

Treball de Final de Màster / Trabajo de Final de Máster

Programa Integral de Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria: Una propuesta desde la intervención centrada en la persona.

Autor/a / Autor/a: Cristóbal Peña Martínez

Tutora: Vanesa Fernández Galindo

Data de lectura / Fecha de lectura:

Resumen:

En el siguiente trabajo se expone el Programa Integral de Rehabilitación Psicosocial llevado a cabo en un usuario con Enfermedad Mental Grave. durante la estancia en prácticas del máster de Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental comunitaria. El objetivo principal de la intervención es conseguir una mejora en la Calidad de Vida del usuario. Para ello se utiliza la Planificación Centrada en la Persona, una metodología que permite que la persona tome el control de su propia vida y se empodere a través del proceso de intervención.

Durante el proceso, se ha elaborado una descripción completa de las áreas de la vida del paciente, identificando de forma conjunta con el mismo sus capacidades y fortalezas. La evaluación de las necesidades percibidas ha permitido al usuario el establecimiento de unos objetivos propios y es el mismo el encargado de priorizar unos objetivos sobre otros. La coordinación con la familia ha sido un pilar fundamental de apoyo durante el proceso.

Finalmente, se discuten los resultados obtenidos durante el proceso, en especial en términos de Calidad de Vida.

Palabras clave: rehabilitación psicosocial, salud mental, empoderamiento, planificación centrada en la persona, calidad de vida

1. ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	5
3. Método.....	6
4. Instrumentos.....	7
5. Descripción inicial del caso.....	8
6. Aplicación y resultados.....	12
Fase 1: Exploración, motivación y enganche.....	12
Fase 2: Priorización de objetivos y coordinación con la familia.....	14
Fase 3: Empoderamiento y Control de glucemias.....	16
Fase 4: Seguimiento.....	22
7. Discusión.....	23
Interpretación del Cuestionario Salamanca de Personalidad.....	23
Valoración del seguimiento de los valores de azúcar en sangre.....	24
Interpretación de la evaluación familiar y posible intervención.....	25
Valoración del proceso por parte de P. y la madre.....	25
Discusión sobre la mejora en Calidad de Vida.....	26
8. Referencias.....	27

1. Introducción

A raíz de las prácticas del máster de Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria realizadas desde marzo hasta julio de 2022 en una Vivienda Tutelada de Promoción de la Autonomía de Integrement S.L. en Castellón de la Plana, se presenta la oportunidad de participar de forma muy activa en los procesos rehabilitadores de varios residentes. Tras la revisión de los casos de los siete residentes de la vivienda se ha seleccionado el caso de P. para iniciar un Programa Integral de Rehabilitación Psicosocial centrado en la persona, esta intervención de carácter profesional y su evaluación conforman mi Trabajo Final de Máster. Desde mi formación como psicólogo mi papel en la intervención ha sido el de facilitador principal.

Hace años que se estudia el concepto de Calidad de Vida, que se ha convertido en un marco de referencia para los procesos de intervención y rehabilitación en todas las fases de los mismos: la evaluación inicial dirigida a conocer la situación de la persona y sus necesidades, la guía en la implementación de los programas y la valoración de los resultados obtenidos durante el proceso. (Verdugo et al., 2013)

El concepto de calidad de vida se entiende como un estado personal de bienestar formado por diversas dimensiones centrales influenciadas por factores personales y ambientales. En principio, las dimensiones son iguales para todas las personas, pero hay variaciones individuales debido a la importancia y el valor que se les atribuye. Los indicadores utilizados para la evaluación de las dimensiones son sensibles a la cultura y el contexto en el que se aplican. (Schalock y Verdugo, *en prensa*, 2007)

Durante las últimas décadas se ha validado el marco conceptual y de medición de la calidad de vida a través de ocho dimensiones. El bienestar emocional (BE) hace referencia a sentirse seguro y tranquilo y se evalúa mediante los indicadores cómo el autoconcepto. La dimensión de Relaciones interpersonales (RI) hace referencia a las relaciones con distintas personas y el llevarse bien con ellas. El bienestar material (BM) está relacionado con tener suficiente dinero para lo que se necesita y desea tener y una vivienda y lugar de trabajo adecuados. El desarrollo personal (DP) cómo la capacidad para realizarse personalmente, el bienestar físico (BF), la inclusión social (IS) definida como la integración y participación en las actividades de su comunidad y los derechos (DE) a ser considerado un igual con el resto de la gente y que se respete sus deseos y su forma de ser (Schalock y Verdugo, 2002).

Por último, la autodeterminación (AU), estaría relacionada con la capacidad de decisión propia de la persona en todos los ámbitos de su vida, las personas con quién quiere estar, su trabajo o su tiempo libre, se evalúa a través de metas y preferencias personales, así como decisiones, autonomía y elecciones. La autodeterminación se define como “una característica disposicional que se pone de manifiesto cuando la persona actúa como agente causal de su propia vida” (Shogren et al., 2015: 258).

Por otro lado, la intervención se ha desarrollado desde el empoderamiento de la persona, a través de la participación activa en su propio proceso. El empoderamiento es entendido como proceso y como resultado y está caracterizado por la capacitación y la habilitación (Cerezo et al. 2016). El objetivo del proceso de empoderamiento es, mediante una relación colaborativa, ayudar a la persona a desarrollar sus habilidades de manera que pueda solucionar problemas y tomar decisiones de manera independiente, consiguiendo una mejora en la capacidad de control y de toma de decisiones (Zimmerman, 2000).

El siguiente trabajo presenta una propuesta de intervención e inicio de la misma a través de la Planificación Centrada en la Persona. Se espera que el proceso afecte de forma positiva a la Calidad de Vida del paciente y se ha hecho una evaluación de los resultados obtenidos durante el mismo. Se ha llevado a cabo un proceso exhaustivo de recogida de información sobre las áreas clave que se han considerado más importantes.

2. Objetivos

El objetivo general del siguiente trabajo es mejorar la calidad de vida de la persona usuaria, a través de su empoderamiento para la toma de decisiones e implicación en su propio proceso de vida, brindando herramientas y formas de desarrollar sus capacidades para que pueda conseguir dicho objetivo.

Los objetivos específicos planteados son los siguientes:

- Elaboración de una descripción de caso completa.
- Evaluar con perspectiva de calidad de vida, tomando medidas antes y después de la intervención, dando cuenta de los resultados de la misma.
- El empoderamiento de la persona usuaria, a través de la priorización de sus propios objetivos en el proceso.

