



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL
“ENFERMEDAD MENTAL Y METODOLOGÍA
CENTRADA EN LA PERSONA”
UNA INTERVENCIÓN ENFOCADA A LA DIGNIDAD.

Autora:

Dña. María Lourdes Fernández del Saso

Tutor:

D. Pablo de la Rosa Gimeno

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2018-2019

Fecha de Entrega: 12/12/2018.

Agradecimientos

A Pablo, por su infinita paciencia y confianza.

A mi madre. Siempre.

A lxs mixs, por estar a mi lado y confiar en mí.

A las personas que decidan dejarme entrar en sus vidas, creyendo que puedo hacer algo por ellas, escuchándolas y acompañándolas.

GRACIAS.

Índice General

Índice de tablas y cuadros: 4

Relación de siglas empleadas:..... 4

Resumen 5

1. Introducción..... 6

 1.1. Interés y oportunidad del trabajo. 6

 1.2. Objeto del trabajo. 8

 1.3. Objetivos 8

 1.4. Metodología y estructura del trabajo. 8

2. Aproximación a la enfermedad mental. 9

 2.1. Salud vs Enfermedad. 9

 2.2. Cambio en el concepto, reapropiación terminológica amparada por la corriente de la autodeterminación. 11

 2.3. Características de la Enfermedad Mental..... 13

 2.4. Enfermedad Mental Grave; características propias y manifestación. 13

 2.5. Factores clave: la familia o redes de apoyo como facilitadores para el proceso de rehabilitación. 18

3. El modelo de atención centrado en la persona: necesidad de cambio en la comprensión de la persona y el paradigma profesional en Trabajo Social. 22

 3.1. La metodología centrada en la persona por definición. 24

 3.2. Fundamentos, procedimientos y estrategias..... 26

 3.3. Antecedentes del modelo de Planificación centrada en la persona: La planificación clásica. 29

 3.3.1. Interpretación de los cambios más significativos. 31

 3.4. Acercamiento a la visión desde otros colectivos: Gerontología. 33

4. Equipos de Promoción de Autonomía Personal...... 35

 4.1. Definición y características esenciales del EPAP. 35

 4.2 Principales necesidades y/o problemáticas del colectivo atendido. 36

 4.3. Principios, objetivos generales, específicos y destinatarios del programa. 38

 4. 4. Identificación de los equipos dentro del mapa de recursos. 40

 4.6. Trabajo en red: relaciones con otros recursos y con otras áreas de intervención 41

 4.7. Los instrumentos o herramientas de EPAP en torno a la MCP. 43

 4.7.1. Instrumentos iniciales. 43

 4.7.2. Instrumentos posteriores o a lo largo del proceso. 44

 4.7.3 Instrumento de finalización:..... 45

 4.8. Procedimiento metodológico..... 46

5. Conclusiones 47

6. Bibliografía. 50

ANEXOS 53

Índice de tablas y cuadros:

Tabla nº1: Fundamentos de la MCP.

Tabla nº 2: Comparativa de planificaciones.

Tabla nº3: Instrumentos iniciales.

Cuadro nº1: Proceso de intervención CEAS- EPAP.

Relación de siglas empleadas

ACP: Atención centrada en la persona

CEAS: Centros de acción social.

ELPs: (Essential Lifestyle Planning).

EM: Enfermedad mental.

EMG: Enfermedad mental grave

MAPs: (Making Action Planning).

MCP: Metodología centrada en la persona.

PATHs: (Planning Alternative Tomorrows with Hope).

PCP: Planificación centrada en la persona.

PII: Programa individualizado de intervención.

PIRI: Programa individualizado de rehabilitación integral.

SAUSS: Sistema de acceso unificado de servicios sociales.

SS. SS: Servicios sociales.

TMG: Trastorno mental grave.

TMS: Trastorno mental severo.

Resumen.

El presente trabajo persigue identificar cuáles son las características esenciales que han de ser tenidas en cuenta a la hora de intervenir con el colectivo de personas con enfermedad mental grave. Con ello se pretende desmitificar la visión social que se tiene de ellos y sobre su capacidad de actuación en el entorno. También sobre la capacidad de decisión sobre sí mismos.

Se realiza un recorrido por los diferentes tipos de metodologías aplicadas al mencionado colectivo, para finalizar aterrizando en la que nos ocupa: la metodología centrada en la persona.

Por último, se persigue justificar con la información seleccionada anteriormente lo apropiado de la combinación de la metodología centrada en la persona y la enfermedad mental, añadiendo testimonios de profesionales en activo.

Palabras clave: Enfermedad mental, metodología centrada en la persona, Equipos de Promoción de Autonomía Personal, dignidad, Trabajo Social.

Abstract.

The present work seeks to identify which are the essential characteristics that must be taken into account when intervening with the group of people with severe mental illness. This is intended to demystify the social vision that you have of them and their ability to act in the environment. Also about the ability to decide about themselves.

A tour is made of the different types of methodologies applied to the aforementioned group, to end up landing in the one that concerns us: the methodology centered on the person.

Finally, the aim is to justify with the previously selected information the appropriateness of the combination of mental illness and methodology centered on the person, adding testimonials from active professionals.

Key words: Mental illness, methodology centered on the person, Teams of Promotion of Personal Autonomy, dignity, Social Work.

1. Introducción

1.1. Interés y oportunidad del trabajo.

Para contextualizar la temática que va a ocupar el siguiente trabajo se relatará, a continuación, una experiencia en la que se condensan los diferentes pareceres que precisan de atención especializada desde el Trabajo Social.

La historia se centra en las cuestiones más relevantes que serán tratadas en diferentes apartados a lo largo del trabajo y que pretenden reflejar de forma muy cercana los sentimientos e impresiones que he podido recoger a lo largo de mi experiencia con los Equipos de Promoción de Autonomía Personal (EPAP).

El trabajo contará, además, con verbatines extraídos de las entrevistas a las profesionales de los equipos EPAP, cuyo cometido es el acompañamiento activo e integral de personas con discapacidad, dependencia y/o enfermedad mental, procurando con ello facilitar la comprensión de la lectura y reforzar el conocimiento teórico reflejado en el mismo.

Esta mañana Carmen se ha levantado de mal humor, no todos los días van a ser buenos, y desde hace algún tiempo la vida se lo está poniendo más complicado que nunca.

Hoy tiene más dolores de los que está acostumbrada a soportar... las piernas ya no son lo que eran, ya no aguantan lo que aguantaban antes. Recuerda a su madre diciendo... “anda no te quejes (...) si hubieras tenido que cruzar dos veces al día el pueblo con esas lecheras cargadas a tu espalda te ibas a enterar de lo que es bueno...” Carmen piensa que ahora es capaz de entender a su madre más que nunca.

“Vamos arriba, hoy no estoy para muchos trotes...” Carmen habla con su hija Manuela. Tiene que levantarse, hoy no se remolonea.

Una trabajadora social va a acudir a su domicilio con intención de conocer más sobre ellas.

“Tenía que ser hoy, que no puedo con mi alma... ¿qué va a pensar esta mujer de nosotras? ¿qué opinión se va a crear? (...)”

Manuela, la hija de Carmen, es una mujer valiente, siempre lo ha sido, tiene una sonrisa preciosa y presume mucho de ello, se le da muy bien dibujar paisajes con sólo echarles un vistazo y tiene un grupo de amigas que siempre han estado a su lado para recordarla lo bonito que es sentirse viva. Con ellas se ha recorrido el mundo, disfruta, experimenta y aprende. Junto a ellas es feliz.

Manuela, también tiene enfermedad mental, recién diagnosticada.

Sufre crisis de esquizofrenia que la obligan a estar ingresada durante cortos periodos de tiempo, pero muy frecuentes.

Todo se para cuando esto sucede.

Carmen y Manuela se tienen la una a la otra como único apoyo familiar. Se sienten cómodas, no necesitan más, pero a veces la vida te pide una tregua, y parece que, si flaqueas, pierdes la batalla.

Cuando se plantean un futuro lo ven todo bastante gris, pero no quieren alimentar el desánimo entre ellas porque verbalizar y reconocer te hace sentir un poco más débil.

Mostrarte fuerte, aunque ahora pienses que no puedas, de alguna manera, te hace sentirte mejor...

Siempre han salido adelante, ¿Por qué iban a dejar de hacerlo ahora? ¿Quién va a garantizar su libertad, su bienestar y su poder de decisión mejor que ellas?

