participación de este colectivo en la sociedad, ya sea en actividades recreativas, de ocio, culturales, políticas, etc.

Con estas medidas se pretenden combatir las diferentes desigualdades que experimenta esta minoría, brindándoles las mismas oportunidades que a las demás personas y ofreciendo una mayor calidad de vida tanto para ellos/as como para sus familias.

## 10. Referencias

- Álvarez, S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis Filosófico*, 35(1), 13-26. [Redalyc.La autonomía personal y la autonomía relacional](#)
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Arnau, S (2013). La Filosofía de Vida independiente. Una estrategia política no violenta para una Cultura de Paz. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 7(1), 93-112. <http://www.rinace.net/rlei/numeros/vol7-num1/art5.pdf>
- Barnes, C., y Mercer, G. (2010): Exploring Disability (2nd Ed.). Cambridge: Polity Press. <https://doi.org/10.1177/0268580911427996c>
- Barrios, S. (2011). El papel del terapeuta ocupacional en un centro ocupacional para personas con discapacidad. *TOG*, 8(14), 1-17. <https://revistatog.com/num14/pdfs/original5.pdf>
- Beledo, J.F. (2018). La comprensión actual de la discapacidad intelectual. *Sal Terrae*, 106, 479-492. <http://www.lacusaragon.org/wp-content/uploads/2018/07/AQU%C3%8D.pdf>
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Cuesta, J.L., De la Fuente, R., y Ortega, T. (2019). Discapacidad intelectual: una interpretación en el marco del modelo social de la discapacidad. *Controversias y Conurrencias Latinoamericanas*, 11(18), 85-106. <http://ojs.sociologia-alas.org/index.php/CyC/article/view/93/94>
- Decreto 113/2002 de traspaso de funciones de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias a los Cabildos Insulares en materia de servicios sociales especializados a personas mayores, minusválidos y mujeres. (BOC, 110 de 16 de agosto de 2002).



- Delclòs, J. (2018). Ética en la investigación científica. *Cuadernos 43 cómo elaborar un proyecto en ciencias de la salud*, 43, 14-19, <https://raco.cat/index.php/QuadernsFDAE/article/view/395594>
- Del Pozo, S., Enríquez, N., Flores, V., Franco, L., Monroy, M.L., Olivar, I. y Rodríguez, R. (2013). Terapia Ocupacional en Discapacidad Intelectual. *COPTOCYL. Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales en Castilla y León*. [https://coptocyl.com/wp-content/uploads/2020/02/DEFINITIVO\\_poster\\_DI.pdf](https://coptocyl.com/wp-content/uploads/2020/02/DEFINITIVO_poster_DI.pdf)
- Díaz-Velázquez, E. (2010). ¿Políticas sociales de dependencia o de promoción de la autonomía?. *Zerbitzuan*, 48, 33-41. [http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/2896/Pol%c3%a9ticas\\_sociales\\_de\\_dependencia.pdf?sequence=1&rd=003180439001398](http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/2896/Pol%c3%a9ticas_sociales_de_dependencia.pdf?sequence=1&rd=003180439001398)
- Díaz, V. (2017). Encuestas presenciales con cuestionario de papel y ordenador. Una comparativa en preguntas de actitudes. *Papers: revista de sociología*, 103(2), 199-227. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.2301>
- Etxeberría, X. (2008). La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos. *Bilbao: Universidad de Deusto*, 48. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho48.pdf>
- Fernández-García, A.F. (2016). Metateoría sobre la juventud en dificultad social. Transición a la vida adulta. *Revista Posgrado y Sociedad*, 14(2), 29-37. <http://doi.org/10.22458/rpys.v14i2.1629>
- Folgueiras, P. (2016). La entrevista. *Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona*. 1-11 <http://hdl.handle.net/2445/99003>
- Frías-Navarro, D. (2022). Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida. *Universidad de Valencia*, 23. <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Garcés, Y., Santana, L.E., y Feliciano, L.A. (2020). Proyectos de vida en adolescentes en riesgo de exclusión social. *Revista de Investigación Educativa*, 38(1), 149-165. <https://doi.org/10.6018/rie.332231>

