

## **Impacto de las políticas de envejecimiento activo en la calidad de vida. Análisis en el CPA de Jódar (Jaén)**

**Pedro García Francés**

Trabajador Social en el en el Centro de Participación Activa para personas mayores de Loja (Granada)

### **Resumen**

La necesidad de conocer la concreta correlación entre las acciones de envejecimiento activo y la calidad de vida en las personas mayores justifica la investigación -en la que se basa el presente artículo- cuya muestra ha estado compuesta por los/as participantes en los distintos talleres desarrollados en el Centro de Participación Activa para Personas Mayores<sup>1</sup> de Jódar (Jaén). Para ello, y a través de la Escala FUMAT -y otras variables ad hoc-, el estudio plantea como cuestión central el análisis del nivel de calidad de vida entre estas personas de acuerdo con su grado y tipología de participación en los talleres del Centro.

Los resultados obtenidos ofrecen -entre otras cuestiones que serán abordadas más adelante- altas puntuaciones de calidad de vida para ambos grupos, aunque el percentil de índice de calidad de vida es superior -en 9,3 puntos- entre las personas que participen exclusivamente en los talleres de envejecimiento activo y quienes lo hacen en el resto de talleres -87,1 frente a 77,8- descendiendo -hasta los 6,1 puntos- respecto al grupo de personas que participa en ambas categorías de talleres.

### **Palabras claves**

Personas mayores, calidad de vida, centros de participación activa para personas mayores, participación, envejecimiento activo.

### **Abstract**

The need to know the specific correlation between the actions of active ageing and the quality of life in the elderly justifies the study -on which the present article is based- whose sample consists of participants of several workshops hosted by the CPA, an elderly centre for active participation, in Jódar (Jaén, Spain) stems to know the concrete correlation between the actions to promote and develop active ageing and the elderly quality of life. The central issue of the study is the analysis -through the FUMAT Scale and other ad hoc variables- of the level of quality of life among the participants involved according to their degree and typology of participation in CPA's workshops.

The results show that both groups have a high quality of life, although the percentile for quality of life among those that only participated in ageing workshops is 9.3 points higher than those who participated in the rest of workshops -87.1 to 77.8

.....  
<sup>1</sup> CPA, en adelante.

points–, and 6.1 points higher than those who participated in both categories.

### Keywords

Elderly, quality of life, elderly centres for active participation, participation, active ageing.

### Introducción

Cuestiones y conceptos como bienestar, empoderamiento, desarrollo, autodeterminación y calidad de vida, son las imprescindibles caras que componen el poliedro multidimensional que resulta del envejecimiento activo que, a su vez, queda sostenido mediante sus pilares básicos: seguridad, salud, participación y formación.

A través del envejecimiento activo se pretende convertir a este proceso en una experiencia positiva, surgiendo a partir de su definición por parte de la OMS (2002) que lo consideró “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

Los determinantes del envejecimiento activo son: económicos, sociales, físicos, personales, conductuales, sanitarios y relacionados con el ámbito de los Servicios Sociales, teniendo además a la cultura y al género como determinantes transversales (OMS, *ibid*). El envejecimiento activo, por tanto, debe orientarse a potenciar las capacidades de la persona mayor mientras envejece con el fin último de poder disfrutar de una vida plena. Y todo ello tendría que fusionarse con el concepto de ciudadano/a, garantizando la continuidad de su vida autónoma e independiente, saludable y en armonía con su entorno social a través de la participación.

Constituye una visión en la que las personas mayores han pasado de ser objetos pasivos de intervención a protagonistas de su propio proceso de envejecimiento, reconociéndoseles su derecho a la igualdad de oportunidades y a la autodeterminación.

Para lograr el éxito de las políticas de envejecimiento activo es necesario contar con los servicios ofertados por los poderes públicos a las personas mayores para su desempeño y, en esto, los Centros de Participación Activa para Personas Mayores y la figura del/de la profesional del Trabajo Social tienen un papel básico por sus objetivos y metas pero, sobre todo, por su filosofía y por la especificidad del perfil poblacional con el que trabaja.