- La implicación de la persona usuaria, que participa en la propuesta de acciones para alcanzar los objetivos planteados para incrementar su calidad de vida.
- La participación de la familia en la mejora de su calidad de vida al estar incluida en el proceso.

3. Método

La Metodología Centrada en la Persona, o Planificación Centrada en la Persona, se sustenta en el respeto a la voluntad del propio usuario, y es propia de las diferentes disciplinas que intervienen en la atención a las personas con discapacidad o dependencia, incluidas las que presentan trastornos mentales graves. Es una metodología que busca que la persona tome el control sobre su propia vida y busca que forme parte activa y protagonista de todo el proceso, evitando que se convierta en un agente pasivo. La participación en el propio proceso de intervención mejora la adherencia al tratamiento e incrementa la motivación al cambio.

Los propósitos clave que se deben tener en cuenta para llevar a cabo una intervención de forma correcta consisten en que el usuario sea parte activa de su proceso de rehabilitación, que éste tome las decisiones y que se vean respetados sus tiempos, gustos, necesidades y capacidades, garantizando en todo momento el respeto a la autodeterminación (Sennett, 2003).

La tabla siguiente, elaborada por Arellano y Peralta (2015), describe de forma esquemática cómo deben ser los principios, la metodología y el rol de los profesionales en lo que a la aplicación de la PCP se refiere.

Tabla1. Fundamentos de la PCP (Arellano y Peralta, 2015).

Una visión general sobre la PCP	
Principios	Tiene como meta fortalecer la conexión y participación de la persona en su comunidad Promueve apoyos para que la persona tome decisiones, realice elecciones, exprese sus metas y sus preferencias, y asuma el control sobre su vida Es un medio para reducir el aislamiento, la segregación y la falta de oportunidades para la participación de la persona con DI
Metodología	Plantea un nuevo “lenguaje” para la intervención, más accesible y dinámico.

	<p>Se sirve de múltiples herramientas (Personal Histories, Maps, Paths, Essential Life Planning...)</p> <p>Exige una constante búsqueda de formas de expresión y comunicación que faciliten a la persona con discapacidad mostrar aquellas cosas que son importantes para ella</p>
Rol de profesionales	<p>Se convierten en guías y facilitadores del proceso</p> <p>Abandonan su rol como responsables únicos de la toma de decisiones</p> <p>Requieren un proceso de formación y sensibilización específico</p>

La aplicación de la PCP sigue un proceso cíclico compuesto por diferentes tareas o pasos que empezará con la definición de un círculo de apoyo y la elección de un facilitador, es decir, un profesional encargado de guiar el proceso. A continuación, se desarrollará un plan de futuro y finalmente se realizará un seguimiento continuo con el oportuno ajuste de los planes y estrategias a las necesidades y la evolución de la persona.

Una idea clave que debemos tener en cuenta para entender y aplicar de forma correcta la PCP es que el poder debe trasladarse de los profesionales que proporcionan los servicios hacia las personas que los reciben (Holburn, 2012) y por tanto, en el papel de facilitador lo fundamental es la dinamización del propio proceso y no tanto el logro o la consecución de los objetivos (Arellano y Peralta, 2015).

Para llevar a cabo todo el proceso se ha pactado un calendario flexible de sesiones con P., estas sesiones han tenido 1h de duración aproximada cada una y durante todo el proceso se han seguido los principios y fundamentos planteados por los estudios de buenas prácticas para aplicar la PCP. La intervención empezó a principios de Junio y la última sesión se llevó a cabo a finales de Septiembre de 2022.

4. Instrumentos.

Calidad de Vida (CV): Escala WHOQOL-BREF

El Whoqol-Bref ha sido elaborado a partir de datos recogidos utilizando WHOQOL-100. Éste produce puntuaciones para cuatro dominios relacionadas con la calidad de vida: salud física, psicológica, relaciones sociales y entorno. Las puntuaciones en dichos dominios demostraron una buena validez discriminante, del contenido, consistencia interna y fiabilidad de la prueba en test-retest (The Whoqol Group, 1998).

Test Salamanca de personalidad

Se trata de un cuestionario de 22 ítems que hace una exploración para la detección de diferentes trastornos de personalidad, adaptado a un lenguaje lo más facilitador posible para que la persona se identifique con los criterios contenidos en cada ítem (Caldero Alonso, A., 2014).

Habilidades Sociales: ACIS

El ACIS es una escala diseñada para conocer en detalle la habilidad de interacción de una persona que participa en un contexto social concreto y los resultados en diferentes estudios concluyen que cuenta con una buena validez interna y de constructo (K. Forsyth et al., 1999)

Actividades de la vida diaria: AIVD Lawton y Brody

Se trata de un índice para evaluar la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria de la persona. Diferentes estudios han demostrado que el instrumento logra el objetivo para el cual fue diseñado (Hernández P., K., y Neumann C., V., 2016).

Adherencia y conciencia de la medicación: DAI-10

El DAI-30 es un inventario de actitudes frente a la medicación, y está considerado como el mejor predictor de baja adherencia en el primer episodio de esquizofrenia. El DAI-10 es una versión corta y homogénea del mismo, con buena fiabilidad test-retest, y que muchas veces es elegido por su simplicidad y sus buenas propiedades psicométricas (Nielsen, R. E. et al., 2012).

5. Descripción inicial del caso.

P. es un varón de 33 años, diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide desde los 18 años y diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 desde los 28. Ha vivido en un pueblo costero de la provincia de Castellón hasta los 29 años cuando se le asignó una plaza en la primera vivienda tutelada, donde vivió un año con pocos resultados en cuanto a mejora de autonomía, excepto por el control de la medicación. Un año más tarde se le asignó la plaza en la vivienda tutelada en la que lleva residiendo casi dos años. Ambas viviendas están gestionadas por la misma empresa y se encuentran en Castelló de la Plana, a aproximadamente una hora en coche del pueblo donde reside su familia.

En su evaluación personal consta una personalidad muy impulsiva y una muy baja tolerancia a la frustración lo que le impide gestionar de manera autónoma todas las áreas de su vida, incluido el manejo de la diabetes.

Presenta historia de consumo de tóxicos, actualmente consumo exagerado de cafeína cuando se encuentra ansioso, lo que provoca descompensaciones a nivel conductual que le generan malestar. Mantiene contacto con toda su familia, aunque residen en el pueblo, a más o menos 1h de distancia en coche. Su madre lo visita de forma habitual, una vez al mes, y su padre y su hermano, 6 años menor y también afectado por esquizofrenia paranoide, lo visitan una vez cada 6 meses. Su hermana vive en Barcelona y la visita con su madre una vez al año. Mantiene contacto telefónico diario con su madre y semanal con su padre y su hermana.

