

## JORNADES SOBRE QUALITAT – FIGUERES

(22 i 23 d'octubre de 1.999)

PONÈNCIA

### " EL PERSONAL D'ATENCIÓ DIRECTA I LA QUALITAT DE VIDA "

Exposa: Pere Rueda Quitllet – Responsable Psicopedagògic de la "Fundación Uliazpi".

#### A. El canvi de paradigma en el camp d'atenció a les persones amb necessitats de suport intensiu i generalitzat

A partir del nou concepte de retard mental, aquest s'entén com la interacció que una persona té amb el seu entorn i així aquesta interacció es veu facilitada pels suports que:

- Creen relacions de reciprocitat.
- Dissenyen entorns capaços d'ésser viscuts per cada persona.
- Desenvolupen habilitats adaptatives cada vegada més importants.

Deixant de banda aquest concepte, un altre paràmetre que hem de tenir en compte a l'hora de planificar i gestionar els serveis és la millora de les condicions de vida, la qualitat de vida, quelcom desitjat per totes les persones, independentment de les seves capacitats i limitacions.

En aquest sentit, la majoria d'entitats del nostre camp estan assumint, com a missió, la millora de la qualitat de vida de les persones a les que atenen i la de les seves famílies.

Quan parlem de qualitat de vida no tant sols considerem aquesta com un fet individual d'un mateix, sinó que la nostra qualitat de vida està influenciada també per la dels altres, dels qui ens envolten. Així doncs, la qualitat de vida d'una persona afecta a la de la resta. És per aquest motiu que no parlem simplement de qualitat de vida de la persona amb necessitats de suport intensiu i generalitzat, sinó també de la de la seva família i alhora hauriem de parlar també de la qualitat de vida de tots els qui estem implicats en aquest procés.

En el camp del retard mental s'està prenent el model de qualitat de vida de Schalock on es contempen vuit dimensions que aquestes són:

- Benestar emocional la qual cosa comporta, entre altres, el fet de sentir-se segur, tenir una bona imatge, el manteniment d'una alegria personal, l'espiritualitat.
- Relacions interpersonals pel que fa a la intimitat de les relacions, la varietat d'amics, l'afecte.
- Benestar material que suposa la disponibilitat de possessions personals, la seguretat financera, el treball, entre d'altres.

- Desenvolupament personal per mitjà de l'educació, l'adquisició d'habilitats, la realització personal.
- Benestar físic pel que fa a salut, nutrició, mobilitat, seguretat en quant a l'abús o explotació.
- Autodeterminació que suposa un control personal i el fet de fer eleccions cada vegada més informades.
- Inclusió social la qual cosa implica participar en la comunitat i una acceptació per part d'aquesta.
- Drets relacionats amb la ciutadania com poden ser el de vot, el de la privacitat o el de determinades llibertats.

En definitiva, la qualitat de vida de les persones amb retard mental no ha d'ésser diferent de les que no són discapacitades. I com ja s'ha assenyalat anteriorment, la qualitat de vida de cadascú és rellevant per a la de la resta i la de la resta és important per a cada persona. Per tant, lluitar i perseguir la millora de la qualitat de vida de les persones amb retard mental i de les seves famílies és avançar en la millora de la pròpia qualitat de vida.

Però el canvi de paradigma no està solament en la interacció persona/entorn o en la millora de la qualitat de vida, sinó també en el paper que juguen els professionals i, inclòs, les famílies.

Els professionals hem estat i estem prenent contínuament decisions vers la persona. Decisions que afecten en gran mesura a les seves condicions de vida. Així doncs, el canvi de paradigma suposa que els professionals de tots els nivells: metge, treballadora social, psicòleg, pedagog, infermers, personal d'atenció directa, deixen de ser els "amos" de les persones amb retard mental i passen a ser "empleats" d'aquestes persones, estant subjectes a les seves comandes i desitjos.

La presa de decisions cada vegada més informades; les eleccions; el control sobre l'ambient, etc. són aspectes que hem de possibilitar.

No és gens estrany veure en els nostres serveis persones que presenten conductes desafiantes, algunes d'elles com un mitjà no adequat d'exercir el control envers l'entorn. Per tant, el nostre repte està en ensenyar mecanismes/habilitats de control de l'entorn i, una de les estratègies per fer-ho és la comunicació.

