

AUTODETERMINACIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD MENTAL: DOS CONCEPTOS EMERGENTES

Miguel A. Verdugo*, Mónica Martín*

SUMMARY

Self-determination and quality of life are two concepts that in recent years have been submitted to numerous studies in order to find relationships between them with the aim of improving the quality of life of mental illnesses patients and their families. Starting with the psychiatric reform, people began to see from the patients' perspective the necessity to improve their quality of life by increasing their participation in mental health services and in the decisions and planning of the treatment.

The evaluation of patients' satisfaction with the services provided by social programs shows the necessity to improve their autonomy. To achieve this objective, their opinions, desires, and necessities were kept in mind as well as promoting their integration into the community. The patients' perception about their quality of life and their own reality is a factor that is already a part of many psychosocial rehabilitation programs designed in recent years.

The models of quality of life, where more importance has been given to the concept of self-determination, have been the ones focusing on the community, together with the framework proposed by Schalock and validated by the literature published in the 1985-1999 period. These multidimensional models consider that the patients' subjective perception should be kept in mind in designing the different interventions or rehabilitation programs under way.

The concept of self-determination was initially used in the evaluation of programs as a principle to guarantee well-being and quality of life. Beginning with the psychiatric reform, it was used first as an indicator in community models, and is currently applied as an important dimension inside the programs of psychosocial rehabilitation. Due to the paradigm change, the attention in mental health was focused on the users and family rather than on the professionals. This change was reflected in the use of longitudinal, quantitative and qualitative evaluation designs.

The objective of this article is to analyze the impact of the concepts of quality of life and self-determination in mental health. To do this, we focus on the existing research on quality of life and self-determination during the 1985-1999 period, showing when, why, and how both concepts began to be used. Next, we analyze their use in professional practices and their influence in

the paradigm change. To conclude, we propose several future directions and performance rules, directed at people interested in improving the quality of life and self-determination in mental health.

Key words: Quality of life, self-determination, research, mental health, rehabilitation.

RESUMEN

Autodeterminación y calidad de vida son dos conceptos que en los últimos años han sido objeto de numerosos estudios que han tratado de encontrar la relación existente entre ambos, a fin de mejorar las condiciones de vida de los enfermos mentales y sus familiares. A partir de la reforma psiquiátrica se comenzó a ver, desde la perspectiva del paciente, la necesidad de mejorar su calidad de vida mediante una mayor participación suya en los servicios de salud mental, así como en las decisiones y la planificación del tratamiento.

Evaluar la satisfacción del paciente con la atención prestada por los dispositivos socioasistenciales permitió ver la necesidad de mejorar su autonomía. Para conseguir este objetivo, se tuvieron en cuenta sus opiniones, deseos y necesidades, y se promovió además su integración a la comunidad. La percepción del paciente acerca de su calidad de vida y de su propia realidad es una variable que ya forma parte de muchos programas de rehabilitación psicosocial diseñados en los últimos años.

Los modelos de calidad de vida que más importancia han dado al concepto de autodeterminación han sido los comunitarios, así como el modelo propuesto por Schalock, validado por la revisión de la investigación publicada en el periodo 1985-1999. Estos modelos multidimensionales consideran que la percepción subjetiva del paciente debe tenerse en cuenta al diseñar las distintas intervenciones o los programas de rehabilitación.

El concepto de autodeterminación se utilizó inicialmente en la evaluación de programas como principio de garantía de bienestar y calidad de vida. A partir de la reforma psiquiátrica, se empleó como indicador de los modelos comunitarios y, en los últimos años, como una dimensión importante dentro de los programas de rehabilitación psicosocial. Debido al cambio de paradigma, la atención en salud men-

*Facultad de Psicología, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Universidad de Salamanca.

Correspondencia: Miguel Ángel Verdugo, Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología. Avda. de la Merced 109-131. 37005 Salamanca, ESPAÑA. verdugo@usal.es Tel: 34-923-294695. Fax: 34-923-294685.

Recibido: 24 de enero de 2002. Aceptado: 5 de abril de 2002.

tal se centró más en los usuarios y familiares, y menos en los profesionales. Este cambio se reflejó en el uso de diseños de evaluación longitudinales, cuantitativos y cualitativos.

El objetivo de este artículo es analizar el impacto del concepto de calidad de vida y autodeterminación en salud mental. Para ello, nos centramos en la investigación sobre calidad de vida y autodeterminación efectuada entre 1985-1999, que indica cuándo comenzaron a utilizarse ambos conceptos, por qué y de qué manera. En un segundo momento, analizaremos su empleo en las prácticas profesionales y su influencia en el cambio de paradigma. Para finalizar, ofreceremos una serie de propuestas y pautas de acción, dirigidas a todas las personas interesadas en mejorar la calidad de vida y autodeterminación en salud mental.

Palabras clave: Calidad de vida, autodeterminación, investigación, salud mental, rehabilitación.

CALIDAD DE VIDA E INNOVACIÓN

Los conceptos autodeterminación y calidad de vida han ocupado un lugar preferente en las prácticas innovadoras en salud mental de los últimos años. En la década de 1990 se produjo un notable incremento de los estudios que incorporaban dichos conceptos (63), lo que ha contribuido a un cambio de paradigma en el modelo de atención prestado a las personas con trastornos psicológicos crónicos.

Desde el inicio del movimiento de desinstitutionalización, muchos profesionales de la salud mental expresaron su preocupación por la calidad de vida de las personas con discapacidades psiquiátricas. Aun así, no fue sino hasta más adelante que los estudios publicados sobre calidad de vida prestaron una notable atención a las enfermedades mentales crónicas (30, 42). La reforma psiquiátrica configuró el contexto ideológico y organizativo que ha transformado profundamente los modos de atención en salud mental. Con ello se pasó de un modelo institucional-manicomial a un modelo comunitario, que modificó, asimismo, la forma de analizar y valorar la situación y las posibilidades del enfermo mental crónico. En el ámbito de la salud mental, la calidad de vida es un concepto asociado a los enfoques que buscan mejorar las condiciones de vida de las personas con trastornos psicológicos, teniendo en cuenta sus necesidades individuales (54, 83). Con la aparición de este concepto, alrededor de 1980, la evaluación de la experiencia subjetiva de los pacientes psiquiátricos se convirtió en una de las bases teóricas de los distintos modelos que fueron surgiendo en el ámbito de la salud mental (46, 47).