Tienen miedo a pedir ayuda. Prefieren preservar su autonomía intacta, su capacidad de autodeterminación y su esencia...

Pero Carmen necesita consejo, acompañamiento, sin que ello suponga que su valentía quede en entredicho. Necesita verse acompañada y guiada, que le permita tener tiempo para pensar en las posibilidades que tiene y le orienten para conseguir hacer lo mejor para su hija. Sin sentirse juzgada, sin que se vea obligada a tomar decisiones que vayan en contra de sus preferencias o que no respeten sus tiempos. Desde ella misma, y desde la capacidad de decisión de Manuela.

Manuela, por su parte, necesita volver a creer en ella misma, en quien es, y gritarle al mundo que se siente muy capaz de llevar a cabo su proyecto de vida. Con preguntas y acciones consensuadas, con apoyos que no decidan por ella. Con alguien que quiera acompañarla para que pueda volver a sentirse plena, capaz, feliz...

Un compromiso fundamental que debe adquirir cualquier profesional que pretenda desarrollar su labor de una forma comprometida es el de conocer y asumir lo que se puede denominar la esencia de su profesión. Esta premisa, en Trabajo Social, adquiere unas dimensiones aún más relevantes.

La Real Academia Española (2017), define la *esencia* como “Aquello que constituye la naturaleza de las cosas, lo permanente e invariable de ellas”. “Lo más importante y característico de una cosa”.

¿Es viable el uso de metodologías que mantengan a las personas en el centro de la intervención, desde entornos micro, a través de medidas adoptadas en terrenos macro?

¿Como puede una disciplina como el Trabajo Social intentar transformar una situación como la que se describe en el relato, sin caer en generalidades, juicios de valor o contradicciones, preservando la integridad y la voluntad?

Este trabajo será redactado utilizando el género masculino, atendiendo al conjunto general de los profesionales del Trabajo Social y en concordancia con los estilos académicos, pero sin olvidar la necesaria visibilización que requiere el colectivo de mujeres dentro de una práctica como ésta, donde se ayuda, se acompaña y se prestan apoyos, siendo estas características reservadas históricamente para mujeres. Se pide, por tanto, entender aplicada la perspectiva de género de manera transversal en todo el Trabajo de Fin de Grado.

1.2. Objeto del trabajo.

El objeto de este Trabajo de Fin de Grado es el colectivo de personas con enfermedad mental grave y la forma de intervención con las mismas, donde otorgar la importancia necesaria a las personas, a sus potencialidades, a su capacidad de obrar y sobre la preservación de derechos y cobertura de sus necesidades desde una visión profesionalizada con carácter reflexivo.

1.3. Objetivos

- Profundizar en el concepto y las características propias del colectivo de personas con Enfermedad Mental Grave.
- Conocer las metodologías que se han empleado con este colectivo hasta alcanzar la que ocupa este trabajo.
- Adentrarnos en la metodología centrada en la persona tanto de manera teórica como empírica.
- Subrayar la necesidad de un cambio en la percepción de la persona con enfermedad mental grave y sobre su capacidad de obrar en la sociedad.

1.4. Metodología y estructura del trabajo.

La metodología prevista en este trabajo es principalmente cualitativa, combinando el conocimiento recogido en revistas, libros y artículos con entrevistas abiertas y

semiestructuradas a profesionales que están trabajando con el colectivo mencionado anteriormente.

En cuanto a la estructura, se inicia haciendo un recorrido sobre la concepción de esta enfermedad en el campo de la medicina psiquiátrica para terminar vinculándola con la práctica del Trabajo Social.

El trabajo continúa explicando cuáles han sido los modelos de intervención que preceden al que exponemos en profundidad, el modelo centrado en la persona.

Seguido a lo anterior, se detallan las funciones y características principales de los Equipos de Promoción de Autonomía Personal, EPAP, quienes ponen en práctica la metodología señalada anteriormente con el colectivo de personas con enfermedad mental grave.

Se finaliza con la aportación de las profesionales del mencionado equipo, contribuyendo a una visión cualificada y profesional que justifique la viabilidad de la propuesta y del Trabajo de Fin de Grado.

2. Aproximación a la enfermedad mental.

2.1. Salud vs Enfermedad.

La salud mental forma parte inseparable del denominado bienestar integral de cualquier ser humano. De acuerdo con la Estrategia en materia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013), el grado de salud mental se relaciona con la capacidad para enfrentarse y superar las adversidades de la vida sin perder el equilibrio emocional.

El término “salud mental”, fue concebido como alternativa a la noción insuficiente de psiquiatría, procurando con ello alcanzar los niveles de connotación preventiva necesarios, para aglutinar así, la participación, ya no solo de psiquiatras, sino del resto de profesionales vinculados con la práctica médica.

En contrapunto, y de acuerdo con Tomás y Almenara (2008) la enfermedad mental sigue siendo la terminología más utilizada, y ésta es percibida desde el punto de vista

de la medicina general a través de tres enfoques con alta carga valorativa para los enfermos mentales.

- La ausencia de salud
- La presencia de un sufrimiento
- Un proceso patológico.

Estos enfoques son aún hoy en día, objeto de constante debate y su interpretación un condicionante en la comprensión y atención al mencionado colectivo.

Es frecuente referirse a la enfermedad mental desde una perspectiva puramente biomédica pese a los grandes esfuerzos de cambio en la comprensión terminológica, donde lo relacionado con los aspectos sociales queda relegado a un segundo plano o no cobra importancia. Pero dicha referencia es fruto de una combinación incompleta o no recoge de manera total las características que componen la situación bio-medico-social de la persona.

La enfermedad mental se encuentra estrechamente relacionada con la capacidad de la persona para introducirse en el entorno, para construir sentimiento de pertenencia, para el desarrollo de su capacidad crítica y decisiva o para su evolución personal o profesional.

El estado psíquico determina la capacidad de hacer, posibilita o limita la atención de los intereses personales y de que los mismos puedan ser resueltos de forma autónoma.

Ocurre, por lo tanto, que los proyectos de vida en aquellos momentos en los que las personas reciben un diagnóstico psíquico, independientemente de la patología, pueden verse limitados, paralizados o incluso anulados. Es entonces, donde la labor de un experto como el trabajador social debe entrar en escena.

2.2. Cambio en el concepto; reapropiación terminológica amparada por la corriente de la autodeterminación.

Es oportuno señalar lo adecuado de tratar en términos de locura y no de enfermedad mental al sector al que nos referimos.

La explicación que necesita dicha afirmación podría ser justificada de manera transversal a lo largo de todo el Trabajo de Fin de Grado, y permitiría al lector llevar a cabo una reflexión sobre el condicionamiento del lenguaje en los procesos de socialización.

Sin embargo, en esta ocasión será utilizada la terminología más consensuada por expertos profesionales, teóricos y académicos, dejando en el aire la posibilidad de reflexionar en este sentido en otra ocasión más pertinente.

No obstante, sí cabe señalar algunas cuestiones que enriquezcan la percepción de la enfermedad mental y que arrojen algo de luz en la comprensión y visión que se posee de este colectivo.

La primera de esas cuestiones aparece reflejada en las aportaciones teóricas del ámbito estrictamente sanitario, cuando la psiquiatría, en su afán por conformarse como un saber experto, secuestra el término y lo reduce a una dimensión puramente patológica (Correa-Urquiza, 2015).

Pero “la gestión de la locura siempre ha sido una necesidad social que se ha visto determinada por factores sociales, culturales, filosóficos o psicológicos” (Scull, 2013 citado en Brea y Gil, 2016, p. 97)

La aportación de Scull permite resolver cómo la tendencia de pensamiento social condiciona sustancialmente la relación con este colectivo, como ya hemos apuntado anteriormente.

Procede también aclarar la readaptación al término enfermedad mental por trastorno mental, coincidiendo éste con la reforma psiquiátrica del Siglo XX, y procurando acercarse a los objetivos globales que se persiguen hoy en día, pero aún sin mucho acierto.

En otras épocas históricas “a los trastornos psíquicos se les ha considerado una condena; a los enfermos, culpables; y a los encargados de su atención inquisidores cuya misión era liberar a la sociedad del mal” (Márquez-Romero, 2010, p. 2).

Badallo (2012), ya explica cómo los modelos que únicamente tienen en cuenta los componentes biológicos no pueden explicar nada más que una parte del considerado trastorno mental.