De este modo, conviene visualizar la diferencia en cuanto a la definición de este tipo de Centros desde sus inicios normativos en nuestra Comunidad Autónoma, con la Orden de 28 de Noviembre de 1985, cuando se refería a ellos de la siguiente manera: “Los Centros de Día (Hogares y Clubs) son establecimientos abiertos en los que se prestarán todos los servicios necesarios para fomentar el bienestar social y la integración comunitaria de sus usuarios”, mientras que de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 72/2012, de 20 de Marzo, por el que se aprueba el Estatuto de los Centros de Participación Activa para Personas Mayores, los CPA’s se han convertido en “centros de promoción del bienestar de las personas mayores, tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, configurándose de modo primordial como un instrumento esencial para la promoción y desarrollo del envejecimiento activo, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de servicios sociales a

otros sectores de la población en el ámbito del envejecimiento activo” (Calmaestra, 2012).

Este tipo de centros cuentan con una programación anual de actividades<sup>2</sup> que tiene el fin de lograr los objetivos planteados en los principios rectores de la política social con personas mayores en Andalucía (Rubio y Muñoz, 1993). Desde el CPA de Jódar (Jaén) -en el que se ha realizado el trabajo de investigación en el que se basa el presente artículo- se realizan muy diversas actividades; la oferta de talleres<sup>3</sup> la componen informática -en tres niveles-, gimnasia de mantenimiento -con cuatro grupos-, pintura al óleo, pintura en tela, fotografía digital, tertulia del librepensamiento, teatro, lectoescritura, juegos de mesa, baile y bingo; además, se realizan conferencias temáticas, concursos gastronómicos, viajes, semanas culturales,..., y se prestan servicios -a través de concesionarios -de cafetería, peluquería y podología-, todo ello, a partir del presupuesto anual proveniente de la Delegación Territorial en Jaén de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y de la cofinanciación resultante de las aportaciones de los/as participantes en algunos de los talleres y actividades del Centro.

Respecto a los talleres realizados, es necesario especificar que los de gimnasia de mantenimiento, informática, fotografía digital, librepensamiento, teatro, pintura al óleo y en tela y lectoescritura -debido a sus características, objetivos y metodología de impartición- se considerarán dentro del grupo de envejecimiento activo para la investigación, requisito que no cumplen los talleres de bingo, juegos de mesa y baile.

Abordar el concepto de calidad de vida y relacionarlo con el grado y la tipología de participación de los/as socios/as y usuarios/as de los Centros de Participación Activa -en este caso con el del municipio de Jódar (Jaén)- viene motivado por la necesidad de crear un marco de referencia conceptual descriptivo para evaluar la calidad de vida en las políticas estructurales de envejecimiento activo en estos Centros -que constituyen la piedra angular en materia de Servicios Sociales en cuanto a los recursos destinados a este propósito se refiere-, al suponer un criterio válido y eficaz para evaluar mencionadas estrategias que, en algunos casos, aún se encuentran en proceso de implantación, y porque facilita el camino hacia el constructo político social que diseñe, establezca e implemente políticas de envejecimiento activo real, dirigidas de manera directa y concreta a la mejora e incremento de la calidad de vida en el colectivo de las personas mayores.

El concepto de calidad de vida se viene estudiando e intentando acotar y concretizar desde hace más de medio siglo y, a pesar de que en sus inicios se relacionaba con el medio ambiente y el deterioro de las condiciones de vida en las ciudades, poco después, y ante la necesidad de medir las consecuencias del modelo productivo capitalista industrializado, comenzó con el desarrollo de indicadores sociales y estadísticos para medir el bienestar social de la población, aumentando su grado de interés en la investigación y la práctica de los servicios sociales desde la década de los ochenta en adelante (Verdugo, Gómez y Arias, 2007). En el ámbito académico, su origen surgió a partir de la Escuela de Chicago en los sesenta (Rojo, 2009).