La sintomatología positiva asociada a su patología consiste en ideas delirantes de persecución y control y autorreferencias resistentes al tratamiento antipsicótico en altas dosis.

En cuanto a los síntomas negativos se ha observado bradipsiquia, abulia, labilidad emocional y conducta desorganizada. Aunque actualmente la sintomatología de la enfermedad se encuentra controlada, el consumo de cafeína genera descompensaciones en el paciente que hace florecer sobre todo pensamientos autorreferenciales y conducta desorganizada, además de alta labilidad emocional.

Manifiesta de forma ocasional una gran desesperanza hacia el futuro debido a la larga historia de enfermedad (15 años) pero cuenta con una buena conciencia sobre su trastorno psiquiátrico gracias al trabajo de los profesionales durante los últimos años.

Nos encontramos con un problema de motivación intermitente, ya que hay momentos en los que sí que se muestra entusiasmado con un posible cambio, pero dada su baja tolerancia a la frustración y su alta impulsividad también hay periodos en los que abandona cualquier esfuerzo relacionado con su plan individualizado de rehabilitación.

Respecto a la necesidad de cambio, al reflexionar sobre ello el usuario sí que percibe una necesidad de cambiar y no está satisfecho con su situación actual. Además, cree que el cambio es necesario, positivo, posible y se siente apoyado por el equipo y por parte de su familia, quizá se podría sentir más apoyado por su padre, pero le cuesta hablar sobre el tema.

Es conocedor del ambiente, aunque tiene ideas fantasiosas de cómo podría ser su vida y su adaptación, por ejemplo, al mundo laboral. Respecto al autoconocimiento nos encontramos con un trabajo por hacer, ya que el usuario nunca se ha plantado a reflexionar sobre sus fortalezas o debilidades, aunque tiene muy claros sus valores y gustos, practicando diferentes aficiones como pinchar música o pintar miniaturas. Finalmente, se trata de una persona cariñosa y cercana, de forma que la colaboración aparente con los profesionales es muy buena.

Todo esto es lo que se ve a primera vista y lo que manifiesta la persona, pero a la hora de llevar a cabo las acciones para mejorar su situación nos encontramos con el problema de baja tolerancia a la frustración, que le lleva en ocasiones a darse por vencido totalmente y caer en conductas problemáticas como el consumo abusivo de café o la ingesta impulsiva de alimentos, que le comportan problemas en su control glucémico debido a la diabetes.

En primera instancia, no se llevó a cabo ningún plan de motivación y enganche personalizado cuando el usuario tuvo los primeros contactos con el recurso y el equipo de rehabilitación, aun así, se han llevado a cabo multitud de acciones aisladas que han servido para reforzar el vínculo con los profesionales y mantener ese mínimo de adherencia, aunque sea de forma intermitente.

Cómo se ha comentado, se trata de un caso complicado porque el usuario manifiesta esa voluntad de cambio y esa valoración positiva de dicho cambio, pero le es complicado mantener en el tiempo las conductas propuestas para ello. Además, es fácil reconocer cómo esconde las conductas problemáticas al equipo, un patrón de conducta que, tras indagar sobre las relaciones familiares ha aprendido en casa, ya que escondía diferentes partes de su vida, como el consumo de tóxicos, a su familia. Se reconoce, a través de los primeros contactos con P. una alta deshabilidad social que se manifiesta en este tipo de situaciones.

Respecto a las relaciones sociales, actualmente tiene dos amigos en la vivienda y suele establecer vínculos en los cursos que realiza, es activo a la hora de hacer planes con estas amistades. Hace dos años que no tiene pareja y las relaciones sentimentales que ha tenido en el pasado han sido cortas. Le gusta socializar y también tiene contacto con personas nuevas a través de aplicaciones de citas, aunque de forma muy esporádica.

Cuenta con una ayuda por la dependencia que ingresa su madre, además recibe una Pensión Vinculada al Servicio que cubre el pago íntegro a la empresa que cubre el servicio de la vivienda titulada. Cuenta con estudios primarios y ha realizado diferentes cursos de capacitación profesional: Auxiliar Administrativo y Personal de limpieza.

Tratamiento farmacológico actual

- Leponex 300mg 1 comprimido/día
- Rivotril 2mg 1 comprimido/día
- Akineton 2mg, 2 comprimidos/día
- Zyprexa 5mg, 1 comprimido/día
- Abilify 15mg, 1 comprimido/día
- Abilify Inyectable, 400mg/28 días

Motivo de consulta y vía por la que llega al dispositivo

El paciente ha participado en diversos dispositivos como un CRIS, la UCA y en seguimiento desde el inicio del trastorno psicótico por las unidades de salud mental de referencia. Durante su estancia en la UCA consiguió controlar algunas de las conductas adictivas que presentaba en el pasado, como el consumo de tóxicos y el juego patológico. Llega al dispositivo precisamente derivado del CRIS con el objetivo de adaptarse a la convivencia de la vivienda tutelada y conseguir una vida más autónoma.

Diagnóstico

Esquizofrenia Paranoide de larga evolución con varios ingresos psiquiátricos en el pasado, pero en control en la actualidad.

Diabetes Mellitus tipo 1.

En la recogida inicial de datos se detecta falta de información en diferentes ámbitos, especialmente en el ámbito familiar. Se cuenta con poquísima información sobre su padre o su hermano, y, como en la mayoría de casos, los datos sobre este tipo de relaciones son muy importantes para conocer bien el entorno del paciente y la raíz de sus patrones de comportamiento.

También se hace patente la falta de coordinación entre recursos ya que los informes del pasado con los que se trabaja están incompletos.

6. Aplicación y resultados.

Fase 1: Exploración, motivación y enganche.

SESIÓN 1

La primera sesión se dedica a establecer una buena relación terapéutica con P. que se muestra muy agradecido cuando se le plantea la posibilidad de llevar a cabo un trabajo en el que se atiendan sus necesidades percibidas y en el que se le otorgará un papel principal en la toma de decisiones durante todo el proceso. Él será el protagonista del programa, decidiendo de forma consensuada con el terapeuta cada uno de los objetivos a trabajar y la prioridad o jerarquización que se establecerá entre ellos.

En esta primera sesión, tras establecer un buen vínculo, se pregunta a P. cuáles cree que son las áreas más importantes en las que quiere trabajar, y se consensuan los siguientes objetivos de trabajo:

- Control del consumo de cafeína.
- Control de las glucemias o niveles de azúcar en sangre.
- Coordinación con la familia, a la que considera muy importante.
- Control de impulsos y mejora en la tolerancia a la frustración.
- Resolución de conflictos.
- Prevención de recaídas.