El concepto de calidad de vida comenzó a utilizarse como factor clave para el buen desarrollo de los procesos de reforma y desinstitutionalización debido

a la necesidad de diseñar y disponer de una amplia y diversificada red de recursos comunitarios, tanto de atención psiquiátrica como de rehabilitación y apoyo social (45, 48). La mejora de la calidad de vida promueve el mantenimiento y la integración a la comunidad de estos enfermos, así como su autonomía (6, 11, 82).

En un primer momento, la investigación sobre calidad de vida en salud mental trató de valorar las consecuencias de diversos tratamientos sobre el funcionamiento social y emocional de la persona en su vida diaria, examinando las relaciones interpersonales, la integración social, y las posibilidades de autodeterminación de los individuos (44). En muchos de estos estudios, se analiza la incidencia del apoyo social en el desarrollo de las enfermedades y los problemas presentados por los individuos. Otros estudios se han preocupado por analizar los efectos de los fármacos sobre la calidad de vida de los pacientes (7, 13, 63). Y un menor número de investigaciones ha analizado el impacto de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida, y en concreto en el funcionamiento físico y en la salud mental de los pacientes (31, 53, 55).

Uno de los aspectos que más interés ha despertado es la evaluación de la satisfacción del paciente respecto de la atención recibida en los servicios de salud mental. Los resultados indican que los pacientes se sienten más insatisfechos cuando asisten a servicios que no los consideran suficientemente autónomos para tomar ciertas decisiones. En cambio, el nivel de satisfacción se incrementa cuando acuden a servicios comunitarios (37, 84).

La valoración que hacen los pacientes acerca de su propia realidad se incluye en el diseño de algunos programas e intervenciones que pretenden mejorar su percepción de la calidad de vida (10, 64, 65, 77). En ellos se analizan las interacciones, el fortalecimiento (*empowerment*), la igualdad entre el equipo/paciente y otros aspectos del servicio.

La investigación sobre calidad de vida se ha centrado también en el análisis de los servicios prestados a la población y su eficacia (58, 74, 93), donde el concepto sirve como criterio de valoración del buen funcionamiento y mejora de los servicios.

MODELOS DE CALIDAD DE VIDA

En los últimos años, el uso del concepto de calidad de vida se ha fundamentado en modelos teóricos multidimensionales que permiten abordar una investigación más compleja (58). Muchos de ellos se desarrollaron en la década de 1980, pero pocos incluyen la autodeterminación como una dimensión importante. De acuerdo con la revisión de Angermeyer y

Kilian (2), en el ámbito de la salud mental destacan tres modelos que incluyen algunos aspectos relacionados con esta dimensión:

- a) *El modelo de satisfacción*, desarrollado por Lehman, Ward y Linn (45), así como por Baker e Intagliata (6), para quienes el concepto de calidad de vida incluye como componentes las características personales, las condiciones objetivas de vida y la satisfacción con dichas condiciones. Este modelo se basa en la suposición de que el nivel de calidad de vida experimentado por el individuo depende de que sus condiciones actuales de vida se ajusten a sus necesidades, deseos y aspiraciones. Pero, desafortunadamente, este modelo no analiza cuáles son. Tal motivo explica que el grado de satisfacción del individuo pueda dar lugar a diferentes interpretaciones.
- b) *El modelo combinado de "importancia/satisfacción"*, incorpora tanto la satisfacción subjetiva del paciente como la evaluación de la importancia que tienen para la persona las dimensiones de vida (8). Este modelo sostiene que las personas difieren en sus valores individuales y preferencias (32), y considera que las condiciones objetivas de vida afectan de forma diferente a la calidad de vida subjetiva.
- c) Por último, *el modelo del funcionamiento del rol*, que plantea que la felicidad y la satisfacción se relacionan con las condiciones sociales y ambientales requeridas para cubrir las necesidades humanas básicas (11). Este modelo jerárquico sugiere que las necesidades psicológicas de orden superior surgen cuando están cubiertas las necesidades básicas (especialmente, la "seguridad") (50).

Otro modelo importante, que precede a los modelos comunitarios, es el Modelo del Proceso Dinámico, que valora los factores socio-culturales y otros factores influyentes, que se basan en el desarrollo de la personalidad individual (23). Este modelo asume que la calidad de vida subjetiva es resultado de un proceso continuo de adaptación durante el cual el individuo debería reconciliar sus deseos y metas con las condiciones de su entorno social y con su habilidad para satisfacer las demandas sociales, asociadas a la consecución de tales deseos y metas. La satisfacción no sería vista como un resultado, sino como un mecanismo que dirige este proceso.

A partir de la década de 1990, el modelo de calidad de vida propuesto por Schalock (71, 72, 73) incluye a la autodeterminación como una de las dimensiones clave de esa calidad de vida. Comparte con los modelos anteriores el reconocimiento de la importancia de la percepción subjetiva, siendo el que más énfasis pone en la multidimensionalidad del con-

cepto. La definición de calidad de vida más aceptada por la comunidad científica internacional la propuso el propio Schalock (71): Calidad de Vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

El modelo de Schalock ha continuado desarrollándose, y ha sido validado por la revisión de las investigaciones publicadas en el periodo 1985-1999 en las áreas de salud, salud mental, discapacidad intelectual, mayores y educación (74, 93). A la estructura de ocho dimensiones propuesta, se le añadieron 24 indicadores en que se ha centrado la investigación, planteando a su vez un modelo ecológico con base en la teoría de sistemas (74). El modelo propuesto por Schalock y cols. es de gran utilidad en salud mental, tanto en un plano individual para fijar los objetivos de la intervención y el apoyo, como en un plano organizacional para planificar y evaluar servicios, y en un nivel macroestructural para determinar los cambios ambientales necesarios para mejorar las condiciones de vida de las personas con trastornos psicológicos graves.