Las principales conceptualizaciones del término calidad de vida nos las encontramos por parte de Borthwick-Duffy (1992) y Felce y Perry (1995) (citados por Pérez, De Juanas, Cuenca, Limón, Lancho, Ortega y Muelas, 2013), siendo definida como: la calidad de las

.....  
 2 Planificada por la dirección del Centro en apoyo del/ de la trabajador/a social, tras la elevación de propuestas de la Junta de Participación y Gobierno y después de la modificaciones o innovaciones llegadas por parte de la Asamblea General.

3 Un 37,5% de los talleres de envejecimiento activo son desarrollados por personas mayores voluntarias con conocimientos en las materias impartidas. Si se contabilizan todos los tipos de talleres, el porcentaje de monitores/as voluntarios/as asciende al 54,5%.

condiciones de vida; la satisfacción experimentada por la persona con estas condiciones; la combinación de componentes objetivos y subjetivos -calidad de vida y satisfacción-; y como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Sin embargo, y ante la múltiple variedad de definiciones y conceptualizaciones, se ha visto conveniente el establecimiento de un marco conceptual que homogeneice los ámbitos e indicadores incluidos en el concepto (Verdugo, Canal, Jenaro, Badía y Aguado, 2012).

Respecto a los modelos de calidad de vida, el más citado hoy día en la órbita científica y el que cuenta con mayor número de evidencias acerca de su validez es el diseñado por Verdugo y Schalock (2003) (Verdugo, Canal, Jenaro, Badía y Aguado, 2012). Este modelo de calidad de vida se operativiza mediante las dimensiones que se detallan a continuación -cada una de ellas con sus correspondientes indicadores-:

- Bienestar físico: salud, actividades de la vida diaria, atención sanitaria y ocio.
- Bienestar emocional: satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés.
- Relaciones interpersonales: interacciones, relaciones y apoyos.
- Inclusión social: integración y participación en la comunidad, roles comunitarios y apoyos sociales.
- Desarrollo personal: educación, competencias profesionales y desempeño.
- Bienestar material: estatus económico, empleo y vivienda.
- Autodeterminación autonomía, metas / valores personales y elecciones.
- Derechos: Derechos Humanos y derechos legales.

### **Desarrollo de la investigación. Metodología.**

El ámbito de interés de esta investigación reside en las Ciencias Sociales, en especial en el campo de los Servicios Sociales y del Trabajo Social, por lo que se ha escogido la realización de una investigación social de carácter descriptivo -transaccional- desarrollada a partir de la metodología cuantitativa basada en el método no experimental con la intención de facultarla para conseguir un acercamiento sistemático al objeto de estudio.

Su finalidad es llevar a cabo un análisis de la calidad de vida de las personas mayores -básandonos en el concepto multidimensional de calidad de vida a través de la Escala FUMAT de Verdugo, Gómez y Arias (2009) e introduciendo diversas variables e indicadores ad hoc complementarios y específicos- en función del grado y tipología de participación en los talleres del Centro de Participación Activa para Personas Mayores de Jódar (Jaén) -ya sean de envejecimiento activo o no-.

La muestra escogida la componen las personas participantes de los diferentes talleres del CPA que obtuvieron una puntuación de entre noventa y uno y cien en el Índice de Barthel -garantizando así unas condiciones iniciales de autonomía personal muy similares en toda la muestra poblacional-. En este caso se partió de un tipo de muestra probabilística, en el que el Universo (N) era igual a la Muestra (n) estando compuesta por 135 personas, con un margen de error del 0,1% y un nivel de confianza del 99,9%.

Las técnicas escogidas en la recogida de la información en la presente investigación han sido la observación y la entrevista a través de dos cuestionarios -ver anexos-, el correspondiente al Índice de Barthel y, sobre todo, el de la Escala FUMAT, a la que se le ha introducido algunas variables. Ambas Escalas han sido validadas científicamente a nivel internacional y su utilización se encuentra totalmente extendida entre instituciones públicas y privadas de nuestro país.