Por las situaciones que ha ido viviendo en el día a día se empieza a trabajar en la psicoeducación al respecto de la prevención de recaídas. Sobre todo, se plantea el objetivo de que conozca bien el proceso mental y emocional y las fases por las que pasa antes de llegar a una “crisis” en la que se siente muy agobiado por cualquier tema sin demasiada importancia pero que a él se le hace una “montaña”.

Al ver que durante la sesión tiene un pensamiento muy centrado en las cosas a mejorar y los problemas de su día a día se le propone la tarea de escribir diez cosas buenas sobre sí mismo, de forma que pueda tener un mayor enfoque en sus propias capacidades, mejorar su autoestima y esto le sirva para pasar a la acción desde un punto de vista más positivo.

Para terminar la sesión, se deja claro a P. que puede consultar absolutamente cualquier cosa que quiera con nosotros, motivando un clima de gran confianza que agradece de forma inmediata. Se manda la tarea para la segunda sesión de realizar una priorización de dichos objetivos, ya que la idea es trabajar con lo que P. considere más urgente primero, se le pide que haga partícipe a su madre del proceso, que es el principal apoyo familiar de P.

Durante los días siguientes se llevan a cabo evaluaciones con los instrumentos explicados anteriormente:

-Escala Lawton: 7 puntos; lo que nos revela una independencia total en las actividades cotidianas, excepto por la gestión a nivel económico debido a su historia de adicción al juego. Actualmente se encuentra curatelado a nivel económico por su madre.

-DAI: 18 puntos; revela una gran conciencia de enfermedad y control en la toma de medicación, que sabe necesaria para su rehabilitación y su funcionamiento normalizado.

-ACIS: Cuenta con unas altas habilidades sociales, es capaz de comunicarse de forma asertiva y genera buenas relaciones en su ambiente, así como un clima relajado a menudo a través del uso del humor.

-Se evalúa también, a petición de P. y en relación a la Diabetes Mellitus tipo 1, el control sobre los niveles de azúcar en sangre que tiene en la actualidad, que manifiesta que es menor que en otras etapas de su enfermedad.

-Se evalúan a través de su historia los pródromos conocidos: tensión, nerviosismo, preocupación, problemas de concentración, inquietud, agitación, sensación de inutilidad, desorganización en la alimentación y dificultades para mantener un ciclo adecuado de sueño.

-También se evalúan los factores de protección a través de la historia y la entrevista con el usuario: alta conciencia de enfermedad, altas habilidades sociales y buen clima de convivencia, ocupación (realiza cursos cada año), además del apoyo familiar y la supervisión terapéutica proporcionada por el recurso.

-WHOQOL-BREF: A valores más altos, mayor Calidad de Vida percibida por la persona. A continuación, se muestran las puntuaciones obtenidas en la primera administración en Junio:

Dominio 1: **Salud física – 13/20** Dominio 2: **Salud psicológica – 15/20**

Dominio 3: **Relaciones Sociales – 12/20** Dominio 4: **Ambiente – 13/20**

Fase 2: Priorización de objetivos y coordinación con la familia.

SESIÓN 2

Al principio de la sesión P. quiere hablar de la tarea de la lista de características positivas, las más importantes serían las siguientes: se siente buena persona, inteligente, con capacidad de aprendizaje, buenas HH.SS. y sentido del humor, además es capaz de hacer sentir bien a las personas que están con él. Comenta que le ha servido para sentirse mejor, y se decide plasmar esta lista de forma gráfica en unas cartulinas que P. coloca en el tablón de corcho de su habitación, se muestra motivado por ello, y se dedica parte de la sesión a ello.

Se procede al análisis de la priorización de objetivos que ha llevado a cabo durante la semana y tras hablar de cada uno de los objetivos con la información ya preparada de cómo se puede trabajar sobre cada uno de ellos se consensua el siguiente orden:

- 1-Control de los niveles de azúcar en sangre.
- 2-Participación y coordinación de la familia, especialmente su madre.
- 3-Control de impulsos y mejora en la tolerancia a la frustración.
- 4-Control en el consumo de cafeína.
- 5-Prevención de recaídas; conocimiento de pródromos y factores de protección.
- 6-Resolución de conflictos.

Se acuerda que, en los próximos días, en cuanto se pueda, se hará una reunión telefónica con la madre de P. para ponerla al corriente de lo que se ha tratado en las sesiones y para llevar a cabo el consenso de los objetivos planteados.

Se pregunta a P. de qué forma se puede empezar a trabajar en el primer objetivo y se ofrece a pasarnos el seguimiento de los niveles de azúcar en sangre de forma diaria para que lo supervisemos. Se le refuerza por ello y se le dice que está bien que llevemos una supervisión, pero se le recuerda que lo importante es que él mismo consiga llevar un control sin necesidad de esa supervisión a largo plazo. P. también comenta que necesita saber mejor cómo funciona la diabetes, porque, aunque se lo han explicado varias veces dice que no se enteró bien. Se acuerda que en la siguiente sesión se buscará información para conocer mejor cómo funciona la diabetes y la alimentación.

Finalmente se comentan aspectos específicos de cada una de las áreas objetivo y se toman los valores de glucemias base de referencia, comprobando que en estos momentos los niveles de azúcar en sangre presentan unos niveles tan elevados que pueden ser peligrosos para su salud. Los valores ideales de azúcar en sangre deberían estar entre 80 y 180mg/dl.

Sesión con P. y su madre.

Se mantiene una conversación telefónica con P. y su madre, de 30 minutos, en la que se busca explorar la forma de relacionarse entre ellos mientras se comenta el plan de intervención que se ha planteado con P. y se acuerda que se seguirá con el orden de objetivos que éste ha propuesto en la última sesión.

La madre se muestra especialmente de acuerdo con P. en que el primer objetivo que se trabaje sea el control sobre la diabetes, ya que según ambos comentan la aparición de la enfermedad fue un duro golpe para P., y supuso un punto de inflexión en su vida.

Aseguran que antes de este momento P. había conseguido mantener rutinas de vida saludables como por ejemplo el ejercicio físico diario en un gimnasio. En sus palabras: “cuando apareció la diabetes se desorganizó todo”. A continuación, se comentan el resto de objetivos planteados explicando que no se va a poder trabajar con todos por el tiempo que durará la intervención, pero se intentará conseguir mejora por parte de P. al menos en el primero de ellos, no se plantean expectativas respecto al resto de objetivos por el momento.