- García-Alba, L., Postigo, Á., Gullo, F., Muñiz, J., y Fernández, J.C. (2021). PLANEA independent life skills scale: Development and validation. *Psicothema*, 33(2), 268-278. [doi: 10.7334/psicothema2020.450](https://doi.org/10.7334/psicothema2020.450)
- García, E., Stockdale, J., McConkey, R., y Keogh, F. (2016). The role of support staff as people move from congregated settings to group homes and personalized arrangements in Ireland. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20(2), 152–164. 10.1177/1744629516633966
- García, J.V. (2003). *El movimiento de Vida Independiente: Experiencias internacionales*. Fundación Luis Vives.
- García, V., Pérez, M.L., Guillén, E., Gordillo, M.J., y Aguilar, F.J. (2013). Autonomía y discapacidad: habilidades en el cuidado personal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 595-602. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349852058049.pdf>
- Guzmán, F., Toboso, M., y Romañach, J. (2010). Fundamentos éticos para la promoción de la autonomía y la interdependencia. *Alternativas. Cuadernos De Trabajo Social*, (17), 45-61. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2010.17.3>
- Iáñez, A. (2009). Vida independiente y diversidad funcional. Resultados de una investigación social aplicada en la provincia de Sevilla. *Portularia*, 9(1), 93-103. [https://rio.upo.es/xmlui/bitstream/handle/10433/1138/ART.%20PORTULARIA\\_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://rio.upo.es/xmlui/bitstream/handle/10433/1138/ART.%20PORTULARIA_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Jiménez, A. (2007). Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes. *Tratado sobre Discapacidad*, 177-184. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2863321>
- Kiang, L., y Bhattacharjee, K. (2018). Developmental change and correlates of autonomy in Asian American adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(2), 410-421. <http://doi.org/10.1007/s10964-018-0909-3>
- Latorre, A., Rincón, D., y Arnal, J. (2003). Bases metodológicas de la investigación educativa. *Barcelona: Ediciones Experiencia*. <https://arodi.yolasite.com/resources/BasesmetodologicasdelainvestigacioneducativaLIBROCOMPLETO2.pdf>

- Lázaro-Fernández, Y., y Bru-Ronda, C. (2016). Ocio y cohesión social a lo largo de la vida. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2), 73-77. [https://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/revpsidep\\_a2016v25sup2/revpsidep\\_a2016v25n4p73.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/revpsidep_a2016v25sup2/revpsidep_a2016v25n4p73.pdf)
- Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos [LISMI]. (BOE, 103 de 30 de abril de 1982).
- Ley 16/2019 de Servicios Sociales de Canarias. (BOE, 141 de 13 de junio de 2019).
- Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE, 299 de 15 de diciembre de 2006).
- Leyva, H.P., Pérez, M.G., y Pérez, S.M. (2018). Google forms en la evaluación diagnóstica como apoyo en las actividades docentes. Caso con estudiantes de la licenciatura en turismo. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 9(17). 1-28. <https://doi.org/10.23913/ride.v9i17.374>
- Mansell, J., y Beadle-Brown, J. (2010). Deinstitutionalisation and community living: position statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(2), 104-112. [10.1111/j.1365-2788.2009.01239.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01239.x)
- Martinazzo, C., y Amaral, R. (2012). Autonomia e complexidade: a construção das aprendizagens humanas. *Impulso*, 22(53), 49-61. <https://doi.org/10.15600/2236-9767/impulso.v22n53p49-61>
- McConkey, R., Keogh, F., y Flatman, S. (2016). Relocating people with intellectual disability to new accommodation and support settings: Contrasts between personalized arrangements and group home placements. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20(2), 109-120. <https://doi.org/10.1177/1744629515624639>
- Moleiro, C., Ratinho, I., y Bernardes, S.F. (2017). Autonomy-connectedness in collectivistic cultures: an exploratory cross-cultural study among Portuguese natives, Cape-Verdean and Chinese people residing in Portugal. *Personality and Individual Differences*, 104, 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.07.031>

- Montes, M.J., y Pilar Paños, P. (2015). Intervención en la discapacidad intelectual y trastorno mental asociado en el adulto: de la intervención sistémica, el equipo interdisciplinar y la coherencia de las intervenciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 9-18. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100002>
- Morris, J. (1993). Independent living. *Independent Lives?.* Palgrave, London, 17-28. [https://doi.org/10.1007/978-1-349-23136-2\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-349-23136-2_2)
- Naciones Unidas (2006). Convención de los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Opcional. Nueva York: Naciones Unidas. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Orden 13/2010 por la que se regula la atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en la Comunidad Autónoma de Canarias. (BOC, 250 de 13 de diciembre de 2010).
- Palacios, A. (2008): *El modelo social de la discapacidad: origen, caracterización y plasmación en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (1.<sup>a</sup> ed). Madrid: Grupo editorial Cinca. <https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO20632/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>
- Pallisera, M., Fullana, J., Vilà, M., Castro, M., Díaz-Garolera, G., Valls, M.J., y Mejía, P. (2020). Diseño de la guía GAS-VI para la evaluación del apoyo a la vida independiente de personas con discapacidad intelectual. *Revista Española de Discapacidad*, 8(1), 79-102. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.08.01.05>
- Pallisera, M., Fullana, J., Puyaltó, C., Vilà, M., Valls, M.J., Díaz, G., y Castro, M. (2018). Retos para la vida independiente de las personas con discapacidad intelectual. Un estudio basado en sus opiniones, las de sus familias y las de los profesionales. *Revista Española de Discapacidad*, 6(1) 7-29. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.06.01.01>
- Peña, M.T., y Santana-Vega, L.E. (2020). Transición al empleo de personas con discapacidad intelectual en Canarias: el empleo con apoyo. *MLS Educational Research*, 4(1), 90-105. <https://doi.org/10.29314/mlser.v4i1.321>