El Índice de Barthel, es una de las escalas más utilizadas y contrastadas para la medición del grado de autonomía/dependencia personal a través de la medición de las limitaciones en la realización de las más importantes actividades básicas de la vida diaria (Valderrama y Pérez, 1997).

Su administración fue a cada miembro de los talleres y la obtención de una puntuación superior a noventa fue condición *sine qua non* para pertenecer a la muestra poblacional y, por tanto, para la aplicación del segundo cuestionario.

La Escala FUMAT<sup>4</sup> ha supuesto la herramienta clave para la medición de la calidad de vida de los/as participantes en los diferentes talleres del CPA de Jódar. Ha sido el instrumento seleccionado para ello debido a su carácter más social frente a otros -como el CUBRECAVI o el WHOQOL-BREF- y por ser específico para personas mayores -y/o personas con discapacidad- usuarios/as de Servicios Sociales (Verdugo, Gómez, Arias y Navas, 2010) y estar validado por la Universidad de Salamanca (a través del Instituto INICO). El/la informador ha de cumplir con los requisitos de que ha de ser aplicada por una persona especializada con estudios universitarios -con perfil profesional en Servicios Sociales- de un mínimo de tres años, ha de estar familiarizado/a con el concepto de calidad de vida, debe de poder realizar la labor de observador/a externo y ha de trabajar en el centro o lugar donde se va a realizar el estudio, además de conocer a la personas que conformen la muestra durante, al menos, más de tres meses.

Esta Escala mide la calidad de vida a partir de cincuenta y siete ítems distribuidos en las ocho dimensiones del modelo de calidad de vida de Verdugo y Schalock (op.cit), estando enunciados en tercera persona y debiendo de responderse utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones -nunca o casi nunca, a veces, frecuentemente y siempre o casi siempre-; en caso de dificultad para contestar alguna de las cuestiones planteadas, se ha de responder pensando en una escala Likert de cuatro puntos -totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, acuerdo y totalmente de acuerdo-.

Se ideó para ser auto-administrada por el/la informador/a, pero para esta investigación el procedimiento se complementó además con una entrevista a cada persona que componía muestra poblacional y con entrevistas a familiares y/o amigos/as en los casos en que fue necesario para la cumplimentación de algunos ítems que no quedaban clarificados con los procedimientos anteriores<sup>5</sup>. Tras comprobar que todas las cuestiones han sido respondidas y completadas, el/la informador/a ha de puntuar e interpretar los resultados a partir de la metodología concreta en la que se combinan puntuaciones directas, puntuaciones estándar, percentiles de las dimensiones, el índice de calidad de vida y el percentil de dicho índice (Verdugo, Gómez y Arias, op. cit.).

.....  
<sup>4</sup> A la que se le han añadido nueve variables *ad hoc* para este estudio.

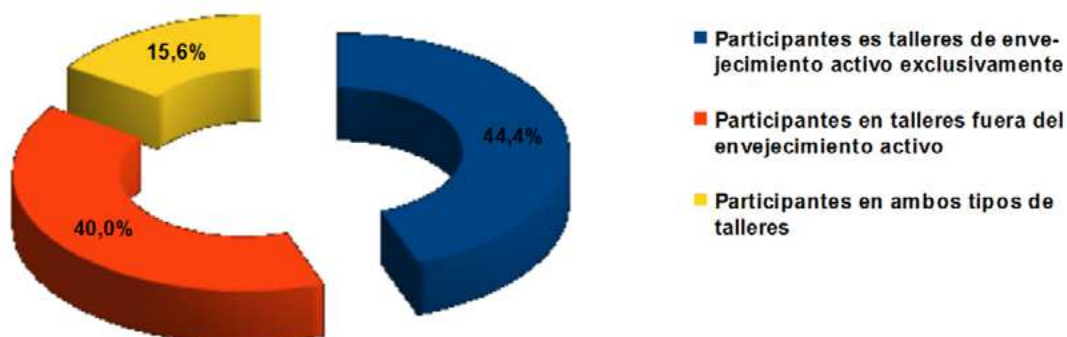
<sup>5</sup> Desarrollándose las entrevistas personalizadas -en el primer trimestre de 2014- en el despacho del trabajador social del CPA garantizándose la confidencialidad de los datos a lo largo de todo el proceso investigador.