Por otra parte, valora positivamente la actitud de P. que se muestra motivado ante el proceso y la implicación de su madre. Ambos se muestran muy contentos de poder iniciar el proceso y se les percibe motivados por la propuesta.

Se agradece mucho la participación de la madre de P. en la sesión, que también se muestra agradecida por la atención recibida por su parte y por parte de su hijo. Se acuerda que se mantendrá contacto para informarla de los pasos que se vayan dando durante el proceso.

Fase 3: Empoderamiento y Control de glucemias.

SESIÓN 3

En esta tercera sesión se realiza psicoeducación específica sobre la Diabetes Mellitus tipo 1, lo más importante es que es el propio P. el que hace una explicación inicial de la idea que tiene de su enfermedad. La definición que hace es totalmente correcta, lo que demuestra que sí conoce bien el trastorno, aunque se repasan algunos temas en los que tiene dudas. También se repasan temas de alimentación saludable y cálculo de insulina que debe inyectarse dependiendo de la ingesta que vaya a realizar. Tiene claros la mayoría de los conceptos y comenta que le ha venido muy bien la sesión porque había cosas de las que no se acordaba.

Se habla del proceso, P. comenta que esta semana no ha cuidado lo suficiente la alimentación y que los resultados de los controles de niveles de azúcar en sangre no son los que esperaba, mostrándose muy triste por ello.

Los valores son más negativos que los de control, se explica que el proceso pasa por este tipo de situaciones en las que a pesar de planificar o tener ciertas expectativas los objetivos no se cumplen siempre. En este caso, es muy normal que al empezar una intervención de este tipo se den resultados negativos durante la etapa más temprana del proceso y se muestra más animado.

Se le recuerda el concepto de empoderamiento y se le motiva a hacerse responsable y tomar el control sobre las situaciones que vaya afrontando en su vida. Se le recuerda la lista de características positivas que escribió y se le propone que lo tome como una base desde la que seguir creciendo, recordándole el valor que tiene para sus seres queridos y la importancia que tiene su recuperación para ellos. Se hace un trabajo de motivación y refuerzo de la actitud positiva, aunque preocupada de P. que manifiesta muchas ganas de cambiar la situación y se muestra agradecido por la atención brindada por el facilitador.

Se lleva a cabo una llamada telefónica entre P., el terapeuta y su madre para informarle del curso del plan de intervención.

Aplicación y resultados del Test Salamanca de Personalidad

El cuestionario de personalidad se aplica el 15/06/22, se explica el procedimiento para rellenar el cuestionario y P. se muestra muy abierto a realizarlo, pregunta varias veces cómo debe responder a las preguntas y se le ayuda con los ítems que refiere no entender bien.

Los resultados obtenidos son los siguientes y serán analizados más adelante:

Tabla2. Resultados Test Salamanca

	GRUPO A			GRUPO B					GRUPO C		
PUNT	PAR	ESQ	EQT	HIST	ANT	NAR	IE IMP	IE LIM	ANAN	DEP	ANS
6											
5											
4				X				X			
3							X		X		
2	X										
1		X			X						X
0			X			X				X	

Gráfico de resultados del Cuestionario Salamanca para el screening de trastornos de la personalidad.

SESIÓN 4

En la cuarta sesión se lleva a cabo una sesión educativa acerca del control de impulsos y la tolerancia a la frustración de forma que pueda identificar de forma clara los conceptos para trabajar sobre ellos. Reconoce que es uno de sus principales problemas y por ello lo hemos seleccionado cómo uno de los objetivos prioritarios a trabajar. Se indaga sobre las relaciones e historia familiar del paciente, que se muestra muy abierto a compartir toda la información que se le pide.

Finalmente se registran los valores de azúcar en sangre para continuar con el trabajo en el control de los mismos y se detecta una ligera mejora.

P. se muestra muy orgulloso de haber mejorado en este aspecto, aunque sea de forma ligera, se le refuerza y motiva a continuar con ello, remarcando que la importancia del proceso radica en esos pequeños éxitos y en saber apreciarlos, para mantener la motivación durante todo el programa.

Verbaliza que también le gustaría trabajar el área de alimentación saludable. Se encuentra un curso de nutrición impartido por el SEPE en el que P. decide matricularse y puede empezar a cursar a principios del año que viene.

Se procede a realizar una evaluación familiar a través del genograma y del ciclo vital a partir de la información obtenida durante el proceso individual y los contactos con su madre.

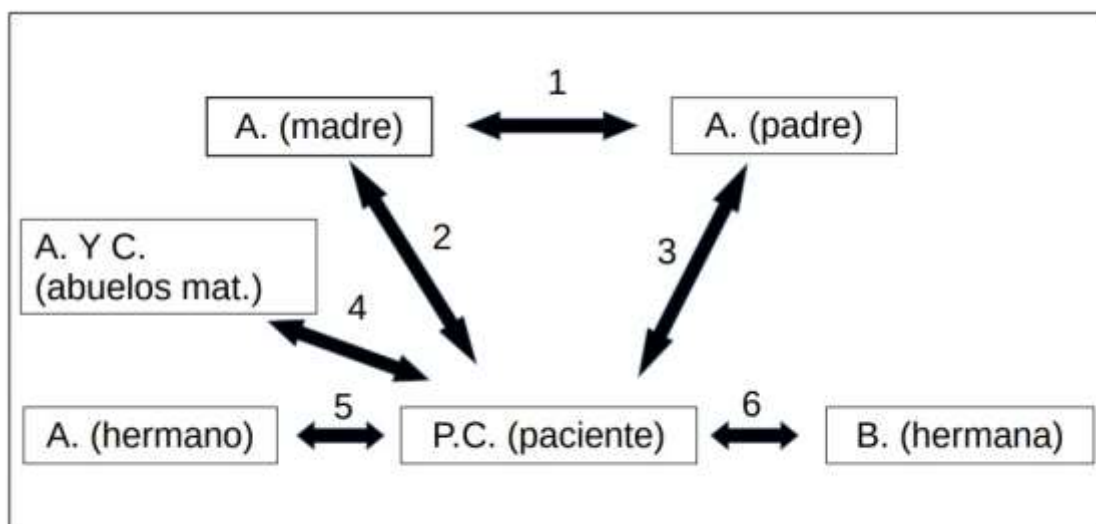
Evaluación familiar a través del genograma y del ciclo vital

En este apartado se procederá a revisar las estrategias actuales en las relaciones familiares y todos los aspectos que afecten en la evolución del paciente P. aportando un clima de confianza en las entrevistas con la familia de forma que se puedan establecer pactos eficaces para desarrollar un adecuado plan de actuación, reforzando las potencialidades familiares para mejorar el afrontamiento de la enfermedad.