La reagrupación de los argumentos expuestos hasta el momento deja cabida al planteamiento de una revisión en los modelos atencionales que permita guardar coherencia entre teoría y realidad, entre discurso y práctica. Atendiendo con ello, de forma acertada, al colectivo de personas con enfermedad mental, cuya comprensión de la locura pasa por la reapropiación del término, procurando con ello que suceda el efecto rehabilitador y de autodeterminación, y liberándose del estigma.

A lo largo de la historia se puede observar de forma clara cómo la noción varía en función de donde sea puesto el foco de atención y cuáles sean los modelos médicos que predominen en la época.

Es intención de este trabajo, utilizando como base la teoría planteada hasta el momento, que la comprensión de la enfermedad mental no se vea condicionada únicamente por la concepción clínica, sino que sea percibida desde su amplia magnitud, asumiendo la carga emocional que lleva implícito un diagnóstico clínico para quien lo recibe.

En este sentido, se puede determinar que, durante el periodo de rehabilitación de las personas con enfermedad mental, debe primar la búsqueda de herramientas profesionalizadas que den respuesta a las necesidades manifestadas desde los usuarios y para cada uno de los usuarios de manera específica y concreta. Incluir en ello, un acompañamiento activo en las necesidades emocionales, entendiendo con esto que la toma de psicofármacos como única medida no provocará el efecto necesario para una mejora en su calidad de vida dentro de un entorno normalizado, si no se escucha, se respeta y se atienden los requerimientos de la persona objeto de intervención.

2.3. Características de la Enfermedad Mental.

Es importante llevar a cabo una contextualización acertada sobre las características de las personas a las que se pretenden acompañar en el proceso de mejora.

Resulta determinante para una correcta comprensión de este proceso, que cada una de las características que se desprenden de la enfermedad mental (de ahora en adelante EM) sean tenidas en cuenta a la hora de llevar a cabo un abordaje de calidad.

Lo mismo ocurre con las catalogaciones en EM. Aquí se puede observar cómo los diferentes grados de afección determinan la puesta en marcha de un tipo de estrategias u otras, en función de las características que presenten los usuarios, pero siempre desde ese prisma generalizado.

Ha de tenerse también en cuenta si dicha asistencia se presta desde una atención clínica, psicológica o puramente social, desligándose de un análisis conjunto y dirigiendo la práctica en sentido contrario al que defiende este trabajo: la atención desde la multidisciplinariedad.

Las categorías asignadas a este colectivo varían en función de lo afectadas que se encuentren sus capacidades en lo referido a las esferas bio, psico o sociales.

Siguiendo una categorización vinculada a los criterios en servicios sociales, (en adelante SS.SS) oscilan entre lo leve o moderado, hasta lo grave o muy grave, con relación a la situación de dependencia que muestre el usuario.

Esto ha de encontrarse en concordancia con lo descrito en el Manual diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V), cuya comprensión corresponde a la visión médica vinculada al diagnóstico clínico y cuya categorización no debe condicionar el tratamiento personal que reciba el beneficiario de nuestro apoyo.

2.4. Enfermedad Mental Grave; características propias y manifestación.

Puesto que el interés de este trabajo se centra en el colectivo calificado como “grave”, se llevará a cabo una breve aportación sobre el cambio sufrido en la comprensión terminológica y metodológica.

Se utilizará como punto de partida, la definición aportada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos en 1987 (NIMH,1987) que define a este colectivo como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada (...) y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.

En sus inicios, y desde una visión puramente Institucionalizada y clínica, se trataba de “crónicas” a las personas que “sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación con aspectos de su vida diaria, y que además dificultan el desarrollo o mantenimiento de la autosuficiencia económica” (Blanco y Pastor, 1997, p.33).

Pero como pronunció el Ararteko (Defensor del pueblo en la C.A. del País Vasco), en el informe para la atención comunitaria de la enfermedad mental (2000), de la definición aportada anteriormente se desprende una alta connotación negativa, sesgada y que orienta la comprensión del concepto hacia lo discapacitado, minusválido, inservible o identificando la locura en términos generalistas.

Por ello, la literatura especializada comenzó a impulsar el uso del actual concepto de enfermedad mental grave (de ahora en adelante, EMG), trastorno mental grave (TMG) o trastorno mental severo (TMS) (Rodríguez, 2001), vertiendo sobre él la necesaria carga social que precisa la comprensión del mismo y para su atención y comprensión integral.

Ocurre, además, que los estudios ligados a la cronicidad de dicha enfermedad apuntan hacia un pronóstico de mejoría progresiva, tanto de su funcionamiento psicosocial como de su situación psicopatológica (Rodríguez, 2001).

Por tanto, el posicionamiento acerca de desarrollar estrategias y técnicas encaminadas a la autonomía del usuario, tanto en un sentido clínico como en uno relacional, cobra sentido y se justifica por sí mismo.

Resulta crucial delimitar de forma correcta las diversas problemáticas a las que se enfrenta este colectivo, a fin de poder ser rigurosos y fieles a la evidencia, creando herramientas dirigidas a la prestación acertada de apoyos.

Pese a lo controvertido del colectivo (la EM es un fenómeno dinámico, que se manifiesta en variedad de estilos y formas) encontramos que cada vez existe mayor consenso a la hora de reunificar las características que resultan más relevantes de la población con EMG, incluyendo a personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo, muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981).

Con intención de centrar el trabajo en algunas de las peculiaridades que se reflejan en la definición aportada, se señalarán a continuación 6 áreas a tener en cuenta cuando se valora la severidad o el desempeño social de una persona con EMG (Blanco y Pastor, 1997), siendo estas peculiaridades las que marcarán los focos esenciales de atención a valorar en la intervención con el sector referido:

- Autocuidado
- Autonomía
- Autocontrol
- Relaciones interpersonales
- Ocio y tiempo libre
- Funcionamiento cognitivo

Continuando con lo expuesto, se propone profundizar sobre aquellas cuestiones más significativas y sobre su forma de manifestarse para que, con ello, se mejore el desempeño tanto en la vida privada como en los entornos públicos en los que decida tener incidencia el usuario. Sobre la comprensión de estas áreas, han de asentarse las bases sobre las que deben dirigirse las estrategias de intervención:

- **Autocuidados:** se manifiesta como falta de habilidad y destreza, por lo general, del uso eficiente de cuidados en lo referido a higiene, limpieza corporal y del entorno. Estilos y hábitos de vida poco saludables que ponen o pueden poner en riesgo su bienestar físico y mental.
- **Autonomía:** presencia de poca o nula habilidad para el manejo de los bienes económicos, para realizar desplazamientos. Carencia en la destreza de su tiempo libre, con baja o nula capacidad para el acercamiento al entorno laboral.
- **Autocontrol:** reflejo de cierta incapacidad para una correcta gestión emocional en situación de agobio o estrés. Escasez de habilidades sociales y/o comunicativas.
- **Relaciones Interpersonales:** mantenimiento de red social exigua, inhabilidad en el manejo de situaciones relacionales. Baja asertividad, uso de estilos agresivos o pasivos...
- **Ocio y tiempo libre:** muestra insuficiente de motivación o interés que le vincule con el entorno comunitario, desidia. Falta de conocimiento o interés por el mismo.
- **Funcionamiento cognitivo:** aparición de dificultad en la comprensión, atención y percepción. Concentración escasa y conflicto en la asimilación de conceptos, situaciones o vivencias. Discurso en ocasiones desestructurado. Indefensión aprendida.
- **Funcionamiento laboral:** presuposición de poca o nula experiencia profesional. Bajas expectativas, desajustes en horarios y rutinas pautadas. Dificultad en las relaciones sociolaborales.

Procede hacer referencia a las anteriores muestras sintomatológicas que se desprenden de la EMG para que puedan ser comprendidas y trabajadas de manera eficaz, y siempre teniendo en cuenta la autopercepción de los propios usuarios, cuando éstos adquieren un rol de doble víctima; no sólo por su propio sentir, sino por la carga estigmatizada que conlleva ser diagnosticado como EMG de cara a una

inserción social real. La estrategia debe encaminarse comprendiendo, por parte del profesional, que un diagnóstico así debilita su capacidad, fuerza y determinación.

No se debe olvidar tampoco, que cuando se lleva a cabo una categorización, se refiere en términos generales a un asunto determinado, sin otorgarle valor a lo personal, a lo particular de cada ser humano.

En lo que concierne al público objeto, y en palabras de Foucault (1964) la creación de la categorización de la enfermedad mental fue la época dorada de la “razón”, dentro de un contexto socio político basado en la operabilidad de deshumanizar lo que era preciso de controlar. Así sucede con la sinrazón, cuya materialización es asignada a la diversidad mental y a la posibilidad de innovar.