### B. El trànsit de les persones amb necessitats de suport intensiu i generalitzat des de la llar familiar als serveis

Potser és aquest un dels aspectes que més hem oblidat en el desenvolupament dels nostres serveis.

Sí que, darrerament, els serveis van disposant d'uns procediments d'ingrés o d'acollida. Tot i això, encara s'és poc sensible a aquest fet que pot suposar, tant per a la persona amb discapacitat com per a la família, un cop o trencament, sobre tot per a aquells que van a serveis d'habitatge o residencials.

La preparació prèvia, els programes de trànsit, tant per a la persona que va a incorporar-se a un servei com per a la família són factors essencials en la construcció de la qualitat de vida. No oblidem que, en molts serveis, en la definició de la Missió, es remarquen els conceptes de millora de la Qualitat de Vida, tant per a la persona amb discapacitat com per a la família.

Respecte a la família, quan aquesta fa demanda d'una solució residencial, el coneixement previ de les diferents opcions, l'assistència inicial a programes de respir o estades curtes, el suport continuat en els primers mesos, etc. poden ser unes bones mesures a tenir en compte.

En el cas de la persona amb discapacitat, si aquesta està atesa en un servei educatiu, i la transició és cap a un servei d'adults (centre de dia o taller ocupacional) o bé cap a un servei d'habitatge i la gestió del servei posterior està en mans de la mateixa entitat que l'escola, cal fer una planificació prèvia, detallada i compartida, conjuntament amb la persona. Si no correspon a la mateixa gestió, o bé una persona prové de la pròpia llar familiar, els serveis de base o, inclòs el propi servei on ha d'anar, en el procediment de demanda de plaça s'haurà d'incidir en tots aquests temes.

A més a més, la persona hauria de tenir també un coneixement previ de la nova situació, mitjançant visites planificades, així com també per mitjà de programes menys finalistes, com pot ser el de respir.

La participació de la persona, independentment del nivell de suport que necessiti, en l'elaboració del seu pla de vida futura (la participació en aspectes com "l'elecció del lloc on vol viure, o de les persones amb les que vol conviure, les pertinences que vol tenir o mantenir o, la decoració del seu espai o habitació) són elements importants per a una qualitat de vida. El model de vivenda amb suport de Karan i Bothwell (1.997) dona especial importància a aquests processos.

### C. L'èmfasi en les estructures "versus" l'èmfasi en les persones

Quan parlem d'estructura ens referim a aspectes com: l'edifici, l'equipament, el nombre i tipus de personal, la ratio, el model organitzatiu, entre d'altres. I quan parlem de les persones fem referència a les seves actituds i aptituds, a les seves pors als canvis, etc.

Moltes vegades tenim clar què hem de fer per millorar l'estructura, altra cosa és que ho puguem fer; però sembla que no tinguem tan clar què fer per canviar actituds o per pal·liar les pors als processos de canvi.

En general, podríem dir que les parets d'un servei, per sí mateixes, ja poden començar a donar qualitat de vida: confort, seguretat. I certament és un primer pas i, fins i tot, bàsic per a que es doni tota la resta: benestar emocional, relacions entre les persones, autonomia individual i col·lectiva, etc.

Hi ha estudis que ens revelen que el pas de persones des de solucions residencials àmplies a llars de grup a la comunitat no ha suposat, per a les persones ateses, unes relacions més significatives amb les persones que els

envolten, incloses les que els atenen.

Els agrupaments reduïts, amb habitacions individuals, amb una decoració adequada, amb pertinences personals, afavoreixen i són un gran pas, però la qualitat de vida d'una persona no es veu assegurada perquè visqui en una llar comunitària. Un entorn comunitari pot ser tan segregador i tancat, que no fomenti l'estil de vida d'una persona tanmateix que una residència àmplia, allunyada de la comunitat. I a la inversa, un entorn residencial ampli o bé, una unitat o grup dins d'aquesta residència àmplia pot ser tan generador de qualitat com un habitatge integrat si, per exemple, el dia a dia es va fent entre tots, atesos i cuidadors; si les relacions que s'estableixen són d'amistat, de respecte; si hi ha una història compartida entre tots, que tingui significat. Tal com deia Javier Tamarit fa uns dies en una conferència sobre "Qualitat i Habitatge": "una casa no és immediatament una llar. Un entorn com la llar és quelcom més que els elements físics, és una xarxa amb significat i sentit, teixida amb les relacions socials i amb la història i cultura construïda a la llarg del temps" (maig 99).