Mantiene contacto con toda su familia, aunque residen en un pueblo a más o menos 1h de distancia en coche. Su madre lo visita de forma habitual, una vez al mes, y su padre y su hermano, también afectado por esquizofrenia paranoide, lo visitan una vez cada 6 meses. Su hermana vive en Barcelona y la visita con su madre una vez al año. Mantiene contacto telefónico diario con su madre y semanal con su padre y su hermana.

a. Genograma

Gráfico 1. Trazado de la estructura familiar



1. Relación padre-madre: separados desde 2010, buena relación entre ellos, dicha separación supuso un factor muy estresante para P., que siempre fantasea con la posibilidad de que vuelvan a estar juntos.
2. Madre, principal apoyo de P., relación cercana con alta emocionalidad expresada, P. se acostumbró en su adolescencia a mentir y esconder la vida fuera del entorno familiar. Está siempre en contacto con P. y con los profesionales de la Vivienda Tutelada.
3. Padre, un poco ausente, aunque P. siempre dice que le ha apoyado mucho, ha costado contactar con él y visita a P. de forma muy esporádica. Hace unos años hizo un viaje con P. a Egipto.
4. P. tuvo episodios en los que robó dinero a sus abuelos y se arrepiente mucho por ello, aunque ellos nunca se lo recriminaron. Se emociona y llora al hablar de ellos, ya fallecidos, manifestando que los echa mucho de menos y que ellos le ayudaron mucho en su momento, siendo su principal apoyo durante años.
5. El hermano menor de P. también padece esquizofrenia paranoide, pero es un poco más funcional, se encuentra trabajando y vive con su madre. P. manifiesta que de pequeño siempre cuidaba de él y que quizá en su adolescencia le llevo a juntarse con malas compañías, siendo una mala influencia para él. Actualmente tienen poco contacto.
6. Su hermana está casada y vive en Barcelona, tiene pareja y trabajo estable. La relación es buena pero intermitente.

Ciclo vital

P. manifiesta de forma continua su malestar por no poder vivir con su familia ni independizarse de forma totalmente autónoma. Durante la aparición de la enfermedad fue su madre la que más se hizo cargo del apoyo de P. pero por motivos laborales éste pasaba mucho tiempo con sus abuelos hasta que estos fallecieron. Tras acudir a diversos recursos como la UCA (por conductas adictivas con el juego y los tóxicos) y el CRIS, P. consigue acceder a la Vivienda Tutelada.

La familia se encuentra en el punto del ciclo vital en el que P. se intenta independizar y por ello se ha llevado a cabo un aumento de la flexibilidad con P. y un reajuste en la hiperprotección que han mostrado en etapas anteriores. P. se encuentra en un proceso de diferenciación del “self” con respecto a la familia de origen, manifiesta que tiene que hacer su vida en Castellón y reconoce que no sería positivo volver con su familia, aunque le gustaría estar cerca de ellos y verlos más. Acepta esa separación de su familia y busca desarrollar relaciones con iguales, compañeros de vivienda y de cursos que realiza en COCEMFE. Utiliza hobbies como la música y la pintura de miniaturas para reafirmarse y anhela poder trabajar gracias a los cursos que está realizando.

Evaluación de la reacción familiar a la enfermedad y conocimientos de la misma

Se consigue una entrevista con la madre para evaluar la reacción ante la enfermedad y el conocimiento de la misma, no es posible realizar el mismo proceso con el resto de miembros de la familia por diferentes razones.

Manifiesta que al principio fue un duro golpe para la familia, las conductas desorganizadas y los pensamientos autorreferenciales hacían muy difícil la convivencia en el hogar familiar y cada ingreso de P. por brotes en diferentes momentos a partir de los 18 años fueron experiencias traumáticas para todo el sistema familiar. La reacción de la madre siempre fue de protección, aunque reconoce que los primeros años no entendía nada bien la enfermedad de P., también comenta que el padre negaba de alguna manera la enfermedad e incluso llegaba a hacer responsable a P. de los problemas de pareja que tenían entre los dos. Años más tarde el hermano menor de P. también debutó en la misma enfermedad, y esta vez supieron manejarlo de una forma más sana. Poco a poco se han ido informando acerca de la enfermedad y han asistido a numerosas sesiones de psicoeducación de forma conjunta. Actualmente su conciencia sobre la

enfermedad es mayor que nunca, y mantiene conversaciones con P. y el personal del dispositivo residencial cada semana, dónde se les ayuda a entender la problemática y la situación actual de su hijo, además de estar al tanto del seguimiento de su evolución.

Tiene poco conocimiento de pródromos, y algo que reconoce, es que piensa que P. debería tomar menos medicación, cosa que él repite de forma continua al decir que ésta le deja dormido. En este sentido se le insta a evitar comentar este tipo de apreciaciones sobre la medicación, ya que P. lleva un tratamiento pautado por un psiquiatra y saben que hay que seguirlo de forma estricta, aunque por supuesto debe comentar todos estos inconvenientes con el mismo. Además, la idea de que la medicación lo deja dormido es un factor que hace que P. tenga justificación a la hora de consumir cafeína, dificultando el trabajo cognitivo en esta área de su proceso rehabilitador.

Áreas específicas

Carga familiar

Actualmente, la familia se encuentra liberada en parte de la carga de cuidado de su hijo, que ha empezado una vida independiente y cada vez más autónoma gracias al recurso de la Vivienda Tutelada. La madre muestra de forma continuada el agradecimiento a los trabajadores del recurso y forma parte del proceso rehabilitador. Ella tiene la curatela económica de P. de forma que tiene control sobre los gastos y éste consulta cualquier gasto no cotidiano con ella. La supervisión en este sentido sí que genera tensión en ciertos momentos. La preocupación de la madre no es elevada, ya que la vida de P. es cada vez más autónoma y no se detecta ningún peligro real sobre su seguridad física, su salud, ni el tipo de asistencia sanitaria que recibe. Además, es capaz de llevar a cabo todas las actividades de la vida diaria de forma autónoma, a excepción de la gestión económica por la historia de adicción al juego y compras impulsivas por ello es su madre la que gestiona su dinero.