- Pereira, Z. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*, 15(1), 15-29.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194118804003>
- Pérez, E., Gutiérrez, T., Quiroga, C., y Cardenal, G. (2015). Paper del terapeuta ocupacional en l'autonomia de les persones grans. Una aproximació a les Illes Balears. *Anuari de l'envelliment*. 301-319.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6261480>
- Puga, M.D., y Abellán, A. (2004). *El proceso de Discapacidad. Un análisis de la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Razka, A. (1992). What is an independent living, tools for power. *Disabled Peoples' International Independent Living Committee*.  
<https://www.independentliving.org/toolsforpower/tools.pdf>
- Romañach, J., y Lobato, M. (2005). Diversidad Funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de Vida Independiente 2009*.  
[http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad\\_funcional.pdf](http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad_funcional.pdf)
- Real Decreto 2274/1985 por el que se regulan los Centros Ocupacionales para Minusválidos. (BOE, 294 de 9 de diciembre de 1985).
- Rodríguez, D., y Valldeoriola, J. (2009). *Metodología de la investigación*. Barcelona: FUOC.
- Soto, M.P. (2009) Habilidades básicas de desarrollo personal y social en personas con discapacidad intelectual: autonomía personal. *Innovación y experiencias educativas*, 14, 1-9.  
[https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero\\_14/MPAZ\\_SOTO\\_2.pdf](https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_14/MPAZ_SOTO_2.pdf)
- Thomas, I., y Penman, M. (2019). World Federation of Occupational Therapists (WFOT) standard for 1000 hours of practice placement: informed by tradition or evidence?. *British journal of occupational therapy*, 82(1), 3-4.  
<https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>

- Vargas-Jiménez, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Electrónica Calidad en la Educación Superior*, 3(1), 119-139. <https://doi.org/10.22458/caes.v3i1.436>
- Vargas, P., y Wagner, A. (2015). Como se define a autonomía? O perfil discriminante em adolescentes gaúchos. *Temas em Psicologia*, 23(4). <http://doi.org/10.9788/TP2015.4-20>
- Verdugo, M.A., y Navallas, E. (2009). Integrando calidad de vida y calidad de gestión en un servicio de viviendas y residencia para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 40(2), 5-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3019079>
- Verdugo, M.A., Vicente, E., Gómez, M., Fernández, R., Wehmeyer, M.L., Badia, M., González, F., y Calvo, M.I. (2015). Escala ARC-INICO de Evaluación de la Autodeterminación. Manual de aplicación y corrección. *Salamanca: inico*. [https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO26898/herramientas\\_autodeterminacion.pdf](https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO26898/herramientas_autodeterminacion.pdf)
- Wahlström, L., Bergstrom, H., y Marttila, A. (2014). Promoting health of people with intellectual disabilities: Views of professionals working in group homes. *Journal of Intellectual Disabilities*, 18(2), 113–128. [10.1177/1744629514525133](https://doi.org/10.1177/1744629514525133)
- Zoghi, M., y Nezhad, H. (2012). Reflections on the what of learner autonomy. *International Journal of English Linguistics*, 2(3), 22-26. <http://doi.org/10.5539/ijel.v2n3p22>

## **11. Anexos**

### **Anexo I. Informe de las citas agrupadas por códigos**

#### **Proyecto (TFM)**

Informe creado por Borja Armas en 29/05/2023

#### **Informe de códigos**

Todos los (8) códigos

---

#### **● Act\_Aut**

##### **4 Citas:**

##### **1:12 p 1 in Entrevista 1**

Se realizan todo tipo de juegos, actividades y talleres que se nos ocurran, tanto a mi equipo como a los propios usuarios. Prácticamente todas o casi todas las actividades que realizamos, es para fomentar la autonomía, ya sea en el uso y manejo del dinero, los desplazamientos, las acciones que hacen en su día a día... ¿sabes? Depende de los objetivos que presente cada uno y su familia, se realizan un tipo de actividades u otro.

##### **2:11 p 1 in Entrevista 2**

Pues solemos hacer actividades para mejorar y mantener la destreza motora fina y gruesa, el procesamiento viso-motor, la bilateralidad, equilibrio, etc. En definitiva, se realizan talleres de estimulación a nivel cerebral, cognitiva.

##### **3:3 p 1 in Entrevista 3**

Pues las actividades dependen mucho de las necesidades específicas de cada uno y de los objetivos que nos planteemos. No sabría decirte actividades en concreto para la autonomía porque varían mucho, porque podrían ser actividades para mejorar la motricidad fina, la postura, que entiendan el plano del tranvía, de la guagua, que manejen el dinero... Y claro, todo eso va a depender de lo que te dije antes.