M. Jesús Breznes ens deia també fa poc: "res és tan fàcil com dirigir una institució i res tan difícil dirigir una llar". Jo hi afegiria: "res és tan difícil com fer funcionar una llar dins una institució."

Però, per dur a terme totes aquestes idees cal treballar, cal adquirir coneixements, cal ensenyar. I també cal dir que, dins d'aquest context hi ha d'haver un mínim d'ordre, d'organització. El mínim, però cal que hi sigui, de cara a que el nostre treball sigui eficaç.

I de cara a tenir aquest mínim d'ordre, d'organització, ens pot ajudar molt el disposar d'uns procediments i d'unes estratègies vinculades al que s'anomena "Qualitat Total".

Necessitem uns procediments per tal d'evitar certs accidents o errades que puguin ser irreversibles. Però hem de buscar els procediments clau, pocs, però eficaços. Hem de vetllar el perill que pot suposar el disposar de molts procediments i els protocols corresponents, perquè sí. Procediments també amb responsabilitats per a cadascú i assumits per tothom.

#### D. Alguns processos bàsics en la gestió de la qualitat de vida

En una llar, en una residència, hem d'estar atents a la unitat, és a dir, al grup, però també a cadascun dels seus membres en particular, de cara a oferir-li les oportunitats més adequades a les seves potencialitats i a les seves preferències.

Per tant, la planificació dels processos amb els que es pretén millorar la qualitat de vida d'una persona constitueix una de les claus de la qualitat.

A més a més, aquesta planificació solament serà eficaç si es coneixen en profunditat les necessitats i expectatives de la persona. Deixant de banda això, els procediments elaborats han de tenir en compte o incloure els valors, la visió i la missió del servei.

Una vegada tinguem aquest marc, ja cal donar responsabilitats, autonomia,

flexibilitat, improvisació i adaptació de cara a que les coses siguin molt dinàmiques i vives.

### **Alguns processos bàsics de la Fundació Uliazpi:**

El total de procediments que hem pensat desenvolupar a la Fundació Uliazpi són 22, dels quals 10 estan relacionats amb la prestació del servei (ingrés, pla de programa individual, relació i tracte amb les famílies, etc.); 4 amb els recursos humans (selecció de personal, formació, voluntariat, etc.); i 8 amb la gestió (seguiment de serveis subcontractats, gestió administrativa del personal, elaboració i control pressupostari, etc.). Actualment, en tenim desenvolupats i en marxa uns 14.

En relació a la pròpia persona amb necessitats de suport intensiu i generalitzat, disposem de tres procediments en els que es pretén que la qualitat de vida constitueixi una de les claus de la qualitat. Ens referim als procediments de: Pla de Programa Individual; Cura, Atenció, Salut i Seguretat; Organització d'Activitats.

*\* El procediment de Pla de Programa Individual descriu, de forma detallada, els passos necessaris per l'elaboració d'aquest pla. El seu abast abarca quatre etapes: avaluació de la persona; prioritització de necessitats i elaboració del pla; intervenció segons els objectius; i l'avaluació i revisió del pla. La responsabilitat d'aquest procediment recau en el Responsable de Centre.*

En el desenvolupament d'aquest procediment es determina què ha d'avaluar cada tècnic i mitjançant quins instruments d'avaluació; com es prioritzen les necessitats i objectius a desenvolupar posteriorment; en quins moments i per part de qui; de quina manera es fa la programació i posada en marxa dels objectius, inclosa la formació del personal a través d'aquests objectius, així com la fiabilitat del procediment i, finalment, de quina manera s'avalua i revisa el pla, recollint tota la informació i resultats obtinguts (aquesta avaluació i revisió formals es fa cada dos o tres anys).