Aludiendo a la cita y procurando coherencia con el posicionamiento que ha adoptado este trabajo, cabe señalar que uno de los objetivos fundamentales debe ser romper con estos estereotipos y otorgar el espacio y la relevancia que merece cada persona dentro de la sociedad, acabando con la imagen preconcebida y socialmente aceptada de operatividad - cordura. Es importante acabar con el ideario de lo funcional de una persona “sana” frente a otra con un diagnóstico de EMG, a la cual se la presupone debilitada o carente de habilidades. Que dicha propuesta pueda verse reflejada sea cual sea el entorno donde quiera tener incidencia la persona que recibe la intervención.

Una vez puntualizado lo anterior, se describirán las consecuencias que se desprenden de las anteriores características y cómo se manifiestan éstas en la vida de las personas con EMG. Puntualizando que se requiere, a parte de la propia voluntad personal, de toda una red de apoyos que aprecie su labor, la apoye y la guíe en caso de ser necesario, cuando estas aparezcan:

“La concepción del ser humano como componente de una comunidad, parte de la necesidad de que éste comparta con sus iguales un mismo conjunto de expectativas que posibiliten la convivencia en forma de vida social y de construcción política” (Goffman, 1963, p.149).

Un diagnóstico clínico, sumado al deterioro producido por la interiorización de los prejuicios sociales y morales, condiciona el estado de ánimo, el sentir y la capacidad de

actuar de las personas con EMG, generando secuelas que pueden verse claramente identificadas, como recoge el IMSERSO (2007), destacando:

- Deterioro de la autoestima
- Excesiva actitud vigilante e hipersensibilidad.
- Aislamiento
- Exclusión
- Déficit en las relaciones
- Distimia/Apatía

Se comprende de lo anterior que la sola cuestión de recibir un diagnóstico por parte de un profesional lleva implícita una alta capacidad de sugestión para quien lo recibe.

Provoca en la persona una sumisión pactada, entre el dictamen que emite un experto, en combinación con ese deterioro emocional.

Lo expuesto, sumado a la percepción estigmatizada a la que nos hemos referido en los primeros puntos de este trabajo, se convierte en un constructo de sensaciones y autopercepciones con las que resulta tremendamente difícil romper.

Nadie puede pensar que está sano, si todas las manifestaciones de su entorno lo conciben como enfermo.

“En el mundo de la psiquiatría empieza a cambiar algo, pero poco a poco. Y es cierto que, dependiendo del profesional que te toque, tú vas a poder llevar a cabo un tipo de intervención u otro, y eso evidentemente tiene reflejo directo en la vida de la persona” (TS1, p. 54).

2.5. Factores clave: la familia o redes de apoyo como facilitadores para el proceso de rehabilitación.

El sentimiento de pertenencia, cuya materialización resulta de la relación obtenida de un individuo hacia su entorno, forma parte significativa del llamado proceso de rehabilitación, y resulta decisivo para la transformación real de la situación de personas con EMG, como hemos pretendido evidenciar en lo que precede a este punto.

Ardila (2009), plantea que uno de los objetivos de la reforma de la atención psiquiátrica, pasa por lograr la permanencia de las personas con EMG dentro de sus entornos cotidianos, preservando así su estatus de ciudadanos, para que sean incluidos en los contextos sociales.

Además, y siguiendo en esta línea, Ferré (2008) también valora como oportuna la participación activa de la familia o redes de apoyo para la rehabilitación de las personas con EMG, buscando otorgar una atención integral al usuario dentro de su entorno familiar.

Se comprende de las anteriores afirmaciones, a la familia y al entorno no institucionalizado como el “idóneo para que la persona enferma pueda encontrar la seguridad necesaria para ponerse en contacto con sus vivencias y para elaborar demandas realistas ante las circunstancias que vive” (Fernández, 2011, p. 73).

Menezes y Ornellas (2004) utilizando el término familia, hacen referencia a un contexto estrechamente cercano, entendiendo a dicho contexto inundado de valores emocionales y cognitivos.

Pero cada persona tiene su propia comprensión de lo que representa la familia, vinculándola a juicios, opiniones, sentimientos o expectativas (Santos & Leal, 2005).

Marietán (2005) expone de forma acertada cómo el apoyo o cuidado que presta la red de atención familiar no debe ser entendido de forma exclusiva como un acercamiento físico, sino que este se relaciona con una posible necesidad de prestar apoyo y comprensión, ya que, si ese sistema permanece vivo, es porque beneficia a sus miembros.

Cabe entender, por las anteriores afirmaciones, la importancia que suscitan también los entornos no formales para este colectivo, si son los que cumplen las funciones anteriormente señaladas (redes de apoyo, amigos, grupos de ayuda mutua), como una alternativa necesaria para tener en cuenta.

No se debe olvidar que parte del estigma que se desprende de la enfermedad mental, tiene sus consecuencias en el abandono emocional que sufre la persona diagnosticada.

No siempre se puede contar con una red sólida de apoyo familiar, por ello es tan importante analizar de forma precisa cualquier soporte formal o informal con el que pueda contar el usuario en su proceso de recuperación.

En este sentido, el Trabajo Social ha desarrollado a lo largo de su crecimiento práctico una serie de técnicas denominadas en el argot metodológico “comunitarias”, que combinan la estrategia profesional con el apoyo natural ofrecido por el entorno de la persona, tan requerido en ocasiones por este colectivo, dentro de una situación psicopatológica estable y cuando la persona no se encuentre institucionalizada.

Las metodologías comunitarias también se encaminan hacia la identificación y conocimiento de determinados rasgos comportamentales localizados, de forma general, en personas con EMG; no menos importantes que los ya expuestos, pero con mayor grado de importancia a la hora de elaborar estrategias profesionalizadas. Algunos de estos rasgos comportamentales más comunes son los siguientes:

- Comportamientos agresivos y/o repetitivos
- Distractibilidad
- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Pobreza afectiva
- Pobreza lingüística
- Abulia/ apatía

La puesta en marcha de metodologías comunitarias contribuye como facilitadora en la unión de todos los actores presentes en el proceso de rehabilitación de la persona, haciendo parte activa de los avances y de la evolución al conjunto de implicados, reforzando redes de apoyo y pudiendo reportar expectativas positivas y creencia en la mejora.

Se puede entender, por tanto, que su correcta aplicación producirá un cambio favorable en términos generales, a efectos emocionales, de visibilidad y normalización

que se manifestará en la vida del usuario y de todas las personas que formen parte de su proceso de recuperación.

Que esta mejora será duradera en el tiempo y pueda considerarse suficiente una vez sean retirados los apoyos, principalmente profesionalizados, manteniendo una red relacional sana y estable.

Que el fin último de ésta y de todas las intervenciones se dirija a la desaparición de las figuras de apoyo, o que las relegue a un plano residual y esporádico, procurando que sea la persona quien despliegue por sí misma técnicas para sentirse cada vez más autónoma y funcional, en conjunto con las personas de su entorno. A su vez, que ese entorno pueda crecer en la medida que la persona considere oportuno.

Para finalizar este punto, se menciona de forma escueta por considerarse relevante, la existencia de una problemática que se desprende de la materia trabajada en este punto, concerniente a la violencia que es ejercida hacia las personas psiquiatrizadas y hacia sus entornos, normalmente familiares.

Todo un conjunto de acciones a nivel institucional que benefician la merma en las capacidades y voluntades del paciente, favoreciendo un retraso en la mejora y reproduciendo sintomatologías en forma de espiral. Contención química o mecánica, aislamiento, falta de información o profesionales expertos entre otros, son algunas de las actuaciones de violencia.

El diagnóstico clínico lleva consigo toda una serie de cuestiones sugestivas, como ya se ha indicado de forma reiterada, que afectan tanto a los propios usuarios como a sus entornos y que son en parte producto de la confianza que tenemos depositada en los profesionales, en combinación con los estigmas sociales.

Pero dicha cuestión invita a una labor de investigación y a una revisión teórica mucho más profunda, por lo que, como no es objeto de este TFG, se deja referenciado en el mismo para futuras búsquedas más pertinentes.

3. La metodología centrada en la persona: la necesidad de cambio en el paradigma profesional en Trabajo Social y en la comprensión de la persona con EMG.

Como se ha tratado en puntos anteriores, la evolución del Trabajo Social en salud mental ha estado históricamente influenciada por la reforma en el sistema psiquiátrico, su aplicación práctica supeditada a las metodologías aportadas desde la corriente clínica, y donde la figura profesional de lo que era denominado “asistente social”, estaba considerada aún como ambigua y era poco tenida en cuenta.