Los modelos más difundidos en los programas de rehabilitación psicosocial se han basado en la aplicación de los principios de normalización, integración, desinstitucionalización e individualización (85). Se estudió tanto el cambio en la autonomía funcional del individuo después del tratamiento como el beneficio social que supone la aplicación del programa (49).

PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS: AUTODETERMINACIÓN

El concepto de autodeterminación se utilizó inicialmente en la evaluación de programas como principio de garantía del bienestar y la calidad de vida, relacionándolo con el principio de normalización como si fuera parte del mismo. A partir de la reforma psiquiátrica, se usó como indicador de algunos modelos comunitarios (25, 82, 83). En los últimos años forma parte como dimensión de algunos programas de rehabilitación psicosocial, desde el mismo momento de su diseño y planificación (5, 8, 71, 72, 74, 93).

El cambio de paradigma que se desarrolló fundamentalmente en las décadas de 1970 y 1980 originó que la atención, antes centrada en los profesionales de los dispositivos asistenciales en salud mental, se fijase en los usuarios y familiares que solicitan su ayuda. Este cambio explica la aparición del concepto

autodeterminación en algunos modelos teóricos y programas de rehabilitación psicosocial (6, 8, 81). De forma simultánea, se experimentó un cambio en el paradigma de investigación y en la evaluación de programas de salud mental. Una parte importante de este cambio se refleja en el uso de diseños de evaluación longitudinal, cuantitativos y cualitativos. La mayoría de estos programas evalúa el comportamiento adaptativo de las personas que participan en ellos, su autonomía personal y el papel que desempeñan en la comunidad (60, 68). La autonomía se refleja en las oportunidades que tienen para ejercer control sobre su ambiente, así como en sus elecciones y decisiones. En ese momento comienzan a evaluarse las consecuencias que tienen los programas y/o intervenciones, con el fin de mejorar la calidad de vida de estas personas (28, 70).

Los programas individuales que favorecen el comportamiento independiente en la comunidad y su evaluación (61) han sido apropiados para utilizar activamente el concepto de autodeterminación. Las “elecciones” y “decisiones” de los participantes han desempeñado un papel esencial en muchos de esos programas (32, 62, 75). Y de ellos han salido currículos o programas estructurados que han servido para fundamentar prácticas innovadoras en la integración social y laboral, y en otros contextos (87, 88, 89, 90, 91, 92). La participación de las personas con problemas psiquiátricos en las decisiones y la planificación del tratamiento es crucial, pues contribuye claramente a su bienestar y a la eficacia de las acciones emprendidas (32, 62).

Mejorar e incrementar la autodeterminación, a la vez que se incide en el desarrollo de las personas con enfermedades mentales crónicas, ha sido uno de los objetivos perseguidos por los programas de entrenamiento en habilidades de autoayuda y por los programas psicoeducativos (29, 41). En ellos, se enseña a los pacientes a enfrentar los síntomas, mostrándoles distintas estrategias orientadas hacia su recuperación (67) y ofreciéndoles más oportunidades para que disfruten de su tiempo libre (35, 52, 59). La “elección individual”, las “metas marcadas” y el “control personal” sobre los recursos, se identificaron como condición crucial para una rehabilitación con éxito y una planificación centrada en la persona (PCP). Uno de los requisitos de una buena PCP es mantener ciertos rituales en la vida de las personas (81). Los pacientes de estos programas han sido guiados por sus iguales (ex pacientes), quienes pueden haber tenido o no un entrenamiento especial en esta área (33).

Los centros de salud mental deben desarrollar una planificación con objetivos de calidad, además de poner en práctica técnicas de mejora y programas de

apoyo y asesoramiento para la vida autónoma de estas personas (10, 41, 67). La autodeterminación es una de las dimensiones de la calidad de vida que han tenido mayor desarrollo, tanto en la planificación y desarrollo de programas centrados en la persona (2, 21, 40), como en las técnicas de mejora de calidad (20).

ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA Y AUTODETERMINACIÓN ENTRE 1985 Y 1999

En este apartado se presenta un análisis de la investigación publicada sobre calidad de vida entre 1985 y 1999 en los ámbitos de la salud, la salud mental, la educación, la discapacidad, y mayores (74). También se exponen los resultados y las conclusiones correspondientes a las publicaciones en el ámbito de la salud mental y en relación con el uso del concepto de autodeterminación.

La búsqueda de publicaciones consistió en la localización de todo tipo de artículos científicos, procedentes de distintos campos del conocimiento, que incluyeran el término de calidad de vida en su título o como descriptor del contenido del mismo. Las bases de datos consultadas de 1985 a 1999 fueron: MedLine, PsycLIT, ERIC (Educational Resources Information Center), Current Contents, SIIS (Centro de Documentación e Información del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía de España), DSSC (Disability Studies and Services Center), Whitakers, BIBSYS, TESEO, ISOC y Psicodoc. Se encontraron 20 900 referencias, de las cuales se escogieron 9 749 por la adecuación de sus títulos a los objetivos de la búsqueda. Tras la lectura de los resúmenes de los artículos, se seleccionaron 1 989, de los cuales 135 correspondieron a salud mental, siendo 90 artículos científicos, 44 capítulos de libro y una tesis doctoral. De los 135 artículos seleccionados, 98 incluían la palabra autodeterminación.

En el cuadro 1 se presentan los indicadores de la dimensión de autodeterminación (y los principales términos sinónimos) encontrados en las revistas científicas en el periodo 1985-1999, junto al número total de veces en que aparecen. De un total de 135 referencias, en 98 artículos aparece el término autodeterminación. Los indicadores de autonomía y metas/valores personales centraron más la atención de los investigadores, duplicando prácticamente a todos los demás. Los indicadores de control personal y control ambiental, que presentan características muy relacionadas, aparecen también en un buen número de estudios. Lo mismo ocurre con las elecciones y decisiones de los individuos, en tanto que el indicador de

autodirección está presente solamente en 10% de las referencias seleccionadas.