##### **4:3 p 1 in Entrevista 4**

En este caso depende de los objetivos, ya que dependiendo de esto se abordan de una forma o de otra. Pero, por ejemplo, si al usuario en este caso se le dificulta el hecho de comer, en primer lugar, se realizan ejercicios de regulación, para bajar ese nivel de alerta, también se trabajará la musculatura de la boca con objetos o incluso con juegos. En el caso de que le cueste el vestido, primero se trabajará la motricidad fina... Una vez trabajado eso, se puede empezar a enseñar al usuario a como ponerse una camiseta, o incluso a atarse los tenis que a muchos les cuesta por problemas de praxis. Procurar que

ellos mismos vean fundamental el aseo y la imagen personal... son muchos aspectos la verdad.

---

● **Barre**

**8 Citas:**

**1:16 pp 1 – 2 in Entrevista 1**

Pues personalmente considero que hoy en día las principales barreras que se encuentran las personas con discapacidad, es la sociedad en general. La sociedad en la que vivimos no está lo suficientemente avanzada como para mirar con buenos ojos la discapacidad. En el caso de la discapacidad funcional, al ser de algún modo más “visible” a simple vista, hay una mayor sensibilidad por parte de los demás, pero, aun así, considero que aún falta bastante para que estas personas puedan vivir de una manera más independiente. A pesar de que socialmente no se encuentre bien vista la discapacidad, sí que es cierto que cada vez se está más cerca de la inclusión y cada vez hay más personas dispuestas a colaborar y hacer más inclusiva y fácil la vida de estas personas. Además de la gran barrera social, también hay muchas barreras físicas como los edificios sin adaptación, que son antiguos.

**1:17 p 2 in Entrevista 1**

Pues sinceramente creo que muchos sí, la verdad, aunque sus familiares no lo crean o no lo quieran creer, yo creo personalmente que muchos sí están preparados para una vida independiente.

**1:18 p 2 in Entrevista 1**

La verdad es que si, las familias tienden mucho a sobreproteger a sus familiares con discapacidad porque no los ven preparados para la vida cotidiana, pero desde aquí, podemos asegurar que muchos de ellos si están preparados para una vida independiente. Intentamos hablar con las familias sobre ello, pero en muchos casos no quieren entrar en razón.

**2:14 p 1 in Entrevista 2**

Pues las principales barreras que veo son a nivel arquitectónico y social.

**2:15 pp 1 – 2 in Entrevista 2**

Pues que la sociedad no ayuda a las personas con discapacidad, las discriminan y las suelen apartar porque creen que no son valiosas, cuando no saben todo lo que nos pueden ofrecer. Encima muchos edificios no están adaptados, no suelen tener rampas ni



nada. Por otro lado, algunas familias tampoco dejan que se desprendan de su círculo familiar, cuando eso les puede venir fenomenal, pero en fin... muchas cosas.

### **3:7 p 1 in Entrevista 3**

Yo diría que la sociedad en general y las familias, pero no por nada, sino porque estas los suelen proteger mucho y no les dan la oportunidad a pesar de que estén bien preparados. Algunos me han comentado las situaciones que viven en casa y... ¡madre mía!, al final no dejan de ser adultos y deben valerse por sí mismos.

### **4:6 pp 1 – 2 in Entrevista 4**

Creo que la principal barrera con la que se encuentran en general las personas con cualquier tipo de discapacidad es la sociedad, debido a que en muchas ocasiones, por tener “x” patología te discriminan, se burlan, o incluso está la creencia de que son personas que no son útiles, o que no son capaces de realizar las cosas por sí mismo. Es cierto que hoy en día, hay mucha más visibilidad e incluso de inclusión, y de facilidades para aquellas personas que posean cualquier dificultad al realizar las AVDS, pero aún queda mucho camino por recorrer.

### **4:7 p 2 in Entrevista 4**

La verdad es que hay bastante. En algunos casos puedo llegar a entenderlo, pero hay otros, en los que se encuentran muy preparados para la vida y las familias no quieren o los protegen mucho y no entiendo el por qué. Esto al final les va a perjudicar en un futuro porque, por muy cruel que suene, la familia no va a durar para siempre y entonces qué, ¿quién se hace cargo de esas personas que no han tenido la oportunidad de ser independientes y ya no saben cómo afrontarlo?, es injusto...

---

## **● Comu**

### **6 Citas:**

#### **1:19 p 2 in Entrevista 1**

Entre las profesionales del centro, la comunicación es muy buena, cualquier duda o problema que surja, siempre nos tenemos los unos a los otros para ayudarnos. Y con las familias la comunicación es buena también, cualquier problema que les surja siempre tienen a disponibilidad el teléfono de la clínica para informar de lo que sea. También se mantiene comunicación con otros profesionales, aunque sea de otros centros o clínicas diferentes a modo de organización y seguimiento.