## Resultados

En este apartado se muestran los datos obtenidos del estudio representados mediante gráficas para facilitar su visualización. Se han utilizado el Libre Oficce Calc y el GNU PSPP statistical analysis software para la tabulación de los datos y la posterior obtención de tablas y gráficos con el fin de presentar los resultados obtenidos.

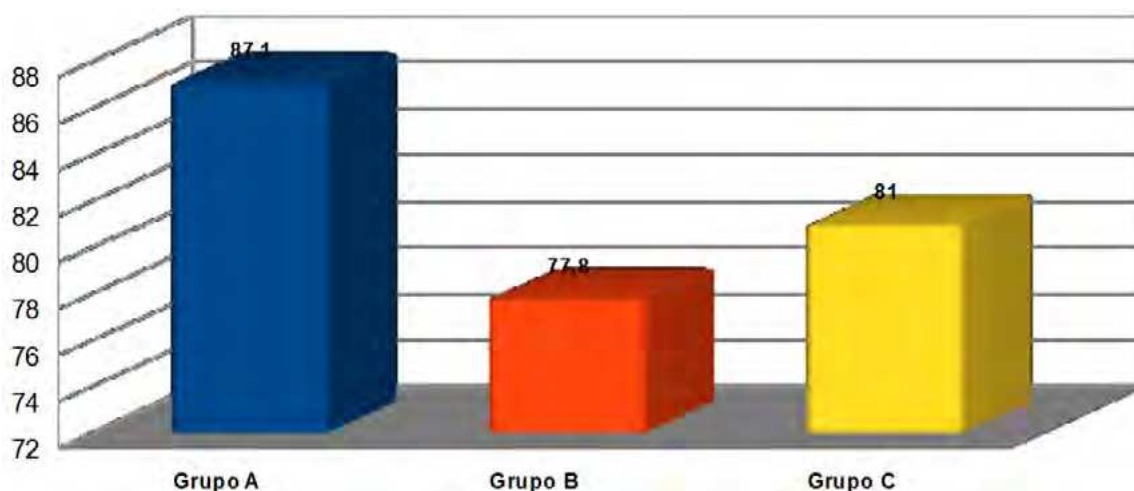
Este primer gráfico ofrece los porcentajes de participación de socios/as y usuarios/as en los diferentes tipos de talleres realizados en el CPA de Jódar (Jaén). Así, un 44,4% participa sólo en talleres de envejecimiento activo -informática, gimnasia de mantenimiento, pintura al óleo, pintura en tela, fotografía digital, tertulia del librepensamiento, teatro y/o lectoescritura-, un 40% lo hace exclusivamente en los enmarcados fuera del grupo de envejecimiento activo -juegos de mesa, baile y bingo- y un 15,6% hace lo propio compaginando su asistencia a talleres de las dos tipologías.