*\* El procediment per garantir la cura, atenció, salut i seguretat tracta d'assegurar que la persona rebi totes aquelles atencions i serveis que afavoreixen el seu benestar físic i emocional, evitant la uniformitat i potenciant una atenció responsable i flexible. Aquest procediment és d'aplicació a tot el personal de la fundació, de tal manera que el metge es responsable d'avaluar les necessitats de la persona en aquest camp, de marcar les pautes d'actuació, i de fer el seguiment; tanmateix passa amb l'infermer/a, fisioterapeuta, psicòleg, o el propi cuidador.*

En el desenvolupament d'aquest procediment es descriuen, de forma detallada, els passos per a l'elaboració i seguiment de les pautes de cura, atenció, salut i seguretat que s'hauran d'incloure en el pla diari de la persona. Els passos són els següents: identificació i definició de les necessitats bàsiques; avaluació de la situació de la persona respecte a aquestes necessitats; determinació de les necessitats; implantació dels plans o pautes de cura, atenció, salut i seguretat; i control / avaluació de la

consistència i eficàcia de l'execució.

De cara a elaborar aquest procediment es va constituir un "Grup de Millora" transversal format per: un metge, un fisioterapeuta, un infermer, un cuidador per cada centre (3), una persona del servei domèstic i el responsable psicopedagògic, com a facilitador del grup.

La conjunció dels procediments de Pla de Programa Individual i de Cura, Atenció, Salut i Seguretat conformen el pla diari que cada persona ha de tenir a nivell de la llar, de centre de dia i de la comunitat.

*\* El tercer procediment clau en relació directa amb la persona i que, en certa manera, és conseqüència dels dos anteriors és el d'organització d'activitats. En aquest procediment es tracta d'assegurar l'organització i coordinació de les activitats que faci o participi cada persona en funció el seu programa o pla diari. I és d'aplicació a tot el personal que ha de planificar, participar i/o realitzar les actuacions previstes, així com a les persones de l'entorn, inclosa la família.*

Per concloure aquest apartat, podríem dir que per produir una millor qualitat de vida hem de tenir en compte allò amb què comptem dins l'organització o servei, però també el que hi ha fora (sense els suports de l'entorn, possiblement aquesta qualitat no es vegi gaire facilitada). Això implica disposar d'uns indicadors del procés de gestió del servei, així com de l'entorn i per gestionar l'entorn hem de tenir la responsabilitat de donar una bona imatge del servei, així com de les persones amb retard mental.

#### E. La importància de tothom, però especialment del personal d'atenció directa, en un model de qualitat

A qualsevol model de qualitat es contempla la satisfacció del personal (client intern) com un punt important dins del procés de gestió i d'entre aquest, cal tenir en compte que és el personal d'atenció directa el suport fonamental que necessiten les persones amb retard mental per viure amb dignitat. Això comporta augmentar la seva participació en la presa de decisions per mitjà dels "grups de millora", del treball en equip, del "feedback" continuat, de la formació, entre d'altres.

En aquest sentit cal contemplar les idees de Deming, un dels pares de la Qualitat Total, respecte al valor dels treballadors, als qui, segons ell, s'han de donar responsabilitats.

Però dit això, també cal remarcar que en un model de qualitat ens hem d'acostumar a avaluar i a quantificar. Ens hem d'acostumar a que se'ns avaluï el nostre treball, el de cadascú, no el de l'últim de la cadena, i tant de dalt a baix com de baix a dalt; i s'ha de ser consistent.

I com ja hem insinuat en un apartat anterior, hi ha una paraula amb la que tothom ens sentim incòmodes, aquesta és la paraula "control". Una de les raons per les quals ens trobem així és perquè tendim a pensar en ella com una acció unilateral, que la única manera de controlar el comportament d'una persona és per mitjà d'un procés unilateral, però si comprenem realment el què és control, veurem que és, fonamentalment, un procés

bilateral, és a dir, hom pot influir i controlar el comportament d'una persona en la mesura que hom es deixi influir o controlar després per l'altra persona. Això és fonamental, el control ha de ser bilateral.

Una altra raó per la qual ens sentim incòmodes amb aquesta paraula és perquè la relacionem amb un tipus de control aversiu i coercitiu. Tendim a pensar que solament es pot aconseguir que algú faci quelcom correctament a base d'amenaques o donant-li algun tipus de conseqüència negativa. És un esquema que l'utilitzem també amb les persones que atenem.

Fa un moment parlava de l'avaluació i podríem dir que si no s'està avaluant el rendiment d'una persona no se li pot donar un "feedback" o conseqüència significativa. La única manera de proporcionar conseqüències significatives per a una persona és per mitjà del coneixement obtingut de la supervisió del que està fent. Per tant, el "feedback" que es dona a una persona no pot ser simplement una qüestió d'estil, que és un pas, ja que si solament fos una qüestió d'estil podríem estar retroalimentant rendiments inadequats.