Fue a partir de la década de los 80, y coincidiendo con el cambio en la visión de la persona con EMG, cuando se comenzó a valorar la necesidad de que la figura profesional del trabajador social actuase de forma coordinada con la sanitaria, sumando al conocimiento ya existente, la identificación de problemáticas sociales para la posterior propuesta de actuaciones dentro de la línea de intervención terapéutica.

Las características generales de las personas con EMG empiezan a ser comprendidas en dimensiones psicosociales o sociales y no puramente clínicas, pese a seguir siendo observada desde el prisma de la discapacidad y los déficits en el funcionamiento autónomo.

Aquí se comienza a observar cómo las estrategias a desarrollar ya comenzaban a estar dirigidas hacia la rehabilitación social, pero desde un posicionamiento poco relevante, debido a que la visión sobre el funcionamiento autónomo de la persona con EMG se sigue entendiendo como limitada debido a su diagnóstico clínico. Esto es, en términos de modelos de intervención, actuaciones derivadas de los estilos psicopatológicos o rehabilitador, cuyas corrientes todavía derivan de otras disciplinas como la psicología.

Además, a efectos teórico-prácticos para el Trabajo Social, se traduce aún en dependencia teórica de otras disciplinas, lo que limita la producción de conocimientos y no permite alimentar nuestra base científica.

Sin embargo, la creencia profunda de que cada ser humano es único, que posee valor por sí mismo y que es merecedor de que sus necesidades físicas, psíquicas y sociales se vean atendidas de manera integral, conforma un fenómeno en sí mismo y revoluciona

necesariamente la visión en la atención, modificando cualquier actuación que parta de la prestación de apoyos, más si cabe en lo que a intervención social se refiere.

Como compañero indiscutible de esa nueva concepción figura la necesidad de preservar la integridad y el derecho a la autodeterminación como premisa básica en el tratamiento profesional y como hilo conductor en las metodologías, más aún, cuando hablamos de colectivos especialmente vulnerables como el que nos ocupa en este trabajo.

Es así como se asientan las bases de la denominada metodología centrada en la persona (en adelante MCP), llevando a la práctica una respuesta acertada y holística a las necesidades emergentes.

“Es más que apropiado para la población con enfermedad mental leve o grave, de hecho, no hay hasta ahora otra fórmula para mejorar la calidad de vida de las personas que no sea el acompañamiento directo y activo dentro de la comunidad”. (TS1, p.51).

La reagrupación de las necesidades expuestas confirma lo adecuado del uso de estas nuevas formas de atención, pero, sobre todo, lo necesario de la aportación del Trabajo Social al saber científico.

Las contribuciones más relevantes en ese sentido aparecen recogidas en el informe elaborado por Rodríguez (2010), y vinculan los modelos que preceden al que ahora nos ocupa, con las evidencias más significativas en el marco de la autonomía personal, siendo este uno de los objetivos principales que persiguen estas formas de intervención.

Si atendemos a autores como Gómez (2003), Baltés (1990) o Verdugo (2006), podemos recoger diferentes cuestiones a tener en cuenta, que validan la puesta en marcha de la citada metodología:

En lo referido a medidas de prevención o en términos de promoción de la salud, se observa cómo se reduce de manera significativa la dependencia y disminuye el riesgo de sufrir muertes.

La MCP, sumada a la perspectiva del modelo psicosocial, consigue catalogar como indispensable la atención al mundo interior de la persona (sentimientos, emociones,

autoestima, bienestar...), persiguiendo que la mejora se vea manifestada en la sociedad y el entorno para lograr su inclusión.

En cuanto a la capacidad de las personas sobre ser dueñas de sus propias vidas y actuar en base a sus derechos y necesidades manifestadas a lo largo del proceso vital.

Y, por último, en cuanto a la relevancia de los deseos y preferencias de las personas beneficiarias para guiar los programas e intervenciones, a través de las aportaciones recogidas en el campo de la investigación.

3.1. La metodología centrada en la persona por definición.

La planificación centrada en la persona (PCP), atención centrada en la persona (ACP) o la referencia elegida, metodología centrada en la persona (MCP), favorece la visión de que el individuo, objeto de intervención, no se vea privado del control sobre su propia vida, evitando con ello que se convierta en un sujeto pasivo de sus necesidades, y un mero consumidor del apoyo que se le presta (Sennett, 2003).

El autor define acertadamente cuáles han de ser los propósitos clave que han de sostener una intervención de calidad con los diferentes sectores con los que se actúe:

- Que la persona sea parte activa en su proceso rehabilitador.
- Que sea ella misma la que encamine las decisiones a desarrollar.
- Que se vean respetados sus tiempos, gustos, necesidades y capacidades.

Existen, también, valores clave que han de ser abordados si se pretende ser rigurosos en la aplicación metodológica.

Dichos valores pasan por el respeto a la autodeterminación, entendido en términos de capacidad y como derecho inherente al ser humano y por perseguir el desarrollo óptimo de la calidad de vida, entendida en términos de satisfacción personal.

“Que sea el profesional el que te apoye y te guíen en la conexión con tus derechos, recursos, garantizando el acceso a los mismos” (TS2, p. 52).

Desde la aportación de Sennet (2003) hasta la actualidad, se observa una evolución terminológica y metodológica que ha llevado al modelo que ahora se describe, a reinventarse y adaptarse de nuevo a las necesidades exigidas y manifestadas por los usuarios, en combinación con los cambios en las estructuras y relaciones sociales.

La atención se centra en agrupar todas las características esenciales que sustentan esta metodología en el significado del concepto dignidad, el que, por definición, y según la RAE (2018), habla de:

El atributo intrínseco de las personas que, en cualquiera de sus etapas y circunstancias vitales, debe poder ejercer su autonomía moral y sus derechos para orientar su existencia hacia el logro de un plan de vida propio, acorde con sus preferencias y deseos.

El concepto intervención, planificación o atención centrada en la persona es, por tanto, la reafirmación profesional de una corriente de pensamiento crítico que, obedeciendo a las exigencias que parten del propio usuario, y otorgándole valor y capacidad de decisión, ponen la voluntad y las ganas de quien recibe el apoyo en el centro de la propia acción interventora.

Estas premisas, sin embargo, no poseen nada de novedoso, pues son los propósitos que han de encontrarse ligados a nuestra profesión desde sus inicios. Su recuperación obedece más a la mala adaptación a los cambios sociales que a la pérdida de la esencia de la profesión de Trabajo Social. A su vez, obedece a la falta de cuestionamiento profesional que sitúa a esta profesión en una posición de control, donde el papel de experto es el que mayor relevancia cobra, relegando al usuario a un papel secundario sobre el conocimiento de sus necesidades.

Se evidencia con esto la necesidad de un reciclaje profesional constante y de calidad, orientado a la detección de necesidades de las personas y para las personas, de ser críticos y de revisar la disciplina de Trabajo Social tantas veces como sea necesario para que no deje nunca de ser lo que la define: una herramienta de transformación y acompañamiento para aquellos que precisen de su puesta en práctica.

3.2. Fundamentos, procedimientos y estrategias.

Toda metodología precisa de unos fundamentos que la sustenten y de una serie de procedimientos y estrategias de uso consensuado que la validen como adecuada tras sus primeras puestas en marcha.

Existe, aún hoy en día, diversidad en la comprensión y los planteamientos de la MCP, dado que lo más característico de la misma pasa por la individualidad de quien recibe el acompañamiento. Sin embargo, cada vez se consolida más una estructura común por un sector concreto de profesionales que persiguen una mejora en la práctica, haciendo al usuario y a sus decisiones el eje principal de la intervención.

También se consolida una serie de fundamentos, cuyos propósitos se basan en que la persona que recibe el apoyo, “formule sus propios deseos, planes y metas de futuro (su plan de vida deseado), así como los medios, estrategias y acciones necesarias para conseguir esos logros” (Arellano y Peralta, 2005, p.197). Dichos propósitos han de verse atendidos a través de unas estrategias consensuadas entre el usuario y el profesional, persiguiendo con ello que puedan ser los beneficiarios quienes decidan sobre su estilo de vida, sobre su vinculación con el entorno comunitario y sobre su independencia, para que todo ello favorezca la libre expresión de deseos y preferencias y mejore su autonomía personal.