#### **2:16 p 2 in Entrevista 2**

Trabajamos todo el rato de forma multidisciplinar con cada usuario que acude al centro. De esta forma, cada semana nos intentamos reunir para aclarar o comentar aquellos aspectos o dudas sobre los casos algunos casos y demás. Y con las familias pues igual, nos reunimos siempre que creemos necesario o ellos quieren algún feedback. Siempre hay una reunión con la familia al principio y final del proceso de intervención.

**3:8 p 1 in Entrevista 3**

La comunicación tanto con mis compañeros y compañeras es muy buena, la verdad es que sí. Yo vengo de otros centros donde la comunicación pues fallaba un poco, pero en este estoy encantado. Y con las familias pues más de lo mismo, nos comunicamos prácticamente de manera diaria y muy bien.

**3:9 p 2 in Entrevista 3**

El clima en el centro tanto con mis compañeros, como con los usuarios y las familias es muy bueno, se respira respeto y confianza, somos una piña y estamos muy unidos. Si es verdad que a veces discutimos, pero es ley de vida.

**4:8 p 2 in Entrevista 4**

Considero que es bastante buena y eso facilita mucho las intervenciones que se realizan con los usuarios. Es cierto que a veces es un poco difícil comunicarse con la familia.

**4:9 p 2 in Entrevista 4**

Pues el clima es bastante bueno, y ya no tan solo con el personal de trabajo que nos apoyamos mutuamente y todos nos implicamos al cien por cien, sino también con las familias, porque normalmente ellas tienen una visión bastante positiva hacia nosotros y continuamente nos están agradeciendo el trabajo que realizamos.

---

● **Efect**

**4 Citas:**

**1:14 p 1 in Entrevista 1**

La efectividad de las terapias se evalúa con diferentes escalas y pruebas de valoración. Estas pruebas se realizan una vez cuando llegan a la clínica, en una valoración inicial antes de comenzar con las terapias y cuando creemos que se han logrado los objetivos, se pasan nuevamente para comparar los resultados. También, si es necesario, se pasan de forma esporádica, para simplemente comprobar ciertos parámetros o avances.

**2:13 p 1 in Entrevista 2**

Dependiendo de la patología, la enfermedad o síndrome el usuario se pasan escalas específicas. Además, por parte del área de la terapia ocupacional, se crean escalas para valorar el punto de partida y pasar la misma valoración una vez ya se haya intervenido.

### **3:6 p 1 in Entrevista 3**

Utilizamos test y escalas, aunque también nos solemos guiar en base a la observación e ir apuntando ciertos detalles o mejoras que observamos.

### **4:5 p 1 in Entrevista 4**

La efectividad se evalúa básicamente mediante pruebas y escalas.

---

## **• Fun**

### **4 Citas:**

#### **1:11 p 1 in Entrevista 1**

Mis funciones en el centro son, básicamente, pues ofrecer estrategias para que los usuarios puedan enfrentarse a sus dificultades y adquieran las capacidades necesarias que les permitan actuar a su día a día. También tratamos, en la medida de lo posible, que alcancen la máxima rehabilitación de las diferentes dificultades y alteraciones que presenten.

#### **2:10 p 1 in Entrevista 2**

Como terapeuta ocupacional, pues realizo valoraciones para más tarde llevar a cabo intervenciones que mejoren su independencia y autonomía. También apporto información preventiva o específica en función a las necesidades de los clientes.

#### **3:2 p 1 in Entrevista 3**

Resumiéndolo bastante, diría que mis funciones se basan en ofrecer estrategias para que los usuarios se puedan enfrentar a todos los retos de su vida diaria y puedan alcanzar una mayor calidad de vida.

#### **4:2 p 1 in Entrevista 4**

Mi función se basa específicamente en cumplir con los objetivos establecidos por las familias en las valoraciones iniciales, y que el usuario sea lo más independiente posible.

---

## **• Impl\_Fam**

### **6 Citas:**

#### **1:20 p 2 in Entrevista 1**

Sí. Esto es algo que se nota mucho y a menudo lo comentamos entre los compañeros. Se nota mucho cuando una familia se implica de verdad y se preocupa por su familiar. Todas las familias se preocupan en cierto modo, pero sí que hay una gran diferencia en cuanto a los buenos avances cuando sus padres son muy insistentes y continúan con la rehabilitación de algún modo en sus casas y siguen las pautas que ofrecemos desde la clínica.

**2:17 p 2 in Entrevista 2**

A las familias se les ofrece información que les pueda servir de ayuda tanto a sí mismos como a su familiar en cuestión a fomentar su autonomía. Resulta muy prioritario que el entorno familiar aprenda técnicas nuevas y efectivas para mantener dicha autonomía.

**2:18 p 2 in Entrevista 2**

Por supuesto, las familias son muy importantes en este progreso. Si ellas no quieren o interfieren en este proceso, nuestro trabajo se va a complicar mucho más. Es muy importante su implicación.