Emocionalidad expresada

Se detecta en las diferentes entrevistas llevadas a cabo con la madre una Emocionalidad Expresada media, por algunos comentarios críticos y por la sobreprotección que refleja una sobre implicación emocional, pero nunca se ha detectado ningún signo de hostilidad. No se detectan rasgos que muestren alta emocionalidad expresada como la hipervigilancia o la rigidez.

Fase 4: Seguimiento.

Se realiza seguimiento de forma telefónica durante el verano, P. manda capturas de pantalla con el seguimiento de los niveles de azúcar en sangre y se mantienen conversaciones cortas enfocadas a mantener la motivación y reforzar a P. por los resultados, dando mucha importancia a esos pequeños éxitos. Durante toda la intervención se observa cómo los valores de niveles de azúcar se han estabilizado de forma importante. En la siguiente tabla se muestra el seguimiento de los valores de azúcar en sangre durante el proceso, tomando como línea base o control el mes de Mayo.

Tabla 3. Evolución de los valores de azúcar en sangre

Porcentajes de tiempo en los intervalos de valores de azúcar en la sangre.					
	>240mg/dl	180-240mg/dl	80-180mg/dl	70-79mg/dl	<70mg/dl
Mayo(base)	24%	27%	48%	1%	0%
1-15 Junio	22%	21%	54%	2%	1%
16-30 Junio	27%	24%	47%	2%	0%
1-15 Julio	13%	26%	60%	1%	0%
16-31 Julio	6%	24%	64%	4%	2%
1-31 Agosto	10%	23%	63%	3%	1%
1-26 Septiembre	8%	19%	69%	3%	1%

SESIÓN FINAL

Para finalizar la intervención, se prepara una última sesión, y se habla con P. y con su madre para que ambos acudan a la misma juntos. Se mantiene una reunión de 45min en la que se comentan diferentes aspectos del proceso llevado a cabo. Por una parte, se repasan los puntos y objetivos trabajados durante el proceso y se reconocen los puntos fuertes y débiles del mismo. Se exponen los resultados obtenidos a través de los registros de glucemias y se refuerza a P. por la mejora, motivándolo a seguir trabajando de forma autónoma los diferentes objetivos que se ha propuesto durante la intervención. La actitud de P. es de orgullo y agradecimiento, se muestra convencido de que ha aprendido a controlar mejor los niveles de azúcar en sangre, y se siente motivado a conseguir nuevas metas. Comenta que ha perdido algo de peso en el último mes y que está esforzándose en mejorar su forma física. La madre de P. se muestra durante toda la

sesión contenta y trata de reforzarlo por haber conseguido esos pequeños avances, además le motiva a conseguir esas nuevas metas que se proponga para mejorar su vida en todos los aspectos. Se reconoce cómo un acierto el haber escogido como primer objetivo el control de los niveles de azúcar en sangre.

Se vuelve a administrar el WHOQOL-BREF obteniendo los siguientes resultados:

Dominio 1: **Salud física – 14/20** Dominio 2: **Salud psicológica – 15/20**

Dominio 3: **Relaciones Sociales – 13/20** Dominio 4: **Ambiente – 17/20**

7. Discusión.

Interpretación del Cuestionario Salamanca de Personalidad

En este caso el cuestionario muestra puntuaciones altas en el Grupo B de trastornos de personalidad, y una puntuación significativa en el Grupo C. Se relacionan estas puntuaciones con el patrón de relaciones interpersonales de P.

Sorprende el hecho de que el usuario, con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide y sintomatología autorreferencial no haya puntuado de forma significativa en el grupo A del test.

Grupo B: 4/6 en Trastorno Histriónico de la personalidad; 3/6 en Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: Subtipo Impulsivo; 4/6 en Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: Subtipo Límite.

En el grupo B se reflejan algunos de los patrones de comportamiento y de relación del residente. Se trata de una persona que tiene facilidad para emocionarse y mostrar esas emociones a los demás, por ejemplo, cuando se habla de familiares a los que quiere y no puede ver o están fallecidos, rompe en llanto con facilidad. Además, es una persona muy preocupada por su imagen física y que ha tenido épocas de ir mucho al gimnasio y cuidarse la alimentación, aunque el comportamiento desorganizado y la alta impulsividad juegan un papel en contra de estos hábitos por lo que estas motivaciones son intermitentes. También muestra episodios en los que manifiesta un vacío existencial, dice no ser feliz y entra en una desesperanza total, aunque pasajera, que se puede trabajar a través de intervenciones de apoyo emocional de los profesionales.

Grupo C: 3/6 en Trastorno Anancástico de la personalidad.

En relación al Grupo C y el Trastorno Anancástico de la personalidad no se han observado conductas ni patrones interpersonales que reflejen el resultado obtenido en el test, que, aunque no es demasiado elevado sí que aparece cómo significativo.

Puntos fuertes y débiles respecto a su programa de rehabilitación en relación con el perfil de personalidad.

Posiblemente el mayor punto fuerte de su programa de rehabilitación respecto al perfil de personalidad obtenido es la capacidad de trabajar de forma directa con el usuario debido a la supervisión continúa en la que se encuentra, esto permite atajar las situaciones de alta impulsividad o de desesperanza que se suceden en la vivienda y trabajar de forma cognitiva alrededor de éstos. El hecho de que el programa de rehabilitación de P. tenga cómo uno de sus objetivos el trabajo en control de impulsos se confirma cómo algo importante dadas las puntuaciones obtenidas en el grupo B.

Valoración del seguimiento de los valores de azúcar en sangre

Los valores en el mes de Mayo, anteriores a la intervención son muy preocupantes. Al empezar la intervención y priorizar el objetivo del control de Glucemias, nos encontramos con una quincena en la que P. reconoce que se ha visto agobiado por el tema y le ha costado mantener el control, comentando por ejemplo ingestas de comida a altas horas de la noche, cómo consecuencia los valores en ese periodo son más negativos que durante la primera semana.

En este punto de la intervención jugó un papel clave la motivación para el cambio de P. que se mostraba dispuesto a hacer grandes esfuerzos para mejorar la situación. Tras las primeras charlas y sobre todo debido a la motivación de P. por mejorar los registros las siguientes semanas nos encontramos con valores cada vez más estables.

Las siguientes semanas los valores no fueron buenos, pero sí ligeramente mejores que los de la línea base. Aquí ha tomado papel el refuerzo positivo y el reconocimiento del esfuerzo de P., que se ha visto tomando el control de su situación, y celebrando estos pequeños éxitos compartiéndolos con su familia y su entorno.

En ese momento el seguimiento pasa a ser más espaciado en el tiempo, y P. demuestra que ha mejorado en su forma de manejar la enfermedad, consiguiendo ligeras mejoras

cada mes. El seguimiento total es de casi 5 meses y se hace evidente esa tendencia a la mejora en el control sobre sus niveles de glucosa en sangre.