La MCP se presenta como una herramienta fundamentada en el respeto, la visión integral, la individualización y que persigue la capacitación de la persona en todas las esferas de su vida. Estas características son las que han de ser recogidas, asumidas e interiorizadas por todos los profesionales que se dispongan a llevar a cabo este modelo de intervención.

“Nos podemos tirar meses escuchando historias de vida, situaciones que para la persona son importantes que tu conozcas. Que actúen como base para que esa persona te deje entrar en su mundo” (TS3, p. 55).

El siguiente cuadro realizado por Arellano & Peralta (2015), ilustra con claridad los elementos necesarios que debe reflejar esta técnica en lo referido a principios, metodología aplicada y rol profesional, permitiendo al lector aclarar ideas y asentar las bases fundamentales.

Tabla nº1: Fundamentos de la MCP. Una visión general sobre la PCP

<p><u>Principios</u></p>	<p>-Tiene como meta fortalecer la conexión y participación de la persona en su comunidad.</p> <p>-Promueve apoyos para que la persona tome decisiones, realice elecciones, exprese sus metas y preferencias y asuma el control de su vida.</p> <p>-Es un medio para reducir el aislamiento, la segregación y la falta de oportunidades para la participación de la persona.</p>
<p><u>Metodología</u></p>	<p>-Plantea un nuevo lenguaje para la intervención, más accesible y dinámico.</p> <p>-Se sirve de múltiples herramientas: Personal Histories, Maps, Phats, Essential life planning...</p> <p>-Exige una constante búsqueda de formas de expresión y comunicación que faciliten a la persona mostrar aquellas cosas que son importantes para ella.</p>
<p><u>Rol de profesionales</u></p>	<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 de un proceso de formación y sensibilización específico.</p>

Fuente: Arellano et al. (2015)

Continuando con la explicación de manera pormenorizada, es importante que las estrategias estén dirigidas a la consecución de los fundamentos generales que sustentan esta metodología, pero en este caso, de manera personalizada. Es decir, son planteadas a través de un modelo general, pero aplicadas desde la comprensión integral de la persona, dedicando el tiempo que se estime necesario a la tarea del conocimiento y considerando al usuario como alguien único, con deseos e intereses particulares.

No obstante, las estrategias también han de estar enfocadas hacia la cobertura autosuficiente de las necesidades entendidas como básicas:

- Alimentación.
- Vivienda.
- Empleo
- Higiene y cuidado personal.
- Toma de decisiones y representatividad comunitaria.

Todo ello se obtiene a través de las denominadas “fases de desarrollo”, propuestas por López, Marín y Parte (2012), donde se perfilan unas bases fijas, con una estructura cíclica y de duración variable. El proceso consta de 6 fases que se describen a continuación:

- “Preparación”: donde se decide de forma combinada dentro del entorno organizacional el proceso de implantación, la forma más adecuada para llevarla a cabo, la recogida de información relevante...
- “Evaluación comprensiva con la persona”, donde se busca obtener un conocimiento holístico de la misma, sobre sus necesidades, gustos, preferencias... sin centrar el conocimiento en las habilidades o competencias de forma estricta.
- “Acordar el plan”, trazando una actuación entre el usuario y el profesional, en colaboración con los apoyos de los que disponga la persona, y donde se fije el compromiso adquirido por el usuario para alcanzar sus propósitos o metas personales.
- “Implantarlo”, con ayuda del facilitador (el profesional de referencia), quien velará porque todos los apoyos del usuario, incluido el mismo, cumplan con su compromiso y sirvan de apoyo real para los propósitos sugeridos.
- “Seguimiento y revisión”, cuestión fundamental en el proceso, no sólo hacia el usuario sino también hacia el profesional. Valorar el proceso implica que podamos comprobar el grado de satisfacción, así como la consecución en los objetivos fijados por el usuario. También nos permite rectificar y retomar estrategias y metas de tal forma que se adecuen a la persona de una forma más realista.

La figura del facilitador es de obligada explicación, pues resulta fundamental su implicación en este tipo de metodología, ya que gran parte de la eficacia o no de la misma reside en que el facilitador, en este caso el profesional de Trabajo Social lleve a cabo una gestión adecuada del proceso.

Es esta figura la que tiene que velar por el cumplimiento del plan, el que promueva la participación activa de los miembros implicados en el proceso y la que garantice el respeto de preferencias, derechos e ideas del usuario.

Los instrumentos que utiliza esta metodología son muchos y muy diversos, y son escogidos en función de las metas propuestas una vez valorada su idoneidad.

Lo que determinará el uso de una herramienta u otra serán los propósitos que se persigan, los indicadores que se hayan tenido en cuenta, los agentes que participen en el proceso y la evaluación que se pretenda obtener de los mismos.

La descripción de algunos de ellos, recogidos por Martínez (2013), sería la siguiente:

- MAPs (Making Action Planning): en castellano, “haciendo planes de acción”. Esta herramienta pretende crear una imagen compartida de la persona, de sus necesidades y de sus capacidades, acompañándola en el proceso de creación de relaciones.
- PATHs (Planning Alternative Tomorrows with Hope): que traducido significa “planificación de mañanas alternativas con esperanza”. Este instrumento se propone conocer las expectativas de futuro del usuario, estableciendo objetivos a corto plazo. Desde esa visión, crea un equipo y una estrategia que permita alcanzar dichos objetivos.
- ELPs (Essential Lifestyle Planning): es el “plan de estilo de vida esencial”, y se propone como una herramienta cuyo propósito es trazar un plan de vida, garantizando espacios donde la persona se sienta cómoda y capaz de conseguirlo

De esta manera, compartiendo conocimiento práctico, se alimenta el saber científico y se tienen referencias sobre las nuevas prácticas que se están llevando a cabo, sobre su validez y sobre lo positivo de su puesta en marcha en la vida de las personas.

3.3. Antecedentes al MCP: La planificación clásica.

Ya se ha justificado como las diferentes necesidades a tener en cuenta empujan a que se produzca un cambio en la comprensión y el tratamiento a los diferentes colectivos de la intervención social. También cómo la sociedad expone las nuevas demandas y los

profesionales tienen la obligación de tomar parte en ello de una forma rigurosa y competente.

La suma de estos factores invitaba a la creación y desarrollo de nuevas estrategias y herramientas fundamentadas principalmente en el derecho a la dignidad y la autodeterminación, como recoge el punto anterior. Se comienza a hablar de tendencia al cambio, de transformación o de nuevas estrategias que orienten de manera más consciente la práctica profesional.

“Somos nosotras, en la medida en que la persona va demandando el apoyo, las que vamos actuando al ritmo que lo va solicitando él, procurando producir el menor impacto posible en su vida”. (TS3, p. 52).

Pero es necesario explicar los modelos que preceden al elegido en este trabajo, para poder justificar ese cambio tan necesario, más allá de las evidentes exigencias sociales.

Las características esenciales sobre las que ha de dirigirse el interés, tanto en la planificación clásica como en la MCP, aparecen reflejadas y explicadas con precisión en la tabla nº2, elaborada por López, Marín y de la Parte (2012).

A través de ella podemos comparar cómo la importancia del individuo, su proyección de futuro y la atención a sus necesidades integrales son parte esencial de la MCP, en contrapunto con las metodologías de actuación más clásicas, donde estos parámetros no son entendidos como cruciales para un abordaje de calidad.

Se puede comprender también de la interpretación de la tabla nº2 cómo hasta este momento de revisión metodológica, el afán se centraba más en alcanzar objetivos institucionales que en perseguir un verdadero cambio transformador para quien recibiese el acompañamiento.

Se pretende con la propuesta comparativa ensalzar la importancia de aquellos criterios que resultan más relevantes para el buen desarrollo de la actuación en Trabajo Social.