**3:10 p 2 in Entrevista 3**

Eso va de la mano, es decir, cuanta más implicación tenga la familia, más autonomía va a tener el chiquillo. Pero también te digo, si una familia tiene mucha implicación en el proceso, pero lo sobreprotege, puede pasar el efecto contrario, que el grado de autonomía y su independencia sea más bajo.

**4:10 p 2 in Entrevista 4**

Si claro, los familiares siempre tienen que participar y formar parte de este proceso.

**4:11 p 2 in Entrevista 4**

Sin lugar a duda, si las familias nos facilitan todo el proceso, al final va a ser más fácil conseguir los resultados que esperamos. Pero si, normalmente las familias que más se implican, su hijo suele tener más autonomía y ser más independiente.

---

● **Mejor\_Aut**

**6 Citas:**

**1:13 p 1 in Entrevista 1**

Sí, nuestra clínica lleva mucho tiempo abierta y tiene mucha fama por los buenos resultados en cuanto a las intervenciones. Incluso de primera mano veo que cada

vez alcanzan los objetivos planteados y están mejor preparados para las actividades básicas de la vida diaria.

**1:15 p 1 in Entrevista 1**

Si, sin duda, aunque muchas veces los cambios no son significativos en unas semanas o incluso meses, que es lo normal ¿no?, aun así, se observan avances, aunque sean en algo... cómo decirlo... ¿sin importancia?, o que la gente no le da importancia como es el hecho de que se sepan atar las ligas o que aprendan a cuidar su imagen personal.... El trabajo que realizamos, por lo general, es un proceso lento y que requiere de mucha paciencia.

**2:12 p 1 in Entrevista 2**

El objetivo siempre es y será mejorar la calidad de vida, o al menos mantenerla, de aquellos que precisan de una ayuda extra en un momento determinado. Pero sí, con los métodos oportunos a nivel individual se logran todos los objetivos marcados.

**3:4 p 1 in Entrevista 3**

Por supuesto. Nosotros solemos conseguir unos resultados muy buenos.

**3:5 p 1 in Entrevista 3**

Bastante, no hay más que mirar a la gente que acaba de ingresar en el centro con la que lleva ya un par de años, nada que ver. Si es verdad que varía también según el grado de discapacidad y demás, pero por lo general sí.

**4:4 p 1 in Entrevista 4**

Sí, ya que se pueden observar las mejoras que se han ido obteniendo desde que el usuario entra en el centro. También puede haber retrocesos, pero eso forma parte del proceso. Además, de que el centro donde yo trabajo tiene muy buena fama por los resultados obtenidos.

---

● **Serv**

**4 Citas:**

**1:10 p 1 in Entrevista 1**

En el centro donde trabajo se ofrecen servicios de terapia ocupacional. A la clínica acuden personas con cualquier tipo de alteración, ya sea funcional, cognitiva o de desórdenes de la integración sensorial del propio organismo. Las dificultades más presentes son los problemas de aprendizaje, problemas comportamentales y de desarrollo como hiperactividad, Trastorno del Espectro Autista, dificultades de alimentación o dificultades sensoriales, etc.

### **2:9 p 1 in Entrevista 2**

Pues principalmente realizamos valoraciones bien en el centro o incluso a domicilio, observando el contexto y el entorno, la autonomía que tienen y la independencia sobre todo en las distintas actividades de la vida diaria para alcanzar la mayor autonomía e independencia en sus hogares. Es decir, siempre vamos a trabajar con relación a las necesidades específicas que presenten.

### **3:1 p 1 in Entrevista 3**

Pues mi centro ofrece todo tipo de terapias ocupacionales para cualquier colectivo con discapacidad. Los servicios de este centro se basan en cubrir necesidades detectadas y ayudar a los pacientes en la medida de lo posible a que sean más autónomos.

### **4:1 p 1 in Entrevista 4**

El centro donde trabajo ofrece servicios de atención para cualquier tipo de diagnóstico, desde usuarios con TEA, discapacidad intelectual, enfermedades raras, dificultades con la alimentación, problemas de praxis...

## **Anexo II. Cuestionario a las personas con diversidad funcional intelectual**

### **Cuestionario sobre la autonomía y vida independiente**

*Soy un alumno del Máster en Intervención Psicopedagógica de la Universidad de la Laguna. Estoy realizando el Trabajo Fin de Máster con el fin de conocer cómo trabajan los centros y los terapeutas ocupacionales la promoción de la autonomía y vida independiente de las personas con diversidad funcional. Además, se indagará en la opinión de este colectivo sobre el trabajo realizado por estos profesionales y las posibles barreras con las que se pueden encontrar para su vida independiente. Por ello, es muy importante que leas detenidamente las preguntas y que respondas con total sinceridad para que los resultados sean válidos. Las respuestas serán anónimas, ya que este cuestionario se rige mediante la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos de carácter personal. El tiempo estimado de contestación ronda aproximadamente sobre los 10 minutos. ¡Muchas gracias por su colaboración!*