Gráfico 1. Distribución de los/as asistentes por grupos



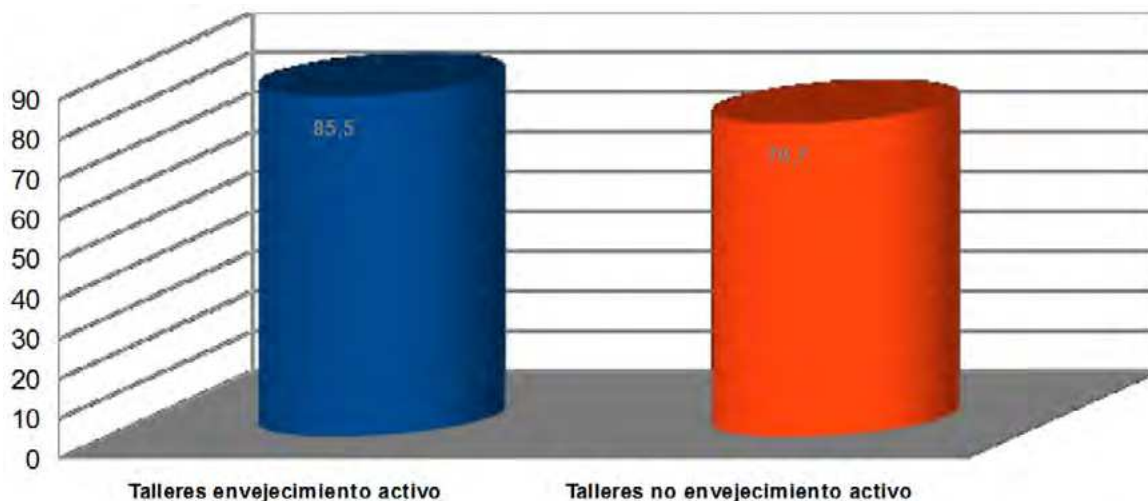
En el gráfico 2, se presentan los índices de calidad de vida de cada uno de los grupos haciendo referencia a la clasificación mencionada en el gráfico anterior. La puntuación más alta (87,1 sobre 100) es la obtenida por quienes participan exclusivamente en los talleres de envejecimiento activo, siendo la más baja la de quienes lo hacen sólo en los que no son de envejecimiento activo (77,8), estando entre ambos quienes participan en los dos tipos de talleres (81).

Gráfico 2. Índice de calidad de vida por grupos específicos



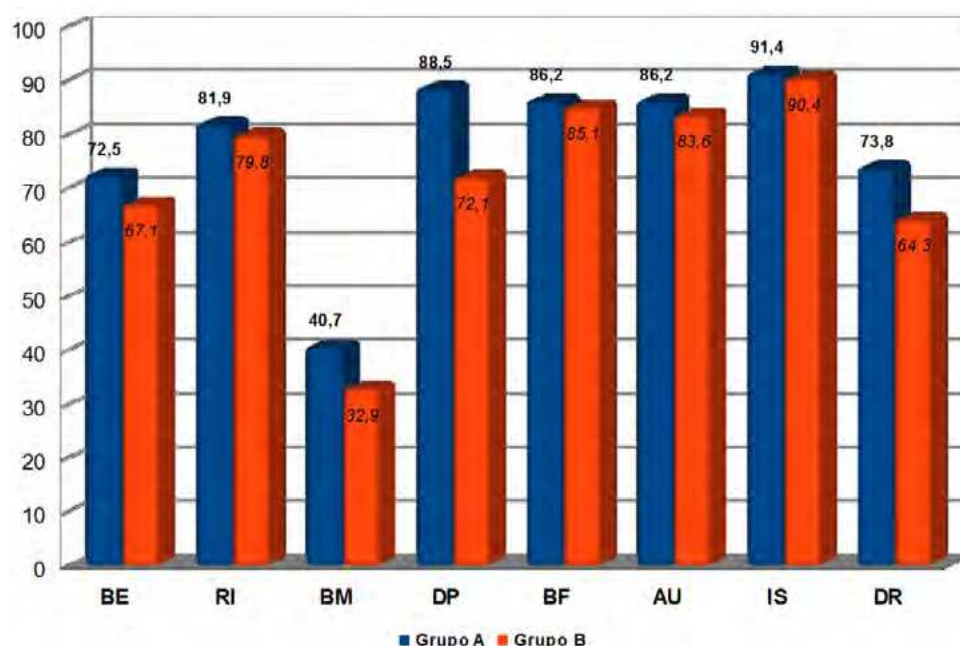
El tercer gráfico, que complementa al anterior, expone las puntuaciones de los grupos en los que se basa el estudio -y que integran ya las medias reales incorporando las puntuaciones del anteriormente denominado grupo C. Por consiguiente, muestra como la puntuación global del grupo de envejecimiento activo supera en 6,8 puntos al otro -obteniendo puntuaciones de 85,5 frente a 78,7-

**Gráfico 3. ÍCV según participación en talleres de envejecimiento activo o no**



Finalmente, se ofrecen las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones que han compuesto la evaluación global de la calidad de vida de las personas que han participado en el estudio. En todas y cada una de las ocho dimensiones el grupo de participantes en los talleres de envejecimiento activo obtiene puntuaciones superiores, encontrándose las diferencias más notables en las dimensiones de bienestar emocional (5,4), material (7,8), desarrollo personal (16,4) y derechos (9,5), y las menores en las de relaciones interpersonales (2,1), bienestar físico (2,6), autodeterminación (2,6) e inclusión social (1).