En tot el que hem anat tractant fins ara: control, "feedback", suport al personal, l'assumpció de la que partim és que el personal vol fer un bon treball; solament necessita les eines per fer-ho.

Un altre aspecte molt important que he esmentat i que moltes vegades ha estat lligat a "dir-me el que no faig bé" és el "feedback". No em refereixo al fet, que tots coneixem, que primer alguns comencen amb paraules boniques i acaben per la crítica, sinó a un "feedback" efectiu.

Finalment cal parlar de la formació. No val a dir: "tenim un programa de formació del personal de 200 hores"; no es tracta de documentar hores. La documentació només serveix per verificar que la persona ha assistit, però ni tan sols serveix per dir si ha estat atent o ha comprès el contingut. Per tant, en la formació s'han d'especificar les competències que vols que tingui el personal i el criteri que s'utilitzarà per mesurar aquestes competències.

Com hem assenyalat al principi d'aquest apartat, tot el personal i especialment el d'atenció directa, és l'element clau per portar a terme un sistema de qualitat dins els nostres serveis, però a la vegada també cal dir que, perquè aquest sistema sigui total, s'han tenir en compte diversos aspectes:

- Que hem d'assumir el que alguns anomenen la cultura de l'avaluació, amb tot el que comporta avaluar i sentir-se avaluat i per això, haurem de seguir tota una sèrie d'estratègies que ens facin acceptar aquesta sistemàtica.
- Que hem de registrar allò que és necessari i bàsic de cara a fomentar una millora continuada.
- Que hem de donar "feedback", uns respecte als altres i que la millor manera de donar-ho és treballant conjuntament, de forma més o menys permanent, amb la persona a la qui hem de donar-li.
- Que la formació també és bàsica per implantar un sistema de qualitat; una formació adequada a les competències que ha de desenvolupar la persona, i

que es doni, en gran part, "in situ", és a dir, en el propi lloc de treball. Una formació no solament lligada als coneixements, sinó també a les actituds.

Per resumir aquesta ponència hauríem de dir que, tots els que treballem en un servei d'atenció a persones amb necessitats de suport intensiu o generalitzat, hem de ser sensibles a les necessitats de cadascú, les de les pròpies persones ateses, de les famílies i de les dels propis companys de treball. I que per respondre a aquestes necessitats ens manquen una sèrie d'instruments.

D'una banda, cal conèixer quins són els indicadors de qualitat de vida per aquesta població en el nostre servei i com mesurar-los.

Cal tenir present també quin model organitzatiu facilitarà la consecució d'aquests objectius de qualitat de vida respecte a la persona amb retard mental i la seva família, model que faciliti un estil de vida integrador, relacional, participatiu i respectuós.

I, finalment, cal disposar d'una sistemàtica i d'uns determinats instruments que sorgeixen de les teories de la qualitat total o millora contínua i que podríem resumir en l'aplicació consistent, en la majoria de les coses que fem, del cicle PDCA, és a dir, planificar (identificar el problema, analitzar-lo, identificar les causes, planificar la solució adequada), fer o realitzar (implantar la solució o solucions), comprovar (confirmar els resultats) i actuar (adaptar i estandaritzar la solució o solucions).

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

ALBIN, J.E. y MANK, D.M. (1997). Continuous Improvement and Quality of Life: Lessons from Organizational Management. . En R.L. Schalock (Ed), *Quality of Life: Vol II. Application to Persons with Disabilities* (pag.165-180). Washington, D.C: American Association on Mental Retardation.

BAMBARA, L.M. y KOGER, F. (1996). *Opportunities for Daily Choice Making*, Washington: American Association on Mental Retardation.

BORTHWICK-DUFFY, S.A. (1996). Evaluation and Measurement of Quality of Life: Special Considerations for Persons with Mental Retardation. . En R.L. Schalock (Ed), *Quality of Life: Vol I. Conceptualization and Measurement* (pag. 105-120). Washington, D.C: American Association on Mental Retardation.

