

**LA CALIDAD DE VIDA DE ALUMNOS CON
NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y SIN ELLAS.
ELABORACIÓN DE UN MARCO CONCEPTUAL Y UN
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN**

**QUALITY OF LIFE IN STUDENTS WITH AND WITHOUT
SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS.
DEVELOPMENT OF A CONCEPTUAL FRAMEWORK AND AN
INSTRUMENT TO ASSESS IT**

Gómez-Vela, M^a.

Universidad de Salamanca — INICO

RESUMEN

Existen muy pocos modelos teóricos y muy pocos instrumentos de evaluación de la calidad de vida de los adolescentes en general, y de los jóvenes con discapacidad en particular. En este artículo se describe el proceso de elaboración de ambos, un marco conceptual sobre la calidad de vida durante la adolescencia, y un instrumento de evaluación adaptado a las características de esta etapa. El instrumento se aplicó en un grupo de 1121 jóvenes, un 13,5% de los cuales presentaba necesidades educativas especiales. En el artículo aparecen sus propiedades psicométricas, algunos de los resultados más relevantes obtenidos tras su aplicación, y se sugieren líneas de intervención en el contexto educativo a partir de esos resultados.

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida, modelo teórico, cuestionario, alumnos de Educación Secundaria Obligatoria, Necesidades Educativas Especiales.

ABSTRACT

There are few theoretical models and instruments to assess the quality of life of adolescents. In this article, we describe the development of both, a conceptual framework on quality of life in adolescence, and a instrument to assess it. The questionnaire were applied to a sample of 1121 secondary school students, 13,5% of whom had special educational needs. In the article, we describe the psychometric pro-

perties of the questionnaire, and the most relevant results, some of them open pathways of intervention in the field of education.

KEYWORDS

Quality of life, theoretical model, questionnaire, Secondary School Students, Special Educational Needs.

1. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, la preocupación por el bienestar social y el interés por mejorarlo ha dado lugar a la aparición de expresiones como la de “calidad de vida” en la planificación de los servicios sociales y humanos, y en la evaluación de sus resultados. Sin embargo, para que expresiones como esta no queden en meras declaraciones de intenciones, ha sido necesario realizar un acercamiento sistemático a su definición, a los elementos que la componen y a su evaluación. Ello ha dado lugar a que la expresión se haya convertido en objeto de investigación. En este sentido, desde los años 60 del siglo XX se han realizado numerosos estudios que actualmente nos permiten conocer las principales características del concepto y diseñar acciones para su aplicación.

No obstante, la investigación sobre calidad de vida no ha sido tan abundante en relación con todos los grupos de la población. La mayor parte del conocimiento disponible se refiere a poblaciones adultas. Apenas existen acercamientos a la calidad de vida que experimentan los niños y los adolescentes en general, y los que presentan una discapacidad en particular. Los escasos acercamientos al bienestar de estos grupos han consistido básicamente en la adaptación de modelos e instrumentos de evaluación de la calidad de vida de los adultos. Por lo tanto no contemplan las características específicas de estas otras etapas de la vida.

La adolescencia constituye un periodo de cambios que afectan al bienestar. Además, numerosas variables tanto individuales como interpersonales (autoconcepto, socialización, problemas escolares, etc.) cobran especial relevancia durante este periodo, y aún no disponemos de datos determinantes sobre su efecto en la calidad de vida de los jóvenes.

Por las razones expuestas, el estudio que se presenta consiste en la elaboración de un marco conceptual sobre la calidad de vida durante la adolescencia, y un instrumento de evaluación del constructo, adaptado a las características de jóvenes con Necesidades Educativas Especiales y sin ellas. El marco conceptual es el resultado de una exhaustiva revisión de la literatura sobre calidad de vida. Las dimensiones que lo componen coinciden en gran medida con las que aparecen en los modelos teóricos más actuales y aceptados por la comunidad científica, y están adaptados a las características de jóvenes con discapacidad y sin ella.

El cuestionario, por su parte, también se ajusta a los planteamientos actuales en materia de evaluación del término “calidad de vida” (Schalock et al., 2002; Schalock & Verdugo, 2002; Verdugo, Schalock, Keith, & Stancliffe, 2005), presenta propiedades psicométricas apropiadas, y abre interesantes vías de intervención en el contexto educativo al permitir, por ejemplo, conocer las áreas vitales con las que los adolescentes experimentan menor satisfacción y detectar desigualdades entre grupos de alumnos (con NEE y sin ellas).

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El estudio científico del concepto “calidad de vida” comenzó en los años 60 del siglo pasado. Desde entonces se han propuesto numerosas definiciones y diversos enfoques de evaluación. En 2002, un panel de expertos consensuó el planteamiento más actual en materia de conceptualización, evaluación y aplicación del término “calidad de vida” en el contexto de los servicios humanos (Schalock et al., 2002; Verdugo et al., 2005). El consenso adquirido por estos investigadores es importante, entre otras razones, porque sienta las bases para la utilización del concepto en relación con aquellos grupos de la población cuyo bienestar ha recibido menor atención. Y es que la investigación sobre calidad de vida no ha sido tan abundante, ni sus repercusiones en la mejora de los servicios sociales tan evidente en relación con todos los grupos.

Existe un importante número de acercamientos al bienestar de la población general (Baker & Intagliata, 1982; Campbell, Converse & Rodgers, 1976; Flanagan, 1982; Michalos, 1985; OCDE, 1973, 1976, 1982; Veenhoven, 1998) y a los adultos con discapacidad (Cummins, 1997a y b; Gardner, Nudler & Chapman, 1997; Goode, 1997a y b; Heal & Chadsey-Rusch, 1985; Parmenter, 1992; Felce & Perry, 1995, 1996; Schalock, 1990, 1995, 1996, 1997; Schalock y Verdugo, 2002; Verdugo, Schalock, Keith, & Stancliffe, 2005). También existen numerosas investigaciones relacionadas con el bienestar de personas hospitalizadas o con enfermedades crónicas (Aggernase, 1994; Coulter, 1997; Guyatt & Cook, 1994; Lehman, Rachuba & Postrado, 1995; Nordenfelt, 1994; Renwick, Brown & Nagler, 1996). Sin embargo, apenas existen acercamientos a la calidad de vida que experimentan los niños y los adolescentes en general, y los que presentan una discapacidad en particular (Brantley, Huebner & Nagle, 2002; Gilman & Huebner, 2000; Petito & Cummins, 2000; Schalock & Verdugo, 2002; Terry & Huebner, 1995; Watson & Keith, 2002).

La adolescencia constituye un periodo de cambios que pueden afectar al bienestar que se experimenta durante esta etapa de la vida (Arnett, 1999; Collins, 1991; Gilman & Huebner, 2000; Petito & Cummins, 2000). Paralelamente a estos cambios, diversos estudios han destacado la influencia que ejerce el nivel de satisfacción con la vida sobre la emisión de conductas de riesgo —abuso de drogas, violencia juvenil, embarazos no deseados— y sobre el afrontamiento de factores estresantes propios de esta etapa, como las relaciones con el otro sexo, la independencia del seno

familiar o el futuro laboral (Dryfoos, 1990; Furr & Funder, 1998; Gilman & Huebner, 2000; Raphael, Rukholm, Brown, Hill-Bailey & Donato, 1996).