**Gráfico 4. Dimensiones por grupo**



## Discusión

En este apartado se desarrollan la confrontación de los resultados obtenidos en el estudio teniendo presentes los objetivos del trabajo y las correspondientes conclusiones extraídas.

La mayoría de los talleres impartidos en el Centro son de envejecimiento activo (72,7%) aunque el número de participantes en ellos en exclusiva es del 44,4% -junto a un 15,6% que asiste también a los talleres no enmarcados en esta premisa-.

La distribución de los/as asistentes por grupos viene a mostrar que un 84,4% de ellas participa exclusivamente en talleres de envejecimiento activo o en los que sitúan fuera de él, mientras que sólo un 15,6% lo hace en ambos tipos simultáneamente. Esto puede deberse -además del interés personal de cada cual a un taller u otro- a la fragmentación estereotipada existente en el Centro y extendida por los/as propios/as socios/as y usuarios/as de diferenciación de estatus social entre un grupo y otro, aunque ni las variables educativas ni económicas la sostienen.

Centrándonos en el ámbito de la calidad de vida, no se ha realizado hasta el momento ninguna investigación científica que analice la calidad de vida de las personas mayores en relación con su participación en talleres de envejecimiento activo frente al resto de talleres y, menos aún, centrándose de manera específica en los CPA, los centros de Servicios Sociales Especializados en materia de envejecimiento activo por excelencia.

Destaca el alto índice de calidad de vida de los/as participantes, aunque existen importantes diferencias entre los grupos mencionados. Así, quienes participan exclusivamente en talleres de envejecimiento activo alcanzan un índice de calidad de vida el 87,1 frente a 77,8 de los/as que lo hacen sólo en la otra categoría de talleres -es decir, 9,3 puntos de diferencia a favor de los/as primeros/as-, mientras que quienes lo hacen en ambos a la vez puntúan 81. Por consiguiente, y ciñéndonos únicamente a los dos grupos objeto de estudio, la diferencia se reduciría a 8,8 puntos (85,5 frente a 78,7) al incluir al tercer grupo en los dos anteriores. Esta diferencia validaría la tesis -no demostrada científicamente de manera específica hasta el momento- de que las políticas de envejecimiento activo suponen el incremento de la calidad de vida en las personas mayores, llegando más allá de la Teoría de la Actividad a partir de la cual no tendrían por qué existir diferencias significativas entre ambos grupos.

En referencia a las diferencias en las puntuaciones del Índice de calidad de vida en cada dimensión, destaca la supremacía en todas ellas del grupo de envejecimiento activo, quedando de la siguiente manera la distancia -en orden descendente- entre ambos grupos: desarrollo personal (16,4 puntos), derechos (9,5), bienestar material (7,8), bienestar emocional (5,4 puntos), autodeterminación (2,6), relaciones interpersonales (2,1), bienestar físico (1,1) e inclusión social (1).

Las mínimas diferencias en las dimensiones de inclusión social, bienestar físico y relaciones interpersonales quedan fundamentadas por la Teoría de la Actividad (Oddone, 2013); la aparecida en la dimensión de bienestar emocional no concuerda con las investigaciones en las que se relaciona la moral alta en las personas mayores con un nivel alto de actividad (Maddox, 1968); las existentes en la de bienestar material se encuadra en hechos como que el 87,5% de todos/as los/as participantes con formación académica universitaria, con bachillerato y con educación secundaria pertenecen al grupo de envejecimiento activo; y



las disparidades producidas en desarrollo personal, derechos y autodeterminación vienen directamente relacionadas con la implementación y los resultados de las políticas de envejecimiento activo.