Este proceso ha supuesto algo importante para P. en muchos sentidos. Primero le ha facilitado el reconocer sus capacidades, fortalezas y necesidades, permitiéndole tomar decisiones para trabajar en sus necesidades a través de sus fortalezas. Ha mejorado, por tanto, el autoconocimiento de P. y le ha permitido proponerse metas claras, siempre planteadas por el mismo, con la guía del facilitador. Ser el protagonista de todas las decisiones tomadas durante el proceso y verse capaz de conseguir esos pequeños éxitos ha influido de forma positiva en el proceso de empoderamiento.

Interpretación de la evaluación familiar y posible intervención

La intervención familiar llevada a cabo consiste en el apoyo a la madre de P., a través de seguimiento con el propio usuario de forma semanal y la participación activa de la misma en los procesos importantes de toma de decisiones. Además, se puede plantear el objetivo de tener sesiones con el padre y los hermanos para conocer mejor su situación, sus opiniones acerca de su familiar y su enfermedad y, si es posible, hacerlos parte activa de la intervención de una manera similar a la de la madre.

Además, se podrían evaluar de forma más exhaustiva los patrones de relaciones interpersonales de la familia en una reunión conjunta y buscar formas de potenciar las capacidades y valores de los miembros con el objetivo de mejorar las habilidades comunicación entre ellos a través del entrenamiento en asertividad y escucha activa.

Valoración del proceso por parte de P. y la madre.

Durante la última sesión se pide a P. y a su madre que comenten cómo han vivido el proceso, el planteamiento de objetivos y los resultados obtenidos.

P. comenta que se ha sentido muy cómodo y acompañado durante el proceso, hace referencia al sentimiento de control sobre su problema que ha conseguido después de tanto tiempo sin conseguirlo. Además, se muestra motivado a seguir consiguiendo objetivos. La madre de P. verbaliza que la intervención ha sido de gran ayuda para él porque le ha motivado a cambiar y se ha sentido apoyado durante todo el proceso, y comenta que a P. siempre le ha venido muy bien que alguien esté cerca de él y le apoye. Ambos comentan que les gustaría seguir con el proceso.

Discusión sobre la mejora en Calidad de Vida.

Para la evaluación de la mejora en la Calidad de Vida se ha administrado el WHOQOL-BREF al comenzar y al finalizar la intervención. Los resultados obtenidos no muestran diferencias significativas excepto en el dominio 4 que explora el área de ambiente. Se entiende que la limitación temporal del proceso, que ha durado menos de cuatro meses, no nos permite obtener unos resultados claros de mejora en la Calidad de Vida a través de instrumentos de medida de este tipo.

Por estas razones, la valoración de la mejora en calidad de vida se presentará en base a las respuestas de P. y su madre cuando son preguntados por ello, tras exponer de la forma más sencilla posible el concepto de calidad de vida.

Atendiendo a las ocho dimensiones propuestas por Schalock y Verdugo (2002), P. y su madre manifiestan mejoras cualitativas en algunas de ellas. Respecto al bienestar emocional P. refiere sentirse más tranquilo, y su discurso refleja una mejora en su auto concepto con frases del tipo “me he dado cuenta de que valgo mucho”. En la dimensión de relaciones interpersonales no se aprecian cambios significativos en su entorno de convivencia, pero sí comenta que se encuentra más tranquilo al hablar con su madre de sus problemas diarios. El área de desarrollo personal sería una de las más trabajadas, y en este sentido P. muestra orgullo por haber conseguido algunos éxitos y se muestra motivado a conseguir nuevas metas. La mejora en el control sobre su enfermedad también supone una mejora en el área de bienestar físico y todo el proceso se ha llevado a cabo desde el respeto absoluto a sus derechos.

Por último, el área de autodeterminación parece ser en la que se ha producido un mayor cambio, se pasa de una situación en la que P. no tenía control sobre prácticamente ninguna área de su vida, a otra en la que toma decisiones respecto a su futuro, cómo practicar ejercicio para bajar peso, o apuntarse a un curso para mejorar la alimentación. Además, durante todo el proceso se ha puesto en primer plano su capacidad para establecer metas, para expresar sus preferencias personales y para tomar decisiones de forma autónoma en todas las áreas de su vida.

En definitiva, encontramos mejoras en al menos seis de las ocho dimensiones de la calidad de vida, sobre todo en el área de autodeterminación, desarrollo personal y bienestar físico.

8. Referencias

- Arellano, A. y Peralta, F. (2015). La planificación centrada en la persona: un ejemplo de buena práctica en el ámbito de la discapacidad intelectual. *Contextos educativos*, (19), pp. 195-212.
- Cerezo, P. G., Juvé-Udina, M. E., y Delgado-Hito, P. (2016). Del concepto de empoderamiento del paciente a los instrumentos de medida: una revisión integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 0667-0674.
- Caldero Alonso, A. (2014). Estudio de los rasgos de la personalidad en población normal con el cuestionario Salamanca.
- Forsyth, K., Lai, J. S., y Kielhofner, G. (1999). The assessment of communication and interaction skills (ACIS): Measurement properties. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(2), 69-74.
- Hernández, K., y Neumann, V. (2016). Análisis de instrumento para evaluación del desempeño en actividades de la vida diaria instrumentales Lawton y Brody. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16(2), 55-62.
- Holburn, S. (2012). Cómo puede la ciencia evaluar y mejorar la planificación centrada en la persona.
- Nielsen, R. E., Lindström, E., Nielsen, J., y Levander, S. (2012). DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 22(10), 747-750.
- Sennett, R. (2003): *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: Anagrama.

- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002). The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Traducido al Castellano por Miguel Ángel Verdugo y Cristina Jenaro, Alianza Editorial, 2003]
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (en prensa). The Impact of the Quality of Life Concept on the Field of Intellectual Disability. En M. Wehmeyer (Ed.), Oxford handbook of positive psychology and disability. Oxford: Oxford University Press.
- Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Rifenshield, G. G., y Little, T. D. (2015). Relationships between self-determination and postschool outcomes for youth with disabilities. *The Journal of Special Education*, 48(4), 258.
- THE WHOQOL GROUP. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551–558.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Arias, B., Gómez, L., y Jordán de Urríes, B. (2013). Calidad de vida. MA Verdugo & RL Schalock (Coords.), *Discapacidad e inclusión manual para la docencia*, 446.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory. In *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). Springer, Boston, MA.