En otras investigaciones se ha puesto de manifiesto la relación positiva que se establece entre la satisfacción vital durante la adolescencia y variables como el autoconcepto (Adamson, 2003; Chang, McBride-Chang, Stewart & Au, 2003; Gilman & Huebner, 1997; Huebner & Dew, 1993; Huebner, Laughlin, Ash, & Gilman, 1998; Huebner et al., 2004; Leung & Leung, 1992; Terry & Huebner, 1995) y la autoestima (Cheng & Furnham, 2002; Dew & Huebner, 1994; Huebner, Drane & Valois, 2000; Huebner & Alderman, 1993; Huebner, Gilman & Laughlin, 1999; Huebner et al., 2000; Raphael, 1999; Veenhoven, 1998), el autocontrol percibido (Adelman, Taylor & Nelson, 1989; Cummins & Nistico, 2002; Petito & Cummins, 2000; Raphael et al., 1996), las expectativas de logro y autoeficacia (Fogle, Huebner & Laughlin, 2002; Neto, 1993), la extraversión (Fogle et al., 2002; Huebner, 1991; McKnight, Huebner & Suldo, 2002), las relaciones interpersonales (Huebner & Dew, 1993; Huebner et al., 2000; Leung & Leung, 1992), la aceptación social (Gullone & Cummins, 1999; Petito & Cummins, 2000) y la socialización (Helton & Smith, 2004; Lindstedt, Soderlund, Stalenheim & Sjoden, 2005).

Otros estudios señalan la relación negativa que existe durante esta etapa de la vida entre el bienestar y los problemas escolares (Greenspoon & Saklofske, 1997), la ansiedad y los síntomas de depresión (Adelman et al., 1989; Greenspoon & Saklofske, 1997; Gullone & Cummins, 1999; Hawkins, Hawkins & Seeley, 1992; Huebner, 1991, 1997; Huebner & Alderman, 1993; Huebner et al., 2000; Shek, 1998), la soledad (Huebner & Alderman, 1993) y el estrés (Hawkins et al., 1992; Huebner et al., 2000).

A pesar de la relevancia y utilidad de estos hallazgos, el número de estudios y el impacto de sus resultados en la mejora del bienestar de los adolescentes y de los servicios sociales que se les ofrece continúan siendo bastante limitados. El interés por la satisfacción que experimentan los adolescentes con su vida es reciente, data de la última década del siglo XX (Gilman & Huebner, 2000; Huebner, 1997; Huebner et al., 2000). Los primeros acercamientos presentaron un marcado carácter psicopatológico (Gilman & Huebner, 2000; Huebner, 1994). A medida que se fue popularizando una concepción amplia del bienestar, según la cual este se define, no solo por la ausencia de sintomatología psicopatológica, sino también por la presencia de variables positivas como la percepción de felicidad y satisfacción (Casas, Rosich & Alsinet, 2000; Gilman & Huebner, 2000), se hicieron necesarios nuevos desarrollos sobre la satisfacción vital durante la adolescencia desde esta perspectiva más amplia.

Sin embargo, la revisión de la literatura pone en evidencia la práctica ausencia de estos desarrollos. Los modelos teóricos elaborados se refieren a poblaciones adultas mayoritariamente (Casas et al., 2000; Gilman & Huebner, 2000; Huebner, et al., 2000; Veenhoven, 1998; Watson & Keith, 2002), y los instrumentos de evaluación, especifi-

cos para la población adolescente, son escasos y presentan limitaciones (Gilman & Huebner, 2000; Huebner et al., 1998; Huebner et al., 2000), e incoherencias con los planteamientos actuales sobre el concepto calidad de vida —algunos son unidimensionales, otros contemplan solo la dimensión subjetiva del bienestar y, en general, todos ellos presentan propiedades psicométricas limitadas—. Además, muy pocos incluyen adolescentes con discapacidad en sus muestras de validación. En 2000, Gilman y Huebner hicieron una revisión de medidas de satisfacción vital durante la adolescencia. Encontraron cinco escalas, a las que cabría añadir otras tres elaboradas desde el contexto educativo. De las ocho escalas, sólo una incluye adolescentes con discapacidad en su muestra. El resto no lo hace, ni contempla en sus manuales las modificaciones oportunas para su aplicación en este grupo.

Si nos centramos ahora en el abordaje del término “calidad de vida” desde el contexto escolar, a mediados de los 70, Epstein y McPartland (1976) ya señalaron una de las razones por las que la utilización del concepto era escasa: la ausencia de instrumentos de evaluación adecuados para medir las percepciones de los alumnos. Junto a la razón expuesta por estos autores, para Hegarty (1994) existen otras razones que explican que el concepto “calidad de vida” haya sido algo marginal en el sistema educativo. Entre estas, destaca el hecho de que la atención de las reformas educativas de los últimos años haya girado más en torno a aspectos estructurales y organizativos de las escuelas que en torno a las experiencias del alumno (Baker, 1998; Hegarty, 1994; Phillips, 1993).

A pesar del escaso uso del concepto “calidad de vida” en la escuela, los cambios acaecidos en la forma de entender la educación en todo el mundo, particularmente en lo que atañe a los alumnos con necesidades especiales, han ido en una línea paralela a la seguida por aquellos que promueven la calidad de vida. Contemplar al alumno desde una perspectiva integral, planificar la acción educativa partiendo del alumno y sus necesidades con el fin de satisfacerlas y lograr su máximo desarrollo personal, y promover entornos no restrictivos, son algunos de los aspectos que han acercado los planteamientos relacionados con la calidad de vida al contexto educativo.

Por otro lado, el creciente interés en la educación basada en resultados (“outcome-based education”), la concepción de estos resultados desde una perspectiva amplia, que va más allá de lo meramente académico, y la preocupación por la satisfacción del alumno, han facilitado que la calidad de vida se convirtiera en un resultado relevante a la hora de evaluar la educación (Hegarty, 1994).

Además, la utilización de este concepto en las escuelas supone una serie de beneficios. En primer lugar, puede servir de guía conceptual para muchas transformaciones que la escuela necesita acometer con el fin de atender las necesidades y deseos de los alumnos. En segundo lugar, puede contribuir a la mejora de la planificación educativa, al desarrollo de modelos de evaluación de programas centrados en la persona, y al incremento de la participación de los clientes de la educación en todos los proce-

sos y decisiones que les afectan (Schalock & Verdugo, 2002). Por último, puede contribuir a detectar desigualdades entre grupos de alumnos, por ejemplo, entre los que presentan necesidades especiales y los que no, y puede guiar el desarrollo de programas de prevención de conductas de riesgo entre los alumnos adolescentes.

A pesar de todo ello, el uso explícito del concepto en contextos escolares todavía esta pendiente de los desarrollos que tengan lugar estos años.

3. OBJETIVOS

Ante esta situación, el objetivo del estudio que se describe a continuación fue elaborar un marco conceptual sobre la calidad de vida durante la adolescencia, y a partir de este marco, construir un instrumento de evaluación del constructo, adaptado a las características de jóvenes con Necesidades Educativas Especiales (en adelante, NEE) y sin ellas. El marco conceptual debería ajustarse a los planteamiento actuales en materia de conceptualización del término “calidad de vida” (Schalock et al. 2002; Schalock & Verdugo, 2002). Por su parte, el instrumento elaborado debería (1) evaluar el constructo calidad de vida desde una perspectiva multidimensional (Schalock et al. 2002; Schalock & Verdugo, 2002; Verdugo et al., 2005); (2) permitir identificar a aquellos alumnos cuyas respuestas presentaran sesgos como aquiescencia y/o deseabilidad social; (3) presentar propiedades psicométricas apropiadas (fiabilidad, validez de contenido, constructo y convergente), y (4) abrir vías de intervención en el contexto educativo al permitir, por ejemplo, conocer las áreas vitales con las que los adolescentes experimentan menor satisfacción, detectar desigualdades entre grupos de alumnos (con NEE y sin ellas), y prevenir conductas de riesgo asociadas a niveles bajos de satisfacción con la vida.