El número total de referencias de cada indicador sólo significa la elección que profesionales e investigadores han hecho en las investigaciones publicadas en revistas acreditadas. De acuerdo con lo publicado, la autodeterminación se entiende como la capacidad del individuo para tener autonomía personal, control sobre sus actos y el medio en que se desenvuelve, y establecer metas y tener valores personales en la vida. Y eso se debe manifestar con la posibilidad de elegir y decidir sobre distintos aspectos de su vida cotidiana.

En relación con el resto de las dimensiones del modelo de Schalock y cols., la autodeterminación se sitúa en el sexto lugar en cuanto al número de estudios que la incluyen; sólo las dimensiones Bienestar Material y Derechos se sitúan por debajo de ella. Este lugar secundario que ocupa la autodeterminación en las publicaciones obedece a que se analizaron revistas de un periodo muy prolongado de tiempo (1985-1999), y en relación con diversos colectivos (mayores, discapacidad, trastornos psicológicos, etc.). En los últimos años, el número de publicaciones sobre autodeterminación aumentó significativamente, siendo muy notorio el crecimiento de las mismas en el periodo correspondiente a los últimos cinco años. Además, este crecimiento se produce sobre todo en las áreas de la discapacidad intelectual y la salud mental.

TENDENCIAS RECIENTES DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE AUTODETERMINACIÓN

En una segunda fase, se hizo un sondeo selectivo y específico en revistas científicas reconocidas en el campo de la salud mental, en busca de la investigación publicada sobre autodeterminación en los últimos años. El procedimiento consistió en una búsqueda informatizada de las mismas bases de datos que en el primer estudio, pero con el término o descriptor autodeterminación, y del periodo 1995-2000. Se obtuvo un total de 395 referencias en esta segunda fase. Las revistas especializadas que mayor número de referencias aportaron fueron: el *Journal of Clinical Psychiatry* (156), *Journal of Clinical Psychology Review* (66), *Journal of Clinical Psychology* (40) y el *Journal of Community Psychology* (32). De esas referencias se realizó un análisis cualitativo respecto del modo de enfocar la investigación sobre el concepto de autodeterminación.

En los últimos cinco años la autodeterminación se ha convertido en un tema de gran actualidad. La participación del usuario en los centros de salud mental

Cuadro 1
Indicadores de autodeterminación en salud mental

<i>Indicadores de Autodeterminación</i>	<i>Referencias (N = 135)</i>
1°.- Autonomía (In)dependencia, autosuficiencia, automantenimiento y autocuidado	55
2°.- Metas/valores personales Planes de vida, expectativas/deseos, aspiraciones, esperanzas, y sueños/ilusiones/ambiciones	55
3°.- Control personal Supervisión, seguimiento y dominio	32
4°.- Control ambiental* Control social, supervisión, seguimiento y asesoramiento	27
5°.- Decisiones Determinación/Resolución	24
6°.- Elecciones Oportunidades/opciones, preferencias/prioridades	20
7°.- Autodirección Automanejo, orientación personal y autorregulación	13

y el papel que desempeña en los programas de rehabilitación psicosocial es un claro reflejo de la mejora en la calidad de los servicios.

Muchos de los programas de rehabilitación en salud mental examinan aspectos vinculados con las relaciones interpersonales, el bienestar emocional, el bienestar material y la integración comunitaria. Su objetivo es intervenir primero en esos aspectos para que su mejora repercuta positivamente en el nivel de autonomía (3, 10, 35, 49, 52). Sin embargo, ahora se propone cambiar este orden de intervención y comenzar por mejorar la autodeterminación del individuo, lo que debe traer consigo cambios en los otros aspectos. En este sentido son relevantes algunas de las intervenciones realizadas (68, 69, 73, 81).

La investigación sobre autodeterminación en personas con problemas psicológicos se ha centrado en los indicadores de “control personal” y “toma de decisiones”, y en menor grado en la “autodirección”. Para ello ha sido decisivo estimular la “participación del cliente” y el “apoyo social percibido”.

El control personal, y sobre todo el control sobre la toma adecuada de la medicación, es uno de los temas que más interés está despertando (63). El entrenamiento en estrategias de afrontamiento frente a situaciones de crisis es fundamental para plantear metas en el corto y largo plazos (18, 22, 43), y para llegar a pensar y actuar asertivamente (14, 17, 38, 76). Las planificaciones basadas en la elección y las basadas en la persona incrementan el control e independencia del paciente, su acceso e integración comunitaria y su desarrollo personal, gracias al aprendizaje de ciertas habilidades (32, 33, 62, 75).

El proceso de toma de decisiones forma parte de los estudios que analizan el modo en que los pacientes toman determinaciones relacionadas con su calidad de vida, y cómo esta se puede diferenciar del estado de salud (12, 16, 39).

Los servicios centrados en el paciente consideran la autodeterminación como una dimensión importante en la planificación de sus actividades e intervenciones, pues analiza en qué medida fomenta la participación activa de éste (27, 51, 57). En los últimos años se ha intentado modificar el predominio de los profesionales para que los pacientes asuman roles de responsabilidad en los procesos terapéuticos (34, 73, 79). No obstante, existe escasa disponibilidad de recursos de salud mental orientados hacia este fin (56, 66, la reducida actividad innovadora de las comunidades autónomas en las últimas décadas). El papel de los profesionales, junto a la actividad de las asociaciones de familiares y personas con problemas de salud mental, será determinante para cambiar semejante situación.

Los modelos de rehabilitación más progresistas plantean un cambio en el paradigma de atención, utilizando activamente los conceptos de autoayuda, fortalecimiento y calidad de vida (26, 67, 78). Es significativo encontrar ex pacientes que ocupan posiciones clave y colaboran activamente en su rehabilitación.

El notable aumento de defensores de la participación del consumidor ha propiciado el incremento de programas de rehabilitación profesional basados en el modelo de vulnerabilidad, estrés y factores protectores. Estos programas evalúan la satisfacción de los pacientes y sus familias, tratando de lograr que participen en ellos y de desarrollar un plan de vida individual (24, 36).