Tabla nº 2. Comparativa de planificaciones

	PLANIFICACION CLASICA INDIVIDUAL	PLANIFICACION CENTRADA EN LA PERSONA
<u>PERCEPCION DE LA PERSONA</u>	-Sujeto que puede participar, pero no decide -Perceptor de servicios	-Sujeto con derechos, activo y que decide -Autor de su propia vida -Cliente
<u>VALORES Y CREENCIAS</u>	-Aprendizaje continuo -Paternalismo del experto -Logro de la autonomía -Predominio de la técnica -El problema está en la persona	-Satisfacción vital -Orientación y respeto a la persona -Autodeterminación -Interdependencia -Predominio de la ética -El problema está en el entorno
<u>PODER EN LA TOMA DE DECISIONES</u>	-El técnico o el profesional.	-Persona con discapacidad y, secundariamente, el grupo de apoyo.
<u>CONOCIMIENTOS NECESARIOS</u>	-Técnicas educativas o rehabilitadoras. -Psicopedagogía, medicina...	-Relaciones humanas, comunicación. -Gestión de oportunidades en la comunidad. -Conocimiento de varios campos profesionales: derecho, marketing, ética...
<u>METODOLOGÍA</u>	-Elaboración por profesionales, bien individualmente o por equipos multidisciplinares. -Planificación por objetivos operativos.	-Coordinada, participativa y democrática. -Debate y discusión. -Negociación y consenso. -Trabajo en red.
<u>EVALUACION</u>	-Cuantitativa y centrada en las habilidades conseguidas por las personas.	-Cuantitativa y cualitativa, centrada sobre todo en la idoneidad de los apoyos prestados y en el cumplimiento de los compromisos adquiridos.
<u>LIMITACIONES</u>	-Disponibilidad de los servicios específicos.	-Preferencias individuales de las personas con discapacidad. -Disponibilidad de los recursos comunitarios.
<u>MODELO DE REFERENCIA</u>	-Psicopedagógico. -Rehabilitador.	-Calidad de vida.

Fuente: López et al. (2004)

3.3.1. Interpretación de los cambios más significativos.

Una vez expuestos los criterios más relevantes en dimensiones psicosociales indicados en la tabla anterior (la percepción de sí mismo, sus valores y creencias...), se considera enriquecedor para este trabajo analizar cuáles son aquellos puntos que cobran

especial relevancia y le otorgan a esta nueva metodología la validez que merece, siendo estos puntos, a su vez, y retomando al público objeto, los que más se acercan a las características de las personas con EMG.

En primer lugar, y como premisa clave, se hará hincapié sobre el cambio en la comprensión del usuario y en los valores y creencias que le acompañan de forma inherente. La persona es entendida como un sujeto con derechos y capacidad decisoria, eliminando la visión profesional más tradicionalista que le sitúa como una pieza dentro de todo el entramado administrativo de prestaciones y servicios, restándole importancia a sus intereses individuales.

Dicha apreciación no está orientada solamente al reconocimiento de derechos, sino también la no vulneración de los mismos.

La aclaración es pertinente si se persigue aplicar la MCP de forma integral. Esto significa reivindicar la visión total y no parcial del sujeto, el respeto a sus tiempos, a sus ganas y capacidades, a ser parte activa en su proceso de recuperación y a su libre decisión de renuncia y readaptación al recurso tantas veces como considere oportuno.

“Los propósitos en una intervención se alcanzan cuando una persona que nunca ha salido a la calle sale, se inicia en actividades y sea ella misma la que determina cuando abandonarlas por voluntad propia”. (TS2, p.52).

En segundo lugar, el interés nos lleva a valorar la importancia que se otorga al trabajo interdisciplinar, coordinado, participativo y democrático en la práctica del Trabajo Social, como bien indican López, Marín y de la Parte (2012). Los usuarios expresan sus intereses y necesidades, y estas deben ser recogidas de forma rigurosa por todos los actores que se encuentren activos en la intervención con el mismo, para poder elaborar una respuesta conjunta y lo más acertada posible.

Por último, y en relación con las dos ideas anteriores, hay que destacar la importancia de la participación del usuario para la elaboración de su propio plan de intervención, a través de una estrategia-proceso que parta del consenso, debate, discusión y negociación entre usuario y profesional o profesionales que tenga a su disposición. Respetando lo que el usuario decida y crea más oportuno para sí mismo, sin influir en su respuesta como expertos en la cuestión, sin orientar la acción hacia lo

presumiblemente correcto y apoyando y favoreciendo la toma de decisiones por parte de la persona.

“La confianza es crucial en esta metodología. Y la confianza se adquiere a través de la escucha activa que es como generas un buen enganche”. (TS3, p. 55).

3.4. Acercamiento a la visión desde otros colectivos: Gerontología.

La MCP centra su atención en la dignidad y el respeto hacia las personalidades y características propias del usuario, dándole la importancia que merece a quien la recibe, como alguien único e irrepetible.

Por esta razón se convierte en el método por excelencia, pero aún con más razón cuando es necesario ver más allá, como en este caso, cuando tratamos con colectivos considerados especialmente vulnerables.

En Trabajo social, estas iniciativas tienen sus primeras aplicaciones en el ámbito de la geriatría y la discapacidad (o diversidad funcional), siendo la última entendida en todas sus manifestaciones: física y mental e intelectual, incluyendo por lo tanto la EMG.

Lo particular del colectivo gerontológico, al igual que ocurre con la EMG, provoca que la actuación metodológica esté condicionada por las características más significativas del grupo, pero garantizando siempre las mismas premisas: preservar su dignidad, su bienestar emocional y físico y su capacidad de autodeterminación.

Analizamos algunas cuestiones de obligada atención con el mencionado colectivo, afianzando con ello la apuesta por este modelo de intervención y dejando reflejado el proceso de transformación que persigue el mismo y lo beneficioso de su puesta en marcha.

En el caso de la gerontología, el cambio principal se orienta no sólo en la comprensión de la persona como alguien con dignidad y derechos, sino que se pone especial énfasis en la forma de proceder con los mismos desde el punto de vista profesional.

Por lo tanto, se aúnan los dos criterios esenciales: el valor de quien recibe el acompañamiento y la visión revisada y reflexiva del profesional.

Se recogen algunas cuestiones que ejemplifican esta revisión:

- Cambio del modelo de atención integral (donde era el usuario quien debía adaptarse al recurso, y no al revés), al MCP, donde es la elección del usuario y su propio criterio quien determina el recurso más adecuado.
- La multidisciplinariedad pasa a ser una de las características principales.
- Centralidad de servicios dentro de un mismo recurso, evitando con ello dispersión y pérdida de información profesional, aunándolas todas en un mismo recurso.
- Nuevos tipos de recursos: Como explica Martínez (2015), el *COHOUSING* es un recurso de viviendas desarrolladas por los propios usuarios a través de su organización en cooperativas y cuya principal característica es que son ellos mismos los que poseen poder de decisión en todas las cuestiones referentes a su salud, cuidados, ocio e incluso sobre el diseño de su propia vivienda.

Volviendo al valor de la persona, y al igual que sucede con la EMG, el sector de la gerontología sufre un cambio cualitativo que revoluciona la forma de ver al sector de personas mayores.

El cambio esencial gira en torno a la capacidad y las potencialidades de la persona: los mayores siguen teniendo posibilidad y ganas de incidir en la esfera pública, de la misma manera que pueden decidir sobre lo que resulta adecuado o no para sus propias vidas.

Igual sucede con sus proyectos de futuro: encontrarse en un ciclo de vida avanzado no tiene por qué conllevar no tener sueños ni aspiraciones, y estos, han de verse respetados y promocionados a través del acompañamiento profesional y de las herramientas de las que disponga el mismo.

La mejora en el tratamiento y en los servicios viene precedida, además de por las cuestiones anteriormente indicadas, por los datos que reflejan cómo, el envejecimiento en los próximos 50 años duplicará el número de usuarios y personas susceptibles de verse atendidas.

La referencia aportada desde el campo de la gerontología sirve para apoyar la necesidad de desarrollar esta metodología con la visión de las peculiaridades de cada uno de los colectivos donde se ponga en práctica, habiendo realizado como exige este

método, una revisión sobre las necesidades más relevantes carentes de una respuesta profesionalizada.

De lo contrario, estaremos incurriendo, y pese a la carga ética que lleve implícita el cambio metodológico, en los mismos errores de las técnicas más tradicionales.

4. Equipos de Promoción de Autonomía Personal.

Resulta muy oportuno que este trabajo finalice con una aportación cercana sobre los equipos que ponen en práctica la metodología revisada, la MCP, con la población que ha sido objeto de este trabajo: las personas con EMG. Estos dispositivos reciben el nombre de Equipos de Promoción de Autonomía Personal (en adelante EPAP).

El interés mostrado por los equipos se justifica al considerar que los mismos responden de manera completa a las cuestiones que se han ido señalando en este trabajo como imprescindibles para la correcta atención de personas con EMG, desde la atención en los SS.SS.

Estos equipos trabajan de forma multidisciplinar, partiendo del conocimiento profundo y holístico del colectivo de personas con EMG, desde la sensibilidad y confianza hacia la promoción del mencionado colectivo y situando a la persona como protagonista de su propia vida. Aúnan, por lo tanto, todas las características necesarias para ser considerado un equipo perfecto para la aplicación práctica del modelo de referencia.