A la vista del estudio realizado y en consonancia con los objetivos planteados, se han obtenido las siguientes **conclusiones**:

A modo general, las personas participantes en los talleres han obtenido una valoración alta en el índice de calidad de vida, alcanzando un percentil de 82,5, distribuyéndose por dimensiones con los siguientes valores (sobre cien): 70,1 en bienestar emocional, 80,8 en relaciones interpersonales, 37,8 en bienestar material, 80,5 en desarrollo personal, 85,6 en bienestar físico, 85,1 en autodeterminación, 90,8 en inclusión social y 82,5 en derechos.

No obstante, y centrándonos en los grupos planteados en la investigación, el índice de calidad de vida es más elevado -hasta 9,3 puntos- entre las personas que participan en exclusiva en los talleres de envejecimiento activo y quienes hacen lo propio en los que se encuadran fuera de este sector -87,1 frente a 77,8- disminuyendo -hasta los 6,1 puntos- en relación con el grupo de personas que participa en ambas categorías de talleres.

Por ello, podemos concluir que las políticas de envejecimiento activo tienen una relación directa con el aumento del índice de calidad de vida, traspasando los límites de las tesis de la Teoría de la Actividad.

El grupo de personas participantes en los talleres de envejecimiento activo obtuvo puntuaciones más altas en todas las dimensiones de calidad de vida del estudio con diferencias notables en la mayoría de ellas: desarrollo personal (16,4 puntos), derechos (9,5), bienestar material (7,8), bienestar emocional (5,4 puntos), autodeterminación (2,6), relaciones interpersonales (2,1), bienestar físico (1,1) e inclusión social (1).

## Bibliografía

- CALMAESTRA, P. (2012). “Los Centros de Día de mayores en la provincia de Jaén”. *NUDOS Servicios Sociales*, 7: 175-191.
- MADDOX, G.L. (1968). Persistence of life style among the elderly: A longitudinal study of patterns of social activity in relation to life satisfaction. En *Middle age and aging: A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- ODDONE, M.J. (2013, 28 de Septiembre). “Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo”. *Informes Envejecimiento en Red*, 4. Recuperado el 13 de Febrero de 2014, de [envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf)
- OMS (2002). “Envejecimiento Activo. Un marco político”. Recuperado el 23 de Febrero de 2014 de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- PÉREZ, G., DE JUANAS, Á., CUENCA, E., LIMÓN, M.R., LANCHO, J., ORTEGA, M.C. y MUELAS, Á. (2013). *Calidad de Vida en personas adultas y mayores*. Madrid: UNED.
- ROJO, F. (Coord.) (2009). *Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.
- RUBIO, R. y MUÑOZ, J. (Comp.) (1993). *Gerontología Social. Perspectivas teóricas y de*

intervención. Jaén: Diputación Provincial de Jaén.

- VALDERRAMA, E. y PÉREZ, J. (1997). “Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 32: 297-306.
- VERDUGO, M.A. y SCHALOCK, R. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza editorial.
- VERDUGO, M.A., GÓMEZ, L.E. y ARIAS B. (2007). “La Escala Integral de Calidad de Vida. Desarrollo y estudio preliminar de sus propiedades psicométricas”. *Siglo Cero. Revista Española sobre discapacidad intelectual*. 224: 37-56.
- VERDUGO, M. Á; GÓMEZ, L. E y ARIAS, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores: La escala FUMAT*. Salamanca: Publicaciones del INICO.
- VERDUGO, M. A., GÓMEZ, L. E., ARIAS, B. y NAVAS, P. (2010). Aplicación del paradigma de calidad de vida: construcción de escalas de evaluación e investigación. En *Aplicación del paradigma de calidad de vida* (19-38). Salamanca: INICO.
- VERDUGO, M.A., CANAL, R., JENARO, C., BADÍA, M. y AGUADO A.L. (2012). *Aplicación del paradigma de calidad de vida a la intervención con personas con discapacidad desde una perspectiva integral*. Salamanca: INICO.