**Consentimiento:**  Sí |  No

**1. Género:**  Masculino |  Femenino |  Otro

**2. Edad:** \_\_\_\_\_

**3. Años en el centro:** \_\_\_\_\_ **4. Centro al que perteneces:** \_\_\_\_\_

**5. Grado de discapacidad:**  33%-45% |  46%-65%

**6. Señala con una “X” la respuesta que refleja cómo actúas en estas situaciones, teniendo en cuenta que 1 es “nunca lo hago”, 2 es “casi nunca lo hago”, 3 es “a veces lo hago”, 4 es “casi siempre lo hago” y 5 es “siempre lo hago”. Recuerda que no hay respuestas ni buenas ni malas.**

	1	2	3	4	5
Preparar mis comidas					
Hacer las tareas del hogar (ordenar, limpiar, lavar los platos, etc.)					
Utilizar diferentes electrodomésticos (lavadora, microondas...)					
Si me duele algo o me hago una herida, sé lo que tengo que hacer para resolverlo (pedir cita en el médico, qué medicamentos tomar, etc.)					
Llamar a la policía, ambulancia o bomberos en caso de emergencia					
Cuidar mi imagen					
Cuidar mi higiene personal					
Elegir la ropa y los complementos que uso cada día					
Elegir cómo me quiero peinar o cortar el pelo					
Utilizar el transporte público (guagua, tranvía, etc.)					
Cuando quedo con amigos/as llego puntual					
Hablar con alguien de confianza cuando tengo un problema y necesito ayuda					
Llamar por teléfono o enviar un WhatsApp a mis amigos/as y familiares					
Hacer planes sobre mi futuro					
Realizar actividades que me gustan en mi tiempo libre					
Trabajar para ganar dinero					
Informarme acerca de un empleo cuando me interesa					
Decidir cómo gastar mi dinero					
Intentar ahorrar					
Hacer gestiones en la administración pública (renovar el DNI o pasaporte, votar en unas elecciones...)					
Buscar piso o casa para vivir					
Establecer una conversación con personas que no conozco					

**7. Señala con una “X” en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones, teniendo en cuenta que 1 es “totalmente en desacuerdo”, 2 es “en desacuerdo”, 3 es “indeciso/a”, 4 es “de acuerdo” y 5 es “totalmente de acuerdo”.**

	1	2	3	4	5
Desde que estoy en el centro hago más cosas por mí mismo sin la ayuda de nadie					
Desde que estoy en el centro me siento más preparado para vivir solo/a					
Soy más capaz de tomar decisiones por mí mismo/a desde que estoy en el centro					
Me gusta ir todos los días al centro					
Me siento escuchado y respetado en el centro					
Tengo una buena relación con los/as trabajadores/as del centro					

**7. Lea las siguientes afirmaciones e indique con una “X” la afirmación con la que se sienta más identificado/a**

<input type="checkbox"/> No me siento preparado/a para vivir solo/a
<input type="checkbox"/> Mi familia no quiere que viva solo/a
<input type="checkbox"/> Económicamente no me puedo permitir vivir solo/a
<input type="checkbox"/> No me gustaría vivir en un piso tutelado
<input type="checkbox"/> El centro no me han preparado lo suficiente para vivir solo/a

**Anexo III. Cuestionario a los familiares**

## Cuestionario a familias sobre la autonomía y vida independiente de sus familiares

*Soy un alumno del Máster en Intervención Psicopedagógica de la Universidad de la Laguna. Estoy realizando el Trabajo Fin de Máster con el fin de conocer el trabajo de los centros y los terapeutas ocupacionales en la promoción de la autonomía y vida independiente de las personas con diversidad funcional. Para ello, es importante una visión externa y cercana sobre la percepción de la mejoría de este colectivo y la opinión del trabajo realizado por los profesionales. Es muy importante que leas detenidamente las preguntas y que respondas con total sinceridad para que los resultados sean válidos. Las respuestas serán anónimas, ya que este cuestionario se rige mediante la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos de carácter personal. El tiempo estimado de contestación ronda aproximadamente sobre los 4 minutos.  
¡Muchas gracias por su colaboración!*

**Consentimiento:**  Sí |  No

**1. Parentesco:**

- Madre
- Padre
- Hermano/a
- Otro

**2. Edad:** \_\_\_\_\_

**3. Centro al que pertenece su familiar:** \_\_\_\_\_

**4. Señala con una “X” en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones, teniendo en cuenta que 1 es “totalmente en desacuerdo”, 2 es “en desacuerdo”, 3 es “indeciso/a”, 4 es “de acuerdo” y 5 es “totalmente de acuerdo”.**