4.1. Definición y características esenciales del EPAP.

Como refiere el manual de funcionamiento de los EPAP (2012), son equipos multidisciplinarios cuya alta cualificación en materia de discapacidad, dependencia y/o enfermedad mental, los convierte en expertos, y les permite centrar su intervención dentro de los entornos domiciliarios sin necesidad de recurrir a su institucionalización.

Los equipos de promoción de autonomía personal comienzan a ponerse en marcha en 2010 con un proyecto piloto en Segovia y Zamora. En Valladolid se implanta a partir del 2011.

Se rigen por un marco normativo, autonómico o local, donde se recogen las funciones que explican su actividad profesional y aquellas que garantizan la cobertura de necesidades a través del catálogo de servicios y prestaciones que tienen a su disposición.

Destacamos la Ley 16/2010, de Servicios Sociales de Castilla y León sin olvidar la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, por ser valoradas como las más significativas para el correcto funcionamiento de estos equipos.

La justificación de la creación de los mismos viene determinada por la necesidad de contar en Castilla y León con equipos multidisciplinares con alta cualificación en materia de dependencia y/o discapacidad o enfermedad mental. Los usuarios con estos perfiles presentan problemáticas añadidas a su propia condición y dificultades para recibir la atención adecuada desde los servicios de atención primaria (CEAS), pertenecientes al primer nivel de intervención.

Se procura por tanto atender a aquellos casos considerados urgentes de actuación al no poder ser atendidos con el conocimiento específico y necesario que requieren.

El párrafo anterior explica cómo los equipos EPAP, por tanto, se localizan en el segundo nivel intervención, realizando su actividad dentro de los ámbitos domiciliarios y comunitarios.

4.2 Principales necesidades y/o problemáticas del colectivo atendido.

Los usuarios de EPAP manifiestan dificultades en la correcta atención a sus necesidades tanto dentro como fuera del circuito de protección social, es decir, de manera autónoma o dentro de la red de asistencia de SS.SS, en la mayoría de los casos.

Para poseer un perfil EPAP, ha de tenerse valorado grado de dependencia y/o discapacidad o enfermedad mental o ser susceptibles de serlo. En caso de cumplir con

esas características, pero no poseer la mayoría de edad, la intervención se realizaría desde los equipos de intervención familiar con los mismos propósitos.

Estos usuarios presentan dificultades importantes en su integración social, y como se ha señalado, en la cobertura de sus necesidades. En este caso la concepción de la palabra necesidad concibe en su sentido más amplio, recogiendo todas las áreas del funcionamiento de la persona: subsistencia, de salud, de carácter social, de desarrollo personal, de autonomía...

Dichas necesidades tienen que encontrarse manifestadas en cierto grado de intensidad: cuanto mayor sea la carencia mayor prioridad deberá tener el caso.

También desarrollan tareas de acompañamiento activo con aquellas personas que necesitan apoyo en la transición cuando concluye la intervención de otros dispositivos, y cuando otros recursos no han dado el resultado esperado o se consideren insuficientes, inadecuados o no estén disponibles.

Como recoge el manual de procedimiento (2012), en lo referido a las causas psicosociales o factores más relevantes por las que un usuario es derivado hasta el equipo se encuentran las siguientes señaladas por su relevancia:

- Asilamiento.
- Riesgo de desprotección.
- Conflictividad familiar o con el entorno.
- Situaciones de desamparo.
- Situaciones en crisis.
- Nula o baja adherencia al tratamiento.
- Rechazo a la ayuda social.
- Reunificación familiar después de un periodo de atención residencial.
- Desorganización en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Riesgo de exclusión social por necesidad de apoyo emocional e inestabilidad psicopatológica.

- Presencia de cuidadores/as con baja competencia por carencias de tipo personal.
- Presencia de cuidadores/as con baja competencia por sobrecarga.

También se consideran prioritarias aquellas personas que:

- Poseen una gravedad por la problemática social.
- Poseen una gravedad por las carencias de atención.
- Gravedad por situación de crisis.
- Gravedad por grado de dependencia.
- Exceso de número de personas dependientes en la unidad familiar (p. 9).

4.3. Principios, objetivos generales, específicos y destinatarios del programa.

Los principios que han de orientar la práctica de estos equipos, como refleja el manual, pasan por el respeto a la persona, al considerar a esta como un ciudadano en toda su amplitud, con potencialidades y capacidad de desarrollar las mismas si recibe el apoyo necesario.

Los principios más destacables son los siguientes:

- **“Normalización”**: trabajar desde la visión normalizada, aportando herramientas, habilidades y ayudas que garanticen su derecho a la igualdad, facilitando su incorporación en la sociedad.
- **“Integración/Inclusión”**: la inclusión supone la máxima integración de la persona dentro de su entorno.
- **“Participación”**: activa, tanto de la persona como de la familia, quien se muestra como un apoyo y como garante de derechos.
- **“Continuidad en la atención”**: en todas las fases y recursos sociales o sanitarios que precise el usuario.

- **“Trabajo en red”**: con la implicación de las diferentes administraciones públicas, y suponiendo requisito imprescindible en una metodología aplicada por estos equipos
- **“Trabajo interdisciplinar”**: para garantizar la integridad a través de los equipos interdisciplinares específicos designados para cada caso.
- **“Coordinación Externa Protocolizada”**: para evitar posibles arbitrariedades ha de tenderse a su plena integración como práctica de los servicios sociales sanitarios y educativos. Ello sin obstaculizar o suprimir los canales informales de relación y comunicación entre profesionales ya existentes.
- **“Coordinación Interna”**: imbricación de los Equipos de Promoción de la Autonomía dentro de los Servicios Sociales Básicos.
- **“Atención en domicilio y entorno habitual”**: procurando el mantenimiento normalizado de la persona dentro de su círculo cotidiano y pretendiendo causar el menor impacto posible.
- **“Sistema de trabajo estructurado alrededor de Proyectos Individuales y/o Comunitarios de Intervención”**: guiando las intervenciones según los objetivos para cada persona y situación, a nivel individual, familiar o comunitario.
- **“Coordinación de caso”**: cuando una intervención se vea alargada en el tiempo, procurando que el usuario tenga una figura de referencia a la que poder dirigirse.

En cuanto a los objetivos, tanto generales como específicos y continuando con el manual como guía de conocimiento, cabe señalar que desde estos equipos se propone lo siguiente:

- Alcanzar una mejora en la vida de las personas que presenten carencias o dificultades.
- Promover la permanencia en su domicilio e integración con el entorno, evitando la institucionalización.
- Asegurar el acceso a recursos básicos y especializados a petición del usuario.

- Proporcionar el apoyo necesario al cuidador, para garantizar una atención adecuada a las personas con Discapacidad y/o Dependencia y a sí mismo.
- Llevar a cabo intervenciones en el entorno normalizado de la persona, contribuyendo a establecer vínculos significativos, evitando con ello situaciones de riesgo.
- Favorecer la creación de redes sociales y de apoyo de personas con discapacidad / dependencia y/o familiares.
- Que las personas con discapacidad y/o dependencia sean conscientes de sus capacidades y posibilidades.

4. 4. Identificación de los equipos dentro del mapa de recursos.

Como se ha indicado al inicio, los equipos de EPAP pertenecen a los que se denomina segundo nivel de intervención, dependiente de las entidades locales (Instituciones públicas).

Los casos que llegan hasta los equipos multidisciplinares son derivados desde CEAS, situados en el primer nivel de intervención. Pero las derivaciones no proceden de CEAS de forma exclusiva.

A continuación, se explicará de forma breve cuál es el procedimiento que siguen desde atención primaria (CEAS) y cuál desde el recurso específico (EPAP):

Usuarios CEAS:

- Se realiza una recogida de información inicial que permita tener un conocimiento lo más amplio posible del usuario para proceder a su revisión posterior y registro a través de Sistema de Acceso Unificado a los Servicios Sociales de Castilla y León (SAUSS).
- Se lleva a cabo una valoración inicial para una detección de las necesidades más significativas a tener en cuenta.

- Si la intervención es suficiente o adecuada desde CEAS, se informa, orienta, asesora y gestiona de los recursos y las prestaciones por parte directa del profesional de atención primaria.

Usuarios/as que precisan intervención de EPAP:

- Se realiza una valoración específica
- Se elabora un plan de intervención en colaboración con CEAS
- Se efectúa