Pasar de las instituciones a los servicios de base comunitaria requiere proporcionar un apoyo más complejo e intenso a los pacientes (26). La dificultad estriba en la diversidad de estilos de trabajo y grupos de pacientes. Debido a la falta de datos para valorar la eficacia de los programas y servicios comunitarios, en los últimos años se han desarrollado y validado instrumentos multidimensionales para medir la calidad de vida*.

La estrategia metodológica debe ser pluralista, combinando procedimientos cuantitativos y cualitativos, para medir la perspectiva personal (valor o satisfacción), la evaluación funcional (comportamiento adaptativo y estatus o rol ocupado) y los indicadores

sociales (medidas a nivel social) (74). Muchos instrumentos de medida empleados no lo tienen en cuenta y ello repercute negativamente en la medición de la calidad de vida y autodeterminación del individuo (9, 19, 70, 86).

La comparación entre servicios tradicionales y comunitarios fue la principal preocupación de los responsables de los programas de rehabilitación psicosocial. Pese a que en algunos se trabaja desde la perspectiva del paciente, son pocos los estudios que examinan los efectos en el largo plazo sobre dimensiones como la autodeterminación (4, 8). Asimismo, éstos tampoco tienen en cuenta el nivel de autodeterminación inicial del usuario al momento ni después de su admisión. Es un error dar por sentado que mejorará este nivel, sin hacer una evaluación previa de sus necesidades (30). También conviene utilizar como línea base datos procedentes de pacientes institucionalizados, cuyas historias psiquiátricas y características demográficas sean equivalentes.

PROPUESTAS PARA EL FUTURO Y PAUTAS DE ACTUACIÓN

Los cambios que es necesario afrontar hoy para mejorar la atención y el apoyo a las personas con problemas de salud mental se sitúan en distintos ámbitos o niveles. De acuerdo con el modelo ecológico de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (74), que tiene en cuenta la teoría de sistemas, se puede hablar de tres niveles: microsistema, mesosistema y macrosistema. El microsistema es el ambiente social inmediato que afecta directamente a la vida de la persona: la familia, el hogar, el grupo de compañeros o el lugar de trabajo, entre otros. El mesosistema se refiere al vecindario, la comunidad y las organizaciones que afectan directamente al funcionamiento del microsistema. El macrosistema son los patrones generales de la cultura, las tendencias sociopolíticas, los sistemas económicos y los factores relacionados con la sociedad que directamente afectan a los valores y supuestos, y al significado de las palabras y de los conceptos. Los tres niveles abarcan la totalidad del sistema social y permiten desarrollar y planificar programas, así como evaluar los aspectos personales del individuo (micro), los funcionales del ambiente que le rodea y analizar diferentes indicadores sociales (macro). Las ocho dimensiones e indicadores del modelo de Schalock propuesto se estructuran de acuerdo con este triple sistema.

En el *micronivel*, o ámbito personal, los aspectos centrales se refieren al crecimiento personal y al desarrollo de oportunidades en el usuario (74). Junto al conocimiento de sus creencias y valores personales,

*VERDUGO MA, SCHALOCK R, WEHMEYER M, CABALLO C, JENARO C: Indicadores transculturales de calidad de vida: evaluación y su importancia y uso. Universidad de Salamanca. Salamanca 2001 (manuscrito sin publicar).

es fundamental evaluar el grado de autodeterminación inicial, teniendo en cuenta tanto las necesidades que manifiestan los propios enfermos y familiares como las que observan los profesionales. En este sentido es muy importante que los profesionales den fiabilidad y validez a sus juicios, y que no se basen en opiniones o impresiones por muy “expertas” que sean. Esto requiere cambiar las creencias, actitudes y conductas de muchas de las personas implicadas en la atención directa y la rehabilitación.

La rehabilitación profesional debe plantearse con la colaboración del preparador o mediador especialista en la búsqueda y preparación para el empleo, quien llevará a cabo un estudio individualizado de sus necesidades. Los profesionales tradicionales en salud mental no tienen las habilidades y, en ocasiones, ni siquiera la sensibilidad o conciencia para desarrollar con éxito programas de inserción laboral. Esta persona ayudará al paciente a ser más autónomo y a crear, aumentar y reforzar las relaciones con sus compañeros de trabajo (tanto en calidad como en cantidad). Desde una perspectiva de colaboración es esencial la negociación de las metas y el acuerdo terapéutico con el usuario y sus familiares.

La investigación debe centrarse en el desarrollo y evaluación de indicadores de calidad de vida y autodeterminación desde modelos teóricos sólidos. La falta de un modelo teórico de partida conduce al fracaso a muchos programas e intervenciones.

El incremento en la participación de los familiares es un aspecto decisivo para orientar adecuadamente los apoyos. Siempre que esté adaptado a sus necesidades, el apoyo social prestado por los familiares permite prevenir con éxito el desarrollo o la agravación de las enfermedades físicas y mentales, y ayuda a mejorar el funcionamiento personal y ajuste comunitario (73). En el fondo, lo que se persigue es el apoyo natural, buscando en el medio natural del individuo los aspectos clave sobre los que hay que intervenir.

No hay que desdeñar el rol activo que cumplen las personas con problemas psicológicos, quienes pueden desempeñar tareas como voluntarios en otros ámbitos de los servicios sociales. Lo anterior puede contribuir positivamente a su ajuste. De hecho, ésta es una de las áreas más novedosas que se investigan.

En el ámbito del denominado *mesonivel*, nos planteamos cómo desarrollar y planificar buenos programas de rehabilitación, así como mejorar los aspectos funcionales del ambiente que rodea al usuario. Lo primordial es aplicar técnicas de mejora de la calidad del ambiente y los servicios, y abordar su organización. Los servicios de apoyo comunitario y los equipos multidisciplinarios deben organizar los apoyos

sociales y personales en su medio natural e implicar a la familia.

Las políticas sociales son el tema preferente del *macronivel*. El rol que asumen, o dejan de asumir las instituciones y administraciones públicas, así como los medios de comunicación, determina la situación de los usuarios. Las campañas de sensibilización para mejorar la aceptación de los individuos, así como para penetrar en el mercado laboral con una perspectiva de igualdad de oportunidades, son en la actualidad tareas prioritarias. Pero no sólo lo son las campañas de sensibilización sino también las medidas de política social por fomentar. Se ha detectado que la dimensión de “derechos” ni siquiera se investiga, probablemente porque los investigadores y profesionales implicados no la consideran importante. Pero justamente esa perspectiva mejorará las condiciones del ambiente próximo del individuo, sus habilidades y oportunidades.