BUTTERWORTH, J., STEERE, D.E. y WHITNEY-THOMAS, J. (1997). Using Person-Centered Planning to Adress Personal Quality of Life. En R.L. Schalock (Ed), *Quality of Life: Vol II. Application to Persons with Disabilities* (pag.5-24). Washington, D.C: American Association on Mental Retardation.

Consejería de Integración Social y otros (1995). *Módulos de Calidad*. Madrid: Comunidad de Madrid.



- 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* (pag.95-104). Washington, D.C: American Association on Mental Retardation.
- DRUCKER, P.F. (1996). *How to Assess your Nonprofit Organization: The Five most Important Questions*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- EMERSON, E. y HATTON, C. (1994). *Moving out: The Impact of Relocation from Hospital to Community on the Quality of Life of People with Learning Disabilities*. London, HMSO
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (1996). *Autoevaluación Basada en el Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad Total. Directrices para el Sector Público: Educación*. Madrid: Club Gestión de Calidad.
- FELCE, D. y PERRY, J. (1996). Assessment of Quality Life. . En R.L. Schalock (Ed), *Quality of Life: Vol I. Conceptualization and Measurement* (pag.63-72). Washington, D.C: American Association on Mental Retardation.
- HEAL, L.W. y SIGELMAN, C.K. (1996). Methodological Issues in Quality of Life Measurement. En R.L. Schalock (Ed), *Quality of Life: Vol I. Conceptualization and Measurement* (pag.91-104). Washington, D.C: American Association on Mental Retardation.
- JANICKI, M.P. (1997). Quality of Life for Older Persons with Mental Retardation. . En R.L. Schalock (Ed), *Quality of Life: Vol II. Application to Persons with Disabilities* (pag.105-116). Washington, D.C: American Association on Mental Retardation.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (1989). *Quality Assurance in Managed Care Organizations*. Illinois . Editado por la misma entidad
- KAHN, J. (1990). *Gestión de Calidad en los Centros Sanitarios*. Barcelona: SG Editores S.A.
- KIERNAN, W.E. y MARRONE, J. (1997). Quality of Work Life for Persons with Disabilities: Emphasis on the Employee. En R.L. Schalock (Ed), *Quality of Life: Vol II. Application to Persons with Disabilities* (pag.63-78). Washington, D.C: American Association on Mental Retardation.
- LaVIGNA, G.W., WILLIS, T.J., SHAULL, J.F., ABEDI, M., y SWEITZER, M. (1994). *The Periodic Service Review: A Total Quality Assurance System for Human Services and Education*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co..
- MEYER, L.H. (1987). *Indicadores de Calidad de un Programa: Un cuestionario de las Prácticas más prometedoras en los Programas Educativos para Personas con Deficiencias Severas*. Syracuse. TASH.
- NEWTON, J.S., ARD, W.R., HORNER, R.H. y otros (1.996) Focusing on values and lifestyle outcomes in an effort to improve the quality of residential services in Oregon. *Mental Retardation*, 34, 1, 1-12
- RENWICK, R., BROWN, I., NAGLER, M. (1996). *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation*. Thousand Oaks, California. Sage Publications

SCHALOCK, R.L. y otros (1.996) - *Quality of Life. Conceptualization and Measurement* (vol.I) . Washington American Association on Mental Retardation.

SCHALOCK, R.L. y otros (1.997) - *Quality of Life. Application to Persons with Disabilities* (vol.II) . Washington American Association on Mental Retardation.

SCHALOCK, R.L. (1997). Evaluación de Programas Sociales: Para Conseguir Rendimientos Organizacionales y Resultados Personales. *Siglo Cero*, 28 (2). 23-35.

SCHALOCK, R.L., NELSON, G., SUTTON, S., HOLTAN, S. Y SHEENAN, M. (1997). Evaluación Multidimensional del Estado Actual y la Calidad de Vida de los receptores de Servicios de Salud Mental. *Siglo Cero* 28 (4), 5-12.

STANCLIFFE, R.J. y ABERY, B.H. (1997). Longitudinal Study of Deinstitutionalization and the Exercise of Choice. *Mental Retardation*, 35 (3), 159-169.

Universidad de Deusto (1996). *Informe del Estudio de "Evaluación de la Calidad de Vida en Personas Adultas con Retraso Mental de la Comunidad Autónoma Vasca"*. Bilbao. Editado por la misma Universidad