4. MÉTODO

4.1. Hipótesis

A la luz de la revisión bibliográfica y de los objetivos formulados, las hipótesis que guiaron nuestro trabajo fueron las siguientes:

1. Se puede conceptualizar la calidad de vida durante la adolescencia a partir de las mismas dimensiones que aparecen en los modelos teóricos más relevantes y con mayor fundamentación científica sobre la calidad de vida de otros grupos de la población.

2. Las dimensiones a partir de las cuales se puede conceptualizar la calidad de vida de los adolescentes son las mismas en el caso de jóvenes con discapacidad y sin ella.

3. Los adolescentes en general obtendrán puntuaciones elevadas en la mayor parte de las dimensiones de calidad de vida, es decir, en las dimensiones relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar emocional, integración en la comunidad, bienestar físico y autodeterminación.

4. Los adolescentes con NEE obtendrán puntuaciones inferiores a sus iguales sin ellas en varias de las dimensiones de calidad de vida citadas previamente.

5. El autoconcepto influye significativamente en la calidad de vida que experimentan los adolescentes. Cuanto mayor es la puntuación en autoconcepto, mayor es la puntuación en calidad de vida.

6. La socialización influye significativamente en la calidad de vida que se experimenta durante la adolescencia. Cuanto mayor es la puntuación en socialización, mayor es la puntuación en calidad de vida.

7. Los adolescentes con NEE presentarán más sesgos en las respuestas al cuestionario de calidad de vida que sus iguales sin NEE. Concretamente, los alumnos con NEE presentarán puntuaciones superiores a sus iguales sin necesidades especiales en las escalas para controlar la aquiescencia y la deseabilidad social.

8. Existe una diferencia significativa en la puntuación obtenida en calidad de vida en función del sexo durante la adolescencia.

9. Existe una diferencia significativa en la puntuación obtenida en calidad de vida en función de la edad durante la etapa adolescente.

4.2. Procedimiento

Dada la escasez de modelos teóricos sobre la calidad de vida durante la adolescencia, para elaborar nuestro marco conceptual revisamos los modelos más relevantes que se han elaborado desde la consolidación del concepto como objeto de interés científico, aunque no se refirieran específicamente a la población adolescente. Limitamos nuestra revisión a aquellos modelos relacionados con la calidad de vida de grupos cercanos, o que compartieran alguna característica relevante con los jóvenes. Concretamente, examinamos 28 modelos teóricos relacionados con el bienestar de la población general, de grupos en edad escolar y de personas con discapacidad.

El análisis de estos modelos nos permitió elaborar un listado con las dimensiones y los indicadores que se han utilizado para operacionalizar el constructo calidad de vida. A continuación, realizamos un análisis de frecuencia que nos permitió seleccionar aquellas dimensiones que los investigadores han incluido en sus modelos teóricos en más ocasiones. Fueron siete dominios y una serie de indicadores asociados a cada uno de ellos: relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar emocional, integración en la comunidad, bienestar físico y autodeterminación.

Estas dimensiones disponían de apoyo teórico, en la medida que habían sido extraídas de los modelos más relevantes elaborados los últimos años sobre el concepto “calidad de vida”. No obstante, necesitaban una base empírica que garantizara su relevancia y adecuación como acercamiento a la calidad de vida que experimentan los adolescentes. Para comprobar su adecuación, construimos un cuestionario compuesto por siete preguntas de final abierto sobre aspectos relevantes de la vida y el grado de satisfacción que las personas experimentan con ellos. El cuestionario incluía enunciados como: “En general, me siento satisfecho con mi vida porque...”, o “las cosas más importantes para mí son...”, etc. Se aplicó en un grupo de treinta y nue-

ve jóvenes. 22 eran mujeres y el resto varones. Quince tenían entre 13 y 15 años, once entre 15 y 20 años y trece tenían más de 20 años. El 51% presentaba algún tipo de discapacidad (especialmente motora e intelectual).

A continuación, analizamos cualitativamente sus respuestas, dividiendo cada una de ellas en oraciones, y asociando el contenido de cada oración con el indicador y con la dimensión surgidos de la revisión teórica a los que hacían referencia. Comprobamos, en primer lugar, que las siete dimensiones aparecían reflejadas en las respuestas de los jóvenes entrevistados. Es decir, constituyen esferas vitales relevantes para ellos. Luego, estas dimensiones disponían no sólo del apoyo teórico que las proporcionaban los modelos de los que se extrajeron, sino que también resultaban adecuadas para conceptualizar el bienestar de los adolescentes con discapacidad y sin ella.

En segundo lugar, el análisis de contenido nos permitió eliminar aquellos indicadores que no aparecieron en las respuestas de los jóvenes entrevistados (“relaciones con los hijos”, por ejemplo). Con ello adecuamos aún más el contenido de cada dimensión a las características de este grupo. Las dimensiones y los indicadores resultantes, muy similares a los que propone Schalock en su modelo de calidad de vida (Schalock, 1996, 1997; Schalock & Verdugo, 2002), aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1

Dimensiones e indicadores de calidad de vida durante la adolescencia

Dimensiones	Indicadores
Relaciones interpersonales	Relaciones valiosas con familia, amigos compañeros y conocidos Redes de apoyo social
Bienestar material	Alimentación Vivienda Estatus económico de la familia Pertenencias
Desarrollo personal	Habilidades, capacidades y competencias Actividades significativas Educación, oportunidades formativas Ocio
Bienestar emocional	Satisfacción, felicidad, bienestar general Seguridad personal/emocional Autoconcepto, autoestima y autoimagen Metas y aspiraciones personales Creencias, espiritualidad
Integración/Presencia en la comunidad	Acceso, presencia, participación y aceptación en la comunidad Estatus dentro del grupo social Integración Actividades socio-comunitarias Normalización Acceso a los servicios comunitarios
Bienestar físico	Salud y estado físico Movilidad Seguridad física Asistencia sanitaria
Autodeterminación	Elecciones personales Toma de decisiones Control personal Capacitación (<i>empowerment</i>) Autonomía

Una vez que disponíamos de este marco conceptual, lo utilizamos para elaborar el cuestionario de evaluación de la calidad de vida de alumnos adolescentes. En primer lugar, elaboramos un banco compuesto por 255 ítems, 228 relacionados con las siete dimensiones de calidad de vida, y otros 27 para controlar la deseabilidad social.

Los ítems fueron sometidos a la valoración de 12 jueces expertos, que evaluaron su contenido, precisión y adecuación, y decidieron la dimensión a la que pertenecía cada uno. Seleccionamos aquellos ítems que obtuvieron una puntuación media en el criterio “adecuación” igual o superior a 4,5 puntos (en una escala de 1 a 5), y un acuerdo del 100% entre los jueces respecto a la dimensión a la que pertenecían. 59 ítems superaron ambos criterios de selección. 49 se referían a las siete dimensiones de calidad de vida. El resto pertenecía a la escala para controlar la deseabilidad social.

Para controlar otro sesgo en la respuesta, la aquiescencia, añadimos siete ítems (uno en cada dimensión) de contenido inverso al de otros siete que habían superado la valoración de los jueces (Heal & Chadsey-Rusch, 1985; Finlay & Lyons, 2001, 2002; Ramírez, 2005; Sigelman, Budd, Winer, Schoenrock & Martin, 1982).