CONCLUSIONES

Hasta hace unos años, los modelos de calidad de vida en el ámbito de la salud mental no consideraban la autodeterminación como una dimensión relevante al momento de mejorar las condiciones de vida del enfermo mental. Por ello, muchos de los programas de rehabilitación diseñados, así como diversas intervenciones terapéuticas, no se preocuparon por incidir sobre su nivel de autonomía ni tuvieron en cuenta las opiniones, los deseos o las necesidades de sus pacientes. A partir de la reforma psiquiátrica y del movimiento de desinstitutionalización psiquiátrica, se comenzó a hablar de la perspectiva del paciente. A raíz del cambio de paradigma, se incrementó su participación en el tratamiento, en el diseño de programas de rehabilitación y en la planificación de los diferentes servicios socioasistenciales.

REFERENCIAS

1. ANGERMEYER MC, KILIAN R: Theoretical models of quality of life for mental disorders. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds.). *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley and Sons, pp.19-30, Chichester, 1997.
2. ANTHONY WA, FARKAS M: A client-outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions. *Schizophrenia Bulletin*, 8:13-38, 1982.
3. ATKINSON JM, COIA DA, HARPER-GILMOUR W, HARPER JP: The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *Brit J Psychi*, 168:199-204, 1996.
4. ATKINSON MJ, CALDWELL L: The differential effects of mood on patients' ratings of life quality and

- satisfaction with their care. *J Affect Disorders*, 44:169-175, 1997.
5. ATKINSON MJ, ZIBIN S, CHUANG H: Characterizing Quality of Life Among Patients With Chronic Mental Illness: A Critical Examination of the Self Report Methodology. *American J Psychiatry*, 154(1):99-105, 1997.
 6. BAKER F, INTAGLIATA J: Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation Program Planning*, 5:69-79, 1982.
 7. BARCIA D, AYUSO JL, HERRAIZ ML, FERNANDEZ A: Quality of life of patients treated with risperidone. *An Psiquiatria*, 12:134-141, 1996.
 8. BECKER M, DIAMOND R, SAINFORT F: A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality Life Research*, 2:239-251, 1993.
 9. BECKER M, DIAMOND R: New developments in quality of life measurement in schizophrenia. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds.). *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley and Sons, pp. 119-133, Chichester, 1997.
 10. BENGTSOON-TOPS A, HANSSON L: Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *European Psychiatry*, 14: 256- 263, 1999.
 11. BIGELOW DA, BRODSKY G, STEWART L, OLSON M: The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*. Academic Press, pp. 349-351, Nueva York, 1982.
 12. BLACK DW, BELSARE G, SCHLOSSER S: Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *J Clinical Psychiatry*, 60(12):839-844, 1999.
 13. BOBES J, GONZALEZ, MP, BOUSOÑO, M, SAIZ PA: *Calidad de Vida y Salud Mental*. Aula Médica, Madrid, 1997.
 14. BOEKAERTS M, RÖDER I: Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: a review of the literature. *Disability Rehabilitation*, 21(7):311-337, 1999.
 15. BURT MR, DUKE AE, HARGREAVES WA: The Program Environment Scale: Assessing client perceptions of community-based programs for the severely mentally ill. *American J Community Psychology*, 26(6):853-879, 1998.
 16. CASS AR, VOLK RJ, NEASE DE: Health-related quality of life in primary care patients with recognized and unrecognized mood and anxiety disorders. *International J Psychiatry Medicine*, 29(3):293-309, 1999.
 17. CLARK R, TEAGE G: Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Services Research*, 33(5): 1285-1307, 1998.
 18. CHANDLER D, SPICER G, WAGNER M, HARGREAVES W: Cost-effectiveness of a capitated assertive community treatment program. *Psychiatric Rehabilitation J*, 22(4):327-336, 1999.
 19. DENNIS ML, FETTERMAN DM, SECHREST L: Integrating qualitative and quantitative evaluation methods in substance abuse research. *Evaluation Program Planning*, 17(4):419-427, 1994.
 20. DICKENS P: Tools and techniques of human service quality 3: Involving workers and consumers: quality circles and consumer views. En: Dickens P (ed). *Quality and Excellence in Human Services*. John Wiley y Sons, pp. 131-146, Chichester, 1994a.
 21. DICKENS P: Quality systems in human services. En: Dickens P (ed.). *Quality and Excellence in Human Services*. John Wiley y Sons, pp. 147-176, Chichester, 1994b.
 22. DRAKE RE, MCHUGO GJ, CLARK RE, TEAGUE GB, XIE H, MILES K, ACKERSON TH: Assertive community treatment for patients. *American J Orthopsychiatry*, 68(2):201-215, 1998.
 23. ESTROFF SE: Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bull*, 15:189-196, 1989.
 24. FABIAN E: Supported employment and the quality of life: Does a job make a difference? *Rehabilitation Counseling Bull*, 36(2):84-97, 1992.
 25. FAIRWEATHER GW, SANDERS DH, MAYNARD H, CRESSLER DL: *Community Life for the Mentally Ill. An Alternative to Institutional Care*. Aldine Publishing, Chicago, 1969.
 26. FELTON CJ, STASTNY P, SHERN DL, BLANCK A, DONAHVE SA, KNIGHT E, BROWN C: Consumers as peer specialists on intensive case management teams: Impact on client outcomes. *Psychiatric Services*, 46:1037-1044, 1995.
 27. FETTERMAN DM: Steps of empowerment evaluation. *Evaluation Program Planning*, 17(3):305-313, 1994.
 28. FISHMAN DB: An introduction to the experimental versus the pragmatic paradigm in evaluation. *Evaluation Program Planning*, 14:353-363, 1991.
 29. FRISTAD MA, STEPHEN M, GAVAZZI SM, SOLDADO KW: Psychoeducation: A Promising intervention Strategy for families of Children and adolescents with mood disorders. *Family Therapy*, 18(3):371-383, 1996.
 30. GERBER GJ, COLEMAN GE, JOHNSTON L, LAFAVE HG: Quality of life of people with psychiatric disabilities 1 and 3 years after discharge from hospital. *Quality Life Research*, 3:379-383, 1994.
 31. GJAERUM B, HEYERDAHL S: Assessment of the mental state in medically ill children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 11:635-641, 1998.
 32. HAGNER D, HELM DT, BUTTERWORTH JTH: Esta es tu sesión: Un estudio cualitativo de la planificación centrada en la persona. *Siglo Cero*, 27(6):5-15, 1996.
 33. HOFFMANN FL, LECKMAN E, RUSSON, KNAUFL L: In it for the long haul: the integration of outcomes assessment, clinical services, and management decision-making. *Evaluation Program Planning*, 22:211-219, 1999.
 34. HOLLOWAY F, CARSON J: Intensive case management for the severely mentally ill: Controlled trial. *Brit J Psychiatry*, 172:19-22, 1998.
 35. ISO A, SEPPO E, PARK CHJ: Leisure-related social support and self-determination as buffers of stress-illness relationship. *J Leisure Research*, 28(3):169-187, 1996.
 36. JANIKOWSKI T, BORDIERI J, MUSGRAVE J: Dimensions of client satisfaction with vocational evaluation services. *Vocational Evaluation Work Adjustment Bulletin*, 24(2):43-48, 1991.
 37. JAREMA M, BURY L, KONIECZYNSKA Z, ZABOROWSKI B, CIKOWSKA G, KUNICKA A, BARTOSZEWICZ J, MURASZKIEWICZ L: Comparison of quality of life of schizophrenic patients in different forms of psychiatric care. *Psychiatria Polska*, 32:107-115, 1998.
 38. JUNG K: Effective strategies for stress management in everyday life. En: Warburton DM, Sherwood N (eds.).