	1	2	3	4	5
Mi familiar desde que se encuentra en el centro es más autónomo/a (realiza acciones que antes no realizaba o necesitaba ayuda)					
Mi familiar desde que se encuentra en el centro participa más en la sociedad (acude a eventos, al cine, a gestiones administrativas, etc.)					
Mi familiar desde que se encuentra en el centro está mejor preparado/a para vivir solo/a					
Mi familiar desde que se encuentra en el centro ha desarrollado nuevas habilidades y conocimientos útiles para la vida cotidiana					
Mi familiar desde que se encuentra en el centro toma mejores decisiones					
Mi visión hacia el centro y sus profesionales es positiva					
Hay buena comunicación entre el centro y usted como familiar					
Estoy satisfecho/a con el trabajo realizado por los y las profesionales del centro					
Recomendaría este centro a otras familias					

**5. Lea las siguientes afirmaciones e indique con una “X” la afirmación con la que se siente más identificado/a**

	Mi familiar no está preparado/a para vivir solo/a
	No quiero que mi familiar viva solo/a
	El alquiler de las viviendas es muy elevado
	No me gustaría que mi familiar viva en un piso tutelado
	En el centro no lo/la han preparado lo suficiente para vivir solo/a



Anexo IV. Entrevista a los y las terapeutas ocupacionales

**Guión de entrevista a los/as terapeutas ocupacionales sobre la autonomía y vida independiente de personas con diversidad funcional**

Soy un alumno del Máster en Intervención Psicopedagógica de la Universidad de la Laguna. Estoy realizando el Trabajo Fin de Máster con el fin de conocer el trabajo de los centros y los terapeutas ocupacionales en la promoción de la autonomía y vida independiente de las personas con diversidad funcional. Las respuestas serán anónimas, ya que esta entrevista se rige mediante la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos de carácter personal. ¡Muchas gracias por su colaboración!

1. ¿Qué servicios ofrece el centro donde trabajas?
2. ¿Qué función desempeñas en el centro donde trabajas?
3. ¿Qué actividades se realizan en el centro para promover la autonomía de los usuarios?
4. ¿Crees que esas actividades han mejorado la autonomía de los integrantes del centro?
5. ¿Cómo evalúas la efectividad de los diferentes talleres, programas, actividades...?
6. ¿Cuáles crees que son las barreras más frecuentes con las que se encuentran los usuarios para su vida independiente?
7. ¿Cómo es la comunicación entre los profesionales del centro?, ¿y con las familias?
8. Según tu experiencia, ¿has observado alguna relación entre la participación de las familias en el centro y el grado de autonomía de su familiar?

Anexo V. Tabla de mediana y Chi-cuadrado

Código	Me	Chi-cuadrado	p
Au_Vi1	4	17.787	.000
Au_Vi2	4	23.067	.000
Au_Vi3	4	32.418	.000
Au_Vi4	4	34.162	.000
Au_Vi5	3	34.795	.000
Au_Vi6	5		
Au_Vi7	5		

*Los centros ocupacionales en la promoción de la autonomía y vida independiente de las personas con  
diversidad funcional intelectual  
Borja Armas Urbano*

Au_Vi8	5		
Au_Vi9	5		
Au_Vi10	5		
Au_Vi11	5		
Au_Vi12	5		
Au_Vi13	5		
Au_Vi14	5		
Au_Vi15	5		
Au_Vi16	3	25.081	.000
Au_Vi17	3	28.733	.000
Au_Vi18	4	32.354	.000
Au_Vi19	4	25.971	.000
Au_Vi20	3	31.403	.000
Au_Vi21	3	27.535	.000
Au_Vi22	4	20.246	.000

*Nota.* Elaboración propia

**Anexo VI. Matriz**

<b>Profesional</b>	<b>Serv</b>	<b>Fun</b>	<b>Act_Aut</b>	<b>Mejor_Aut</b>	<b>Efect</b>	<b>Barre</b>	<b>Comu</b>	<b>Impl_Fam</b>
Terapeuta 1	Terapia Ocupacional	Ofrecer estrategias para la vida cotidiana	Juegos, actividades y talleres para promover la autonomía	Sí han observado una mejoría en la autonomía	Escalas y pruebas	Sociedad y familia	Positiva	Es muy importante
Terapeuta 2	Autonomía y vida independiente	Valoraciones e intervenciones para la autonomía e independencia	Talleres de estimulación cerebral	Sí han observado una mejoría en la autonomía	Escalas específicas	Sociedad y familia	Positiva	Es muy importante
Terapeuta 3	Autonomía	Ofrecer estrategias para el día a día	Actividades adaptadas a las necesidades	Sí han observado una mejoría en la autonomía	Test y escalas	Sociedad y familia	Positiva	Es muy importante
Terapeuta 4	Atención a cualquier diagnóstico	Valoraciones y promover la independencia	Actividades adaptadas a las necesidades	Sí han observado una mejoría en la autonomía	Pruebas y escalas	Sociedad y familia	Por lo general positiva	Es muy importante

*Nota.* Elaboración propia