Por último, optamos por un formato de respuesta tipo Likert con cuatro alternativas. Elegimos un número par para evitar que los alumnos seleccionaran la categoría central (la menos informativa), y un número reducido para facilitar la respuesta de todos los alumnos, incluso aquellos con discapacidad intelectual (Cummins, McCabe, Romeo, Reid & Warters, 1997; Finlay & Lyons, 2001, 2002; Heal & Sigelman, 1995; Ramírez, 2005). La puntuación asignada a cada categoría osciló entre 1 y 4 puntos (1 significaba “total desacuerdo” y 4 “total acuerdo”). En suma, la versión preliminar del cuestionario consistió en 66 enunciados, siete para cada una de las siete dimensiones de calidad de vida, siete formulados en negativo para controlar la aquiescencia, y diez para controlar la deseabilidad social.

4.3. Participantes

Aplicamos el cuestionario en una muestra de 1121 alumnos de Educación Secundaria Obligatoria de la ciudad de Salamanca. Estos alumnos participaron voluntariamente en el estudio. 588 (52,45%) eran mujeres y el resto varones (47,55%). Su edad oscilaba entre los 12 y los 18 años ($M = 13,94$, $SD = 1,35$). En la Tabla 2 aparece más información sociodemográfica sobre los alumnos.

De los 1121 participantes, 151 (13,5%) presentaban NEE. En la mayor parte de los casos, estos alumnos presentaban retraso escolar ($N = 82$; 54,30%), o necesidades especiales derivadas de un déficit intelectual ($N = 49$; 32,45%). En menor medida, presentaban discapacidad física ($N = 5$; 3,31%), sensorial ($N = 4$; 2,65%), sobredotación ($N = 4$; 2,65%), problemas de interacción social graves ($N = 3$; 1,99%), hiperactividad ($N = 3$; 1,99%) y plurideficiencia ($N = 1$; 0,66%).

Tabla 2
Características

	N	%
Edad		
12 años.....	167	14,9
13 años.....	302	26,9
14 años.....	288	25,7
15 años.....	211	18,8
16 años.....	110	9,8
17 años.....	36	3,2
18 años.....	7	0,6
Curso		
1º ESO.....	291	26,0
2º ESO.....	350	31,2
3º ESO.....	284	25,3
4º ESO.....	196	17,5
Tipo de Centro		
Concertado.....	79	7,0
Privado.....	709	63,2
Público.....	333	29,7
NEE		
No.....	970	86,5
Sí.....	151	13,5

4.4. Instrumentos

Junto al cuestionario elaborado, y para comprobar su validez convergente, aplicamos el cuestionario AF5: Autoconcepto Forma 5 (García & Musitu, 1999) y la Batería de Socialización: BAS-3 (Silva & Martorell, 2001). El AF5 está compuesto por 30 ítems, agrupados en cinco factores: (1) autoconcepto académico, (2) autoconcepto social, (3) autoconcepto emocional, (4) autoconcepto familiar y (5) autoconcepto físico. El alumno debe expresar su acuerdo con cada uno de los ítems mediante una escala de 1 a 99 puntos. Las muestras de baremación del AF5 no incluyen alumnos con NEE. Por eso, realizamos una serie de comprobaciones, y adoptamos medidas que garantizaran la fiabilidad de la información ofrecida por estos alumnos. En primer lugar, se comprobó la fiabilidad total del cuestionario y la de cada una de sus escalas. Obtuvimos niveles de consistencia interna entre .67 y .88 para las distintas subescalas, y de .77 para la escala total, valores muy similares a los obtenidos por los autores del AF5 en su muestra de estandarización. Además de esta comprobación, no trabajamos con percentiles sino con la puntuación directa obtenida por cada alumno.

Por su parte, la BAS-3 (Silva & Martorell, 2001) es un autoinforme de la conducta social de adolescentes entre 11 y 19 años. Está compuesta por 75 preguntas agrupadas en cinco factores: (1) consideración con los demás, (2) autocontrol en las relaciones sociales, (3) aislamiento social, (4) ansiedad social / timidez y (5) liderazgo. Además, incluye una escala de sinceridad que coincide con la escala L del cuestionario de personalidad de Eysenck – Forma J (Eysenck & Eysenck, 1981). Como en el caso anterior, comprobamos la fiabilidad de las subescalas y de la escala total. Los índices de consistencia interna oscilaron entre .62 y .78 para las dimensiones. El alfa para la escala total (sin tener en cuenta la subescala de sinceridad) fue .71.

4.5. Análisis

Tras la aplicación de los tres instrumentos, pero centrándonos en el cuestionario de calidad de vida, cuyas propiedades psicométricas deseábamos conocer, en primer lugar, comprobamos la presencia de aquiescencia y/o deseabilidad social en las respuestas de los alumnos participantes. En relación con la primera, dado que en el cuestionario se incluyeron 7 pares de ítems de contenido inverso, se eliminaron los datos pertenecientes a los alumnos que ofrecieron la misma respuesta (positiva o negativa) a tres o más pares (Matikka & Vesala, 1997; Ramírez, 2005). En cuanto a la deseabilidad social, dado que se trataba de 10 ítems, y la puntuación máxima que se podía obtener en ellos era de 40 puntos, se estableció un punto de corte de 30, y se eliminaron los datos de los alumnos que alcanzaron y/o superaron esta puntuación. Tras este procedimiento, comprobamos que el 5,5% (N = 62) de la muestra mostró aquiescencia en sus respuestas, y el 20% (N = 224) deseabilidad social. No encontramos asociación significativa entre ambos sesgos. Pero sí encontramos relación entre la presencia de NEE y uno de ellos, la aquiescencia. Los datos mostraron que este sesgo era más frecuente entre los alumnos con NEE que entre sus iguales sin ellas ($X^2 = 31,432$; $p = 0,000$).

A continuación, realizamos una serie de análisis para comprobar la validez y la fiabilidad del instrumento elaborado. En primer lugar, calculamos la correlación corregida ítem-test y eliminamos los ítems con un índice de homogeneidad bajo ($r < .25$). A continuación, realizamos un análisis factorial (componentes principales; rotación Varimax). El resultado de este análisis fueron 7 factores que explicaban el 51% de la varianza total.

Tabla 3

Resumen del análisis

Factor	Autovalor	% de varianza	% acumulado
F1: Bienestar emocional (felicidad, satisfacción con la vida y con uno mismo, ausencia de preocupaciones)	5,79	20,66	20,66
F2: Integración/presencia en la comunidad. Oportunidades y participación en actividades en el colegio, el barrio o la ciudad (asociaciones culturales, grupos de ocio...)	1,97	7,05	27,72
F3: Relaciones interpersonales (amistad, relaciones con personas cercanas, apoyo que éstas proporcionan)	1,63	5,83	33,54
F4: Desarrollo personal (satisfacción con la educación y logros educativos)	1,44	5,16	38,71
F5: Bienestar físico (estado de salud, importancia de esta y de llevar una vida sana)	1,24	4,42	43,12
F6: Satisfacción con los apoyos (tanto los más cercanos –familia– como los servicios de la comunidad)	1,11	3,95	47,07
F7: Bienestar material (salario de los padres confort de la vivienda, paga semanal)	1,06	3,79	50,86

Tal y como esperábamos, los factores mostraron correlaciones medias-bajas entre sí, lo que confirma la multidimensionalidad del cuestionario.

Seguidamente, comprobamos la fiabilidad de las subescalas y de la escala total mediante el coeficiente de consistencia alfa de Cronbach.

Tabla 4*Coefficiente de consistencia interna de las dimensiones del cuestionario de calidad de vida*

Factor	Alfa
Bienestar emocional82
Integración/presencia en la comunidad61
Relaciones impersonales53
Desarrollo personal39
Bienestar físico35
Satisfacción con los apoyos45
Bienestar material37
TOTAL.....	.84

Por último, para comprobar la validez convergente del cuestionario, calculamos las correlaciones entre cada una de sus escalas y las del AF5 y la BAS-3. Como muestran las Tablas 5 y 6, encontramos correlaciones significativas entre las subescalas de los tres instrumentos.

Tabla 5*Correlaciones entre los factores de calidad de vida y las subescalas del AF5*

	f1	f2	f3	f4	f5
F1	.20**	.17**	.19**	.43**	.30**
F2	.15**	.29**	.09**	.21**	.41**
F3	.08*	.27**		.30**	.09**
F4	.46**	.10**		.34**	.20**
F5	.24**	.11**	.07*	.29**	.31**
F6	.24**	.10**	.08*	.44**	.16**
F7	.22**	.11**	.09**	.27**	.17**

Factores de calidad de vida: F1 Bienestar emocional; F2 Integración/presencia en la comunidad; F3 Relaciones interpersonales; F4 Desarrollo personal; F5 Bienestar físico; F6 Satisfacción en los apoyos; F7 Bienestar material. Subescalas del AF5: f1 Autoconcepto académico; f2 Autoconcepto social; f3 Autoconcepto emocional; f4 Autoconcepto familiar; f5 Autoconcepto físico.

**Correlación significativa al .01

*Correlación significativa al .05

Tabla 6*Correlaciones entre los factores de calidad de vida y las subescalas del BAS-3*

	F1	F2	F3	F4	F5
F1		.18**	-.26**	-.18**	.08*
F2	.13**	.09**	-.24**	-.17**	.26**
F3	.10**	.07**	-.26**	-.08*	.11**
F4	.12**	.29**	-.14**		.08*
F5		.23**	-.08*		
F6	.10**	.21**	-.09**		.08*
F7	.12**	.13**	-.07*		.14**

Factores de calidad de vida: F1 Bienestar emocional; F2 Integración/presencia en la comunidad; F3 Relaciones interpersonales; F4 Desarrollo personal; F5 Bienestar físico; F6 Satisfacción en los apoyos; F7 Bienestar material. Subescalas de la BAS-3: f1 Consideración con los demás; f2 Autocontrol en relaciones sociales; f3 Retraimiento social; f4 Ansiedad social/timidez; f5 Liderazgo.

**Correlación significativa al .01

*Correlación significativa al .05

5. RESULTADOS

Una vez que conocimos las propiedades psicométricas del cuestionario, llevamos a cabo una serie de análisis para comprobar la presencia o no de diferencias entre la puntuación obtenida por los alumnos en las distintas escalas en función de una serie de variables como la presencia o no de NEE, el sexo y la edad. Previamente, habíamos comprobado si se cumplían los supuestos de normalidad de la distribución y homogeneidad de las varianzas para decidir acerca de la utilización de pruebas paramétricas o no paramétricas a la hora de realizar estos contrastes. Dado que en la mayor parte de las escalas no se cumplieron ambos supuestos, y como la selección de la muestra no fue aleatoria, utilizamos pruebas no paramétricas. Concretamente, la prueba de Mann-Whitney para comparar dos grupos, y la de Kruskal-Wallis para comparar más de dos. A continuación, se describen y discuten los resultados obtenidos en estos análisis.

El primer resultado que obtuvimos tras la aplicación del cuestionario fue que los alumnos, en general, obtuvieron puntuaciones elevadas en todas las dimensiones. Dado que no todas ellas estaban compuestas por el mismo número de ítems, convertimos la puntuación obtenida en cada una de ellas a una escala 1 – 100. Observamos que, en ambos grupos (alumnos con NEE y sin ellas), la puntuación obtenida fue superior a 75 puntos en todas las dimensiones. Este resultado es compatible con los de Brantley et al. (2002), Casas et al. (2000), Gilman, Huebner y Laughlin (2000); Huebner et al. (2000) y Raphael et al. (1996). También se repite en estudios realizados con adultos (Diener & Diener, 1996).

El segundo resultado destacable fue que los alumnos con NEE obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores a sus iguales sin ellas en las dimensiones de desarrollo personal ($U = 43059.000$; $p < .01$) y bienestar físico ($U = 49091.500$; $p < .01$). En las escasas investigaciones en las que se compara la satisfacción vital que experimentan los adolescentes con discapacidad y sin ella también se pone de manifiesto la existencia de diferencias desfavorables para el primer grupo. Sin embargo, no existen datos concluyentes sobre los dominios en los que se da mayor discrepancia. Keith y Schalock (1995), por ejemplo, encontraron que los alumnos con necesidades especiales de su muestra obtenían puntuaciones inferiores en satisfacción, bienestar general y autodeterminación. Brantley et al. (2002), por su parte, observaron que los adolescentes con discapacidad expresaban menor satisfacción en relación con los amigos. Watson y Keith (2002) encontraron puntuaciones inferiores en las escalas relaciones interpersonales, inclusión y pertenencia a la comunidad y bienestar general.

Junto a estas diferencias, observadas tras la aplicación del cuestionario, también hay que mencionar otras que encontramos durante la fase cualitativa previa a la elaboración del cuestionario, en relación con la dimensión de integración en la comunidad. En aquella fase, comparamos la frecuencia de aparición de cada dimensión teórica en

las respuestas de los dos grupos de jóvenes entrevistados y analizamos el contenido de tales respuestas. Los adolescentes con discapacidad mencionaron con mayor frecuencia cuestiones relacionadas con esta dimensión. En sus respuestas reflejaron la importancia que conceden a ser aceptados, disponer de las mismas oportunidades que el resto para acceder y participar en la comunidad, y vivir una vida normalizada.

En cuanto al sexo, los varones, tanto con NEE como sin ellas, obtuvieron puntuaciones superiores a las mujeres en la escala de bienestar emocional ($U = 98746,000$; $p < .01$), e inferiores en la de desarrollo personal ($U = 116517,500$; $p < .01$). Gullone y Cummins (1999) y Huebner et al. (2000) también señalaron en sus estudios la presencia de diferencias en distintos dominios vitales en función del sexo. Sin embargo, como ocurría cuando comparábamos adolescentes con NEE y sin ellas, los resultados no coinciden en relación con las dimensiones en las que surgen esas diferencias. No obstante, tanto en nuestra investigación como en estas otras, parece que las mujeres se muestran más satisfechas que los varones con sus experiencias y resultados académicos, pero menos consigo mismas, con su imagen y con su vida en general.

En relación con la edad, tanto en el grupo de alumnos con NEE como en el grupo sin ellas, los adolescentes obtuvieron puntuaciones inferiores a medida que tenían más edad en las escalas de relaciones interpersonales ($X^2 = 45.658$; $p < .0001$), integración en la comunidad ($X^2 = 82.896$; $p < .0001$), bienestar emocional ($X^2 = 49.969$; $p < .0001$), bienestar físico ($X^2 = 37.300$; $p < .0001$) y desarrollo personal ($X^2 = 71.294$; $p < .0001$). Los alumnos de 12 y 13 años obtuvieron las puntuaciones más altas, y los de 14 y 15 obtuvieron puntuaciones significativamente superiores a los de 16, 17 y 18 años. Otros estudios aportan resultados similares (Gullone & Cummins, 1999; Suldo & Huebner, 2004; Ullman & Tatar, 2001; Chang et al., 2003; Marks, Shah & Westall, 2004). Las exigencias evolutivas pueden encontrarse en la base de estos resultados. Por ejemplo, en relación con la dimensión de desarrollo personal, los alumnos mayores se enfrentan a más demandas académicas y a la toma de decisiones sobre su porvenir profesional. Percibir que su desempeño académico es insuficiente o no ver clara su alternativa profesional futura puede menguar la satisfacción que experimentan en relación con esta dimensión.

6. DISCUSIÓN

La adolescencia constituye un periodo evolutivo con unas características propias que aconsejan un acercamiento diferenciado a la calidad de vida durante esta etapa. Si a ello añadimos las circunstancias especiales que conlleva la presencia de una discapacidad o de NEE, parece evidente la necesidad de acercamientos específicos y cuidadosos al bienestar de los dos grupos. Por esta razón, en esta investigación nos

propusimos elaborar una conceptualización de la expresión y un instrumento de evaluación adaptados a las características de ambos.

El marco conceptual fue el resultado de una exhaustiva revisión de la literatura sobre calidad de vida, y fue depurado a partir de las respuestas de un grupo de jóvenes con discapacidad y sin ella. Las dimensiones resultantes coinciden en gran medida con las que aparecen en los modelos teóricos más actuales y aceptados por la comunidad científica (Cummins et al., 1997; Gilman et al., 2000; Huebner et al., 1998; Raphael et al., 1996; Schalock, 1996, 1997; Schalock & Verdugo, 2002). Además, constituye uno de los pocos acercamientos al bienestar de los adolescentes que existe en castellano. Se ha elaborado desde planteamientos actuales sobre el bienestar y la calidad de vida, y está adaptado a las características de jóvenes con discapacidad y sin ella, características que también presenta el cuestionario elaborado.

Este cuestionario, además, permite identificar a aquellos alumnos cuyas respuestas están sesgadas por la aquiescencia o la deseabilidad social. En relación con estos sesgos y de acuerdo con otros estudios (Antaki & Rapley, 1996; Budd, Sigelman & Sigelman, 1981; Finlay & Lyons, 2001, 2002; Gudjonsson, 1990; Harner & Heal, 1993; Heal & Sigelman, 1995; Houtkoop-Steenstra & Antaki, 1997; Kilsby, Bennert & Beyer, 2002; Rapley & Antaki, 1996; Sudman & Bradburn, 1974), nuestros datos mostraron que la aquiescencia es más frecuente entre los alumnos con NEE que entre sus iguales sin ellas. La ausencia de relación entre este sesgo y la deseabilidad social nos llevó a interpretar este resultado como una consecuencia de las dificultades de estos alumnos para comprender enunciados negativos, en lugar de como una tendencia a mostrar una imagen positiva de sí mismos. Estos datos sugieren la necesidad de ofrecerles instrucciones claras y concisas, y de comprobar si han comprendido las tareas y actividades escolares que se les plantean antes de que las inicien.

En relación con las propiedades psicométricas del cuestionario, tanto su validez como la fiabilidad total son satisfactorias. En relación con la validez de constructo, el análisis factorial dio lugar a 7 factores que explican el 51% de la varianza. Estos factores son muy similares a los que aparecen en los modelos de calidad de vida de mayor relevancia y aceptación (Cummins, et al., 1997; Gilman et al., 2000; Gullone & Cummins, 1999; Huebner et al., 1998; Raphael et al., 1996; Schalock, 1996, 1997; Schalock & Verdugo, 2002). Además, las correlaciones medias-bajas encontradas entre los factores confirman la multidimensionalidad del cuestionario y, por lo tanto, su ajuste a los planteamientos actuales sobre el constructo y su evaluación. La fiabilidad total del instrumento también es apropiada (Alfa de Cronbach = .84). No obstante, recomendamos su aplicación completa dado que el reducido número de ítems de alguna de sus subescalas dio lugar a niveles de consistencia interna bajos en alguna de ellas.

Por último, el análisis de la validez convergente del cuestionario abre interesantes vías de actuación en el campo educativo. Como ya se ha puesto de manifiesto en

otros estudios (Adamson, 2003; Chang et al., 2003; Gilman & Huebner, 1997; Huebner & Dew, 1993; Huebner et al., 1998, 2004; Leung & Leung, 1992; Terry & Huebner, 1995), el autoconcepto influye en el bienestar que se experimenta durante la adolescencia. En nuestro estudio, encontramos correlaciones positivas significativas entre numerosas dimensiones de calidad de vida y varias subescalas de autoconcepto. Cabe destacar la relación que existe entre autoconcepto académico y desarrollo personal, entre autoconcepto social y relaciones interpersonales e Integración en la comunidad, y entre autoconcepto familiar y la mayor parte de las dimensiones de calidad de vida. A la luz de estos datos, podemos concluir, por ejemplo, que la mejora del autoconcepto académico puede mejorar la percepción que tienen los alumnos adolescentes de su desarrollo personal, o que promover el autoconcepto familiar, es decir, que se sientan felices, queridos y apoyados en casa, puede ser un elemento determinante para mejorar la satisfacción con la vida durante la adolescencia.

En nuestro estudio también encontramos correlaciones positivas entre las dimensiones de calidad de vida y las siguientes subescalas de socialización: consideración con los otros, autocontrol en las relaciones sociales y liderazgo. Mientras que el aislamiento social y la ansiedad/timidez correlacionaron negativamente. Como en otros estudios citados previamente, estos resultados están indicando la importancia de identificar a aquellos alumnos cuyos niveles de timidez y ansiedad social puedan poner en peligro su integración en el grupo de iguales, así como la importancia y la necesidad de mejorar las habilidades sociales de los alumnos, su capacidad para desarrollar y mantener relaciones sociales satisfactorias y para asumir roles de liderazgo.

Por otro lado, el cuestionario nos ha permitido detectar áreas vitales deficitarias y los grupos de alumnos que presentan una situación más desfavorable en ellas. Hemos observado, por ejemplo, que los adolescentes con NEE experimentan menor desarrollo personal y bienestar físico que sus iguales sin ella, o que las adolescentes experimentan menor bienestar emocional que los varones. Detectadas estas desigualdades, resulta más fácil poner en marcha programas o medidas correctoras de las mismas.

Nuestro estudio no nos ha permitido, sin embargo, detectar alumnos con niveles bajos de satisfacción con la vida (un indicador potencial de futuras conductas de riesgo), dado que todos ellos obtuvieron puntuaciones elevadas en el cuestionario. Junto a esta limitación, conviene señalar otras que presenta la investigación y deben paliarse en el futuro. En primer lugar, la muestra no fue aleatoria y pertenece a un área geográfica bastante limitada. Ello hace difícil la generalización de los resultados. Además, algunos grupos de alumnos con NEE eran muy reducidos, lo que limitó bastante las comparaciones que se debían realizar. Por todo ello, en futuras investigaciones será necesario trabajar con muestras más diversificadas, en las que los distintos grupos de discapacidad estén suficientemente representados. Además, es necesario realizar más estudios para comprobar la fiabilidad test-retest del cuestionario ela-

borado, y aumentar la fiabilidad de alguna de sus subescalas, posiblemente ampliando el número de ítems que las componen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamson, L. (2003). "Adolescents' self-concept consistency and the transition from inconsistency to consistency. Psychology". *The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 10 (2), 202-213.
- Adelman, H., Taylor, L. & Nelson, P. (1989). "Minors' dissatisfaction with their circumstances". *Child Psychiatry and Human Development*, 20, 135-147.
- Aggernase, A. (1994). "On general and need-related quality of life: A psychological theory for use in medical rehabilitation and psychiatry". En L. Nordenfelt (ed.), *Concepts and measurement of quality of life in health care* (pp. 241-255). Boston: Kluwer Academic.
- Antaki, C. & Rapley, M. (1996). "Questions and answers to psychological assessment schedules: Hidden troubles in «quality of life» interviews". *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 421-437.
- Arnett, J.J. (1999). "Adolescent storm and stress", reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Baker, F. & Intagliata, J. (1982). "Quality of life in the evaluation of community support systems". *Evaluation and Program Planning*, 5, 12-13.
- Baker, J.A. (1998). "The social context of school satisfaction among urban, low income African-American students". *School Psychology Quarterly*, 13, 25-44.
- Brantley, A., Huebner, E.S. & Nagle, R.J. (2002). "Multidimensional life satisfaction reports of adolescents with mild mental disabilities". *Mental Retardation*, 40, 321-329.
- Budd, E.C., Sigelman, C.K. & Sigelman, L. (1981). "Exploring the outer limits of response bias". *Sociological Focus*, 14, 297-307.
- Campbell, A., Converse, P.E. & Rogers, W.L. (1976). *The quality of American life*. New York: Sage.
- Casas, F., Rosich, M. & Alsinet, C. (2000). "El bienestar psicológico de los adolescentes". *Anuario de Psicología*, 31 (2), 73-86.
- Collins, J.K. (1991). "Research into adolescence: A forgotten era". *Australian Psychologist*, 26, 1-9.
- Coulter, D.L. (1997). "Health-related application of quality of life". En R.L. Schalock (ed.), *Quality of life. Vol. II: Application to persons with disabilities* (pp. 95-104). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

- Cummins, R.A. & Nistico, H. (2002). "Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias". *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 37-69.
- Cummins, R.A. (1997a). "Assessing quality of life". En R.I. Brown (ed.), *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice* (pp. 116-150). Cheltenham: Stanley Thornes.
- Cummins, R.A. (1997b). *Manual for the Comprehensive Quality of Life Scale-Intellectual Disability: ComQol-I5 (fifth edition)*. Melbourne: Deakin University.
- Cummins, R.A., McCabe, M.P., Romeo, Y., Reid, S. & Warters, L. (1997). "An initial evaluation of the Comprehensive Quality of Life Scale-Intellectual Disability". *International Journal of Disability, Development and Education*, 44, 7-19.
- Chang, L., McBride-Chang, C., Stewart, S.M. & Au, E. (2003). "Life satisfaction, self-concept, and family relations in Chinese adolescents and children". *International Journal of Behavioral Development*, 27, 182-189.
- Cheng, H. & Furnham, A. (2002). "Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression". *Personality and Individual Differences*, 34, 921-942.
- Dew, T. & Huebner, E.S. (1994). "Adolescents' perceived quality of life: An exploratory investigation". *Journal of School Psychology*, 32, 185-199.
- Diener, E. & Diener, M. (1996). "Most people are happy". *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Dryfoos, J.G. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press.
- Epstein, J. & McPartland, J. (1976). "The concept and measurement of the quality of school life". *American Educational Research Journal*, 13(1), 15-30.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1981). *EPQ-J. Cuestionario de Personalidad*. Madrid: TEA.
- Felce, D. & Perry, J. (1995). "Quality of life: Its definition and measurement". *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1), 51-74.
- Felce, D. & Perry, J. (1996). "Assessment of quality of life". En R.L. Schalock (ed.), *Quality of life. Vol. I: Conceptualization and measurement* (pp. 63-72). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Finlay, W. M. L. & Lyons, E. (2002). "Aquiescence in interviews with people who have mental retardation". *Mental Retardation*, 40 (1), 14-29.
- Finlay, W. M. L. & Lyons, E. (2001). "Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation". *Psychological Assessment*, 13 (3), 319-335.
- Flanagan, J.C. (1982). "Measurement of quality of life: Current state of the art". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59.

- Fogle, L.M., Huebner, E.S., & Laughlin, J.E. (2002). "The relationship between temperament and life satisfaction in adolescence: Cognitive and behavioral mediation models". *Journal of Happiness Studies*, 3 (4), 373-392.
- Furr, R.M. & Funder, D. (1998). "A multimodal analysis of personal negativity". *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1580-1591.
- García, F. & Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- Gardner, J.F., Nudler, S. & Chapman, M.S. (1997). "Personal outcomes as measures of quality". *Mental Retardation*, 35, 295-305.
- Gilman, R. & Huebner, E.S. (1997). "Children's reports of their life satisfaction: Convergence across raters, time, and response formats". *School Psychology International*, 18, 133-147.
- Gilman, R. & Huebner, E.S. (2000). "Review of life satisfaction measures for adolescents". *Behaviour Change*, 17(3), 178-183.
- Gilman, R., Huebner, E.S. & Laughlin, J.E. (2000). "A first study of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale with adolescents". *Social Indicators Research*, 52, 135-160.
- Goode, D. (1997a). "Assessing the quality of life of adults with profound disabilities". En R.I. Brown (ed.), *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice* (pp. 72-90). Cheltenham, England: Stanley Thornes.
- Goode, D. (1997b). "Quality of life as international disability policy: Implications for international research". En R.L. Schalock (ed.), *Quality of life. Vol. II: Application to persons with disabilities* (pp. 212-221). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Greenspoon, P.J. & Saklfske, D.H. (1997). "Validity and reliability of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale with Canadian children". *Journal of Psychoeducational Assessment*, 15, 138-155.
- Gudjonsson, G.H. (1990). "The relationship of intellectual skills to suggestibility, compliance and acquiescence". *Personality & Individual Differences*, 11, 227-231.
- Gullone, E. & Cummins, R.A. (1999). "The Comprehensive Quality of Life Scale: A psychometric evaluation with an adolescent sample". *Behaviour Change*, 16 (2), 127-139.
- Guyatt, G.H. & Cook, D.J. (1994). "Commentary: Health status, quality of life and the individual". *Journal of the American Medical Association*, 272, 630-631.
- Harner, C.J. & Heal, L.W. (1993). "The Multifaceted Lifestyle Satisfaction Scale (MLSS): Psychometric properties of an interview schedule for assessing personal satisfaction of adults with limited intelligence". *Research in Developmental Disabilities*, 14, 221-236.

- Hawkins, W.E., Hawkins, M.J. & Seeley, J. (1992). "Stress, health-related behavior and quality of life on depressive symptomatology in a sample of adolescents". *Psychological Reports*, 71, 183-186.
- Heal, L.W. & Chadsey-Rusch, J. (1985). "The lifestyle Satisfaction Scale (LSS): Assessing individuals' satisfaction with residence, community setting, and associated services". *Applied Research in Mental Retardation*, 6, 475-490.
- Heal, L.W. & Sigelman, C.K. (1995). "Response biases in interviews of individuals with limited mental ability". *Journal of Mental Retardation Research*, 39, 331-340.
- Hegarty, S. (1994). "Quality of life at school". En D. Goode (ed.), *Quality of Life for Persons with Disabilities: International Perspectives and Issues* (pp. 241-249). Cambridge, MA: Brookline Books.
- Helton, L.R. & Smith, M. (2004). *Mental health practice with children and youth: A strengths and well-being model*. New York: Haworth Social Work Practice Press.
- Houtkoop-Steenstra, H. & Antaki, C. (1997). "Creating happy people by asking yes/no questions". *Research on Language and social interaction*, 30, 285-315.
- Huebner, E.S. & Alderman, G.L (1993). "Convergent and discriminant validation of a children's life satisfaction scale: Its relationship to self- and teacher-reported psychological problems and school functioning". *Social Indicators Research*, 30, 71-82.
- Huebner, E.S. & Dew, T. (1993). "Validity of the Perceived Life Satisfaction Scale". *School Psychology International*, 14, 355-360.
- Huebner, E.S. (1991). "Correlates of life satisfaction in children". *School Psychology Quarterly*, 6, 103-111.
- Huebner, E.S. (1994). "Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children". *Psychological Assessment*, 6, 149-158.
- Huebner, E.S. (1997). "Life satisfaction and happiness". In G. Bear, K. Minke & A. Thomas (eds.), *Children's Needs II* (pp. 271-278). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Huebner, E.S., Drane, W. & Valois, R.F. (2000). "Levels and demographic correlates of adolescent life satisfaction reports". *School Psychology International*, 21, 281-292.
- Huebner, E.S., Gilman, R. & Laughlin, J.E. (1999). "A multimethod investigation of the multidimensionality of children's well-being reports: Discriminant validity of life satisfaction and self-esteem". *Social Indicators Research*, 46, 1-22.
- Huebner, E.S., Laughlin, J.E., Ash, C. & Gilman, R. (1998). "Further validation of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale". *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16, 118-134.