- Pleasure and Quality of Life*. John Wiley and Sons, pp. 59-66, Chichester, 1996.
39. KAPLAN RM: Health-related quality of life in mental health services evaluation. En: Miller NE, Magruder KM (eds.). *Cost effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, Researchers, and Policymakers*. Oxford University Press, pp. 160-173, Nueva York, 1999.
 40. KATSCHNIG H: How useful is the concept of quality of life in psychiatry? En: Katschnig H, Freeman H Sartorius N (eds.). *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley and Sons, pp. 3-16, Chichester, 1997.
 41. KNIGHT E: Self-directed rehabilitation. *Empowerment*, 2:1-3, 1991.
 42. LAMB HR: Lessons learned from desinstitutionalisation in the US. *Brit J Psychiatry*, 162:587-592, 1993.
 43. LANG MA, DAVIDSON L, BAILEY P, LEVINE MS: Clinicians' and clients' perspectives on the impact of assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 50(10):1331-1340, 1999.
 44. LEFF JP, O'DRISCOLL C, DAYSON D, WILLS W, ANDERSON J: The TAPS Project. 5: The structure of social-network data obtained from long-stay patients. *Brit J Psychiatry*, 157: 848-852, 1990.
 45. LEHMAN AF, WARD NC, LINN LS: Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am J Psychiatry*, 139(10):1271-1276, 1982.
 46. LEHMAN AF: The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Arch Gen Psychiatry*, 40:369-373, 1983a.
 47. LEHMAN AF: The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronically mentally ill. *Evaluation Program Planning*, 6:143-151, 1983b.
 48. LEHMAN AF, POSSIDENTE S, HAWKER F: The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hosp Community Psychiatry*, 37(9):901-907, 1986.
 49. LIPSEY MW, POLLARD JA: Driving toward theory in program evaluation: more models to choose from. *Evaluation Program Planning*, 12:317-328, 1989.
 50. MASLOW AH: *Motivation and Personality*. Harper and Row. Nueva York, 1954.
 51. McLENAN A: Empowerment and the psychiatric consumer ex-patient movement in the United States: Contradictions, crisis and change. *Social Science Medicine*, 40:1053-1071, 1995.
 52. MACNEIL RD, ANDERSON SC: Leisure and persons with developmental disabilities: Empowering self-determination through inclusion. En: Retish P, Reiter S (eds.). *Adults With Disabilities: International Perspectives in the Community*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, 125-143, xiv, 353, Mahwah, 1999.
 53. MELTZER HY, BURNETT S, BASTANI B, RAMIREZ LF: Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hospital Community Psychiatry*, 150:1630-1638, 1990.
 54. MERCIER C, TEMPIER R, RENAUD C: Services communautaires et qualité de la vie: une étude d'impact en région éloignée. (Community services and quality of life: An outcome study in a outlying area). *Canadian J Psychiatry/Revue Canadienne Psychiatrie*, 37(8):553-563, 1992.
 55. NABER D: A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *International Clinical Psychopharmacology*, 10 (supl.3):133-138, 1995.
 56. NIKKEL RE, SMITH G, EDWARDS P: A consumer operated case management project. *Hospital and Community Psychiatry*, 43:577-579, 1992.
 57. O'DONNELL M, PARKER G, PROBERTS M, MATTHEWS R, FISHER D, JOHNSON B, HADZI PD: A study of client-focused case management and consumer advocacy: The Community and Consumer Service Project. *Australian New Zealand J Psychiatry*, 33(5):684-693, 1999.
 58. OLIVER J, HUXLEY P, BRIDGES K, MOHAMAD H: *Quality of Life and Mental Health Services*. Londres, 1996.
 59. PELLETIER LG, VALLERAND RJ, GREEN-DEMERS I, BRIERE NM: Leisure and mental health: Interactions between motivation for leisure activities and psychological well-being. *Canadian J Behavioural Science*, 27(2):140-156, 1995.
 60. PICKNEY AA, GERBER GJ, LAFAVE HG: Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients' perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83:86-91, 1991.
 61. PRILLELTENSKY I, PEIRSON L, GOULD J, NELSON G: Planning mental health services for children and youth: Part I-A value-based approach. *Evaluation Program Planning*, 20(2):163-172, 1997.
 62. RACINO JA, WALKER P, O'CONNOR S, TAYLOR S: *Housing, support and, community. Choices and Strategies for Adults with Disabilities*. Vol. 2. Paul H. Brookes, Baltimore, 1992.
 63. REVICKI DA, SIMON GE, CHAN K, KATON W, HEILIGENSTEIN J: Depression, health related quality of life, and medical cost outcomes of receiving recommended levels of antidepressant treatment. *J Family Practice*, 47(2):446-452, 1998.
 64. ROSENFELD S, SHEREE NEESE-TODD: Why model programs work: factors predicting the subjective quality of life of the chronic mentally ill? *Hospital Community Psychiatry*, 44:76-78, 1993.
 65. ROSENFELD S: Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Sociological Review*, 62(4):660-672, 1997.
 66. ROSS J: Social phobia: the consumer's perspective. *J Clinical Psychiatry*, 54(supl. 12):5-9, 1993.
 67. RYAN RM, DECI EL: Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Ame Psychologist*, 55(1):68-78, 2000.
 68. SAINFORT F, BECKER M, DIAMOND R: Judgements of quality of life of individuals with severe mental disorders: Patient self-report versus provider perspectives. *Am J Psychiatry*, 153:497-502, 1996.
 69. SARTORIUS N: Quality of life and mental disorders: A global perspective. En: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds.). *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley and Sons, pp. 319- 328, Chichester, 1997.
 70. SCHALOCK RL: *Outcome-based Evaluation*. Plenum Publishing Corporation, Nueva York, 1995.
 71. SCHALOCK RL: (ed.): *Quality of life. Vol. 1: Its Conceptualization, Measurement and Use*. American Association on Mental Retardation, Washington, 1996.
 72. SCHALOCK RL: (ed.): *Quality of Life. Vol. II: Application to Persons with Disabilities*. American Association on Mental Retardation, Washington, 1997.
 73. SCHALOCK RL, NELSON G, SUTTON S, HOLTAN S, SHEEHAN M: Evaluación multidimensional del estado actual y la calidad de vida de los receptores de servicios de salud mental. *Siglo Cero*, 28(4):5-12, 1997.
 74. SCHALOCK RL, VERDUGO MA: *The Concept of Quality of Life in Human Services: a Handbook for Human Service Practitioners*. American Association on Mental