- Huebner, E.S., Valois, R., Suldo, S., Smith, L., McKnight, C., Seligson, J. & Zullig, K. (2004). "Perceived quality of life: A neglected component of adolescent health assessment and intervention". *Journal of Adolescent Health*, 34, 270-278.
- Keith, K.D. & Schalock, R.L. (1995). *Quality of Student life Questionnaire*. Worthington, OH: IDS Publishing Co.
- Kilsby, M., Bennert, K. & Beyer, S. (2002). "Measuring and reducing acquiescence in vocational profiling procedures for first time job-seekers with mental retardation". *Journal of Vocational Rehabilitation*, 17 (4), 287-299.
- Lehman, A.F., Rachuba, L.T. & Postrado, L.T. (1995). "Demographic influences on quality of life among persons with chronic mental illness". *Evaluation and program Planning*, 18 (2), 155-164.
- Leung, J.P. & Leung, K. (1992). "Life satisfaction, self concept and relationship with parents in adolescence". *Journal of Youth and Adolescence*, 21 (6), 653-65.
- Lindstedt, H., Soderlund, A., Stalenheim, G. & Sjoden, P. (2005). "Personality traits as predictor of occupational performance and life satisfaction among mentally disordered offenders". *Nordic Journal of Psychiatry*, 59 (5), 357-364.
- Marks, N., Shah, H., & Westall, A. (2004). *The power and potential of well-being indicators: Measuring young people's well-being in Nottingham*. London: New Economics Foundation.
- Matikka, L.M. & Vesala, H.T. (1997). "Acquiescence in quality of life interviews with adults who have mental retardation". *Mental Retardation*, 35 (2).
- McKnight, C., Huebner, E.S. & Suldo, S.M. (2002). "Relationships among stressful life events, temperament, problem behavior, and global life satisfaction". *Psychology in the Schools*, 39, 677-687.
- Michalos, A.C. (1985). "Multiple Discrepances Theory (MTD)". *Social Indicators Research*, 16 (4), 347-413.
- Neto, F. (1993). "The Satisfaction with Life Scale: Psychometrics properties in an adolescent sample". *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 125-134.
- Nordenfelt, L. (1994). *Concepts and measurement of quality of life in health care*. Boston: Kluwer.
- OCDE (1973). *Liste des préoccupations sociales communes à la plupart des pays de l'OCDE*. Paris: Autor.
- OCDE (1976). *Measuring Social Well-being*. Paris: Autor.
- OCDE (1982) *La liste OCDE des Indicateurs Sociaux*. Paris: Autor.
- Parmenter, T.R. (1992). "Quality of life of people with developmental disabilities". *International Review of research in Mental retardation*, 18, 247-287.

- Petito, F. & Cummins, R.A. (2000). "Quality of life in adolescence: the role of perceived control, parenting style and social support". *Behaviour Change*, 17 (3), 196-207.
- Phillips, B. (1993). "Educational and psychological perspectives on stress in students, teachers, and parents". Brandon, VT: Clinical Psychology.
- Ramirez, S. (2005). "Evaluating Acquiescence to Yes-No Questions in fear assessment of children with and without mental retardation". *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 17 (4), 337-343.
- Raphael, D. (1999). "The quality of life of exceptional adolescents: Implications for educators". *Exceptionality Education Canada*, 9 (1-2), 157-171.
- Raphael, D., Rukholm, E., Brown, R.I., Hill-Bailey, P. & Donato, E. (1996). "The Quality of Life Profile-Adolescent Version: Background, description, and initial validation". *Journal of Adolescent Health*, 19, 366-375.
- Rapley, M. & Antaki, C. (1996). "A conversation analysis of the acquiescence of people with learning disabilities". *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 6, 207-229.
- Renwick, R., Brown, I. & Nagler, M. (1996), (eds.). *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Schalock, R.L. (1990). *Quality of life: Perspectives and issues*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R.L. (1995). *Outcome-based evaluation*. New York: Plenum Press.
- Schalock, R.L. (1996). "Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life". En R.L. Schalock (ed.), *Quality of life. Vol. I: Conceptualization and measurement* (pp. 123-139). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R.L. (1997). "The conceptualization and measurement of quality of life: Current status and future considerations". *Journal on Developmental Disabilities*, 5 (2), 1-21.
- Schalock, R.L. & Verdugo, M.A. (2002). *Handbook on Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R.L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R.A., Felce, D., Matikka, L., et al. (2002). "Conceptualisation, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: Report on an International Panel of Experts". *Mental Retardation*, 40 (6), 457-470.

- Shek, D.T. (1998). "A longitudinal study of Hong Kong adolescents' and parents' perceptions of family functioning and well-being". *The Journal of Genetic Psychology*, 159, 389-403.
- Sigelman, C.K., Budd, E.C., Winer, J.L., Schoenrock, C.J. & Martin, P.W. (1982). "Evaluating alternative techniques of questioning mentally retarded persons". *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 511-518.
- Silva, F. & Martorell, M.C. (1987). *BAS-3. Bateria de Socialización-Autoevaluación*. Madrid: TEA.
- Sudman, S. & Bradburn, N.M. (1974). *Response effects in surveys. A review and synthesis*. Chicago: Aldine.
- Suldo, S.M. & Huebner, E.S. (2004). "Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence?". *School Psychology Quarterly*, 19, 93-105.
- Terry, T. & Huebner, E.S. (1995). "The relationship between self-concept and life satisfaction in children". *Social Indicators Research*, 35, 39-52.
- Ullman, C., & Tatar, M. (2001). "Psychological adjustment among Israeli adolescent immigrants: A report on life satisfaction, self-concept, and self-esteem". *Journal of Youth and Adolescence*, 30 (4), 449-463.
- Veenhoven, R. (1998). *Bibliography of Happiness: 2472 contemporary studies of subjective appreciation in life*. Rotterdam: RISBO.
- Verdugo, M.A.; Schalock, R.L.; Keith, K.D. & Stancliffe, R.J. (2005). "Quality of life and its measurement: important principles and guidelines". *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10), 707-717.
- Watson, S.M.R. & Keith, K. (2002). "Comparing the quality of life of school-age children with and without disabilities". *Mental Retardation*, 40 (4), 304-312.

María Gómez Vela es profesora de la Universidad de Salamanca. En 2003, obtuvo el grado de Doctor con la tesis titulada "Evaluación de la calidad de vida de alumnos de Educación Secundaria Obligatoria con Necesidades Educativas Especiales y sin ellas", con la que obtuvo el Premio Extraordinario. En los últimos años, sus líneas de investigación han sido: calidad de vida, autodeterminación, discapacidad intelectual, atención a la diversidad y alumnos con NEE. e-mail: mgv@usal.es