- Retardation, Washington,(2002).
75. SHERWOOD N: Pleasure, choice and the quality of everyday life. En: Warburton DM, Sherwood N (eds). *Pleasure and Quality of Life*. John Wiley and Sons, pp. 275- 280, Chichester - New York - Brisbane - Toronto - Singapore, 1996a.
 76. SHERWOOD N: Stressors, product use and everyday skills. En: Warburton DM, Sherwood N (eds.). *Pleasure and Quality of Life*. John Wiley y Sons, pp. 89-96, Chichester, 1996b.
 77. SKANTZE K: Subjective quality of life and standard of living: a 10 year follow up of out patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98:390-399, 1998.
 78. SMITH MK: Empowerment evaluation: Theoretical and methodological considerations. *Evaluation Program Planning*, 21(3):255-261, 1998.
 79. STANARD RP: The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health center. *Community Mental Health J*, 35(2):169-179, 1999.
 80. STANCLIFFE RJ: Proxy respondents and the reliability of the Quality of Life Questionnaire Empowerment factor. *J Intellectual Disability Research*, 43(3):185-193, 1999.
 81. STASTNY P, AMERING M: Integrating consumer perspectives on quality of life in research and service planning. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds.). *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley and Sons, pp. 261-269, Chichester, 1997.
 82. STEIN LI, TEST MA: *Alternatives to Mental Hospital Treatment*. En: Stein LI, Test MA (eds.). Plenum Press, Nueva York, Londres, 1978.
 83. STEIN LI, TEST MA: Alternatives to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*, 37:392-397, 1980.
 84. TAYLOR RE, LEESE M, CLARKSON A, HOLLOWAY F, THORNICROFT G: Quality of life outcomes for intensive versus standard community mental health services: PRISM Psychosis Study 9. *Brit J Psychiatry*, 173:416-422, 1999.
 85. THOMSON DA: New direction. *Psychosocial Rehabilitation J*, 15(3):105-109, 1992.
 86. VAN NIEUWENHUIZEN G, SCHENE AH: Measuring the quality of life of clients with severe mental illness: A review of instruments. *Psychiatric Rehabilitation J*, 20(4):33-42, 1997.
 87. VERDUGO MA: Integración social del deficiente psíquico adulto: Programas de entrenamiento prevocacional y vocacional. *Siglo Cero*, 107:12-17, 1986.
 88. VERDUGO MA: *Programas Conductuales Alternativos: I. Habilidades Sociales*. MEPSA, Madrid, 1989a.
 89. VERDUGO MA: *La Integración Personal, Social, Vocacional de los Deficientes Psíquicos Adolescentes. Elaboración y Aplicación Experimental de un Programa Conductual*. Ministerio de Educación y Ciencia, CIDE, Madrid, 1989b.
 90. VERDUGO MA: POT. *Programa de Habilidades de Orientación al Trabajo. (Programas Conductuales Alternativos)*. Amarú, Salamanca, 1996.
 91. VERDUGO MA: PHS. *Programa de Habilidades Sociales. (Programas Conductuales Alternativos)*. Amarú, Salamanca, 1997.
 92. VERDUGO MA: PVD. *Programa de Habilidades de la Vida Diaria. (Programas Conductuales Alternativos)*. Amarú, Salamanca, 2000.
 93. VERDUGO MA, SCHALOCK RL: El concepto de calidad de vida en los servicios humanos. En: Verdugo MA, Jordán de Urries B (eds.). *Apoyos, Autodeterminación y Calidad de Vida*. Amarú, 105-112, Salamanca, 2001.

**RESPUESTAS DE LA SECCION
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación**

1. D
2. C
3. A
4. C
5. A
6. B
7. D
8. A
9. A
10. E
11. B
12. D
13. E
14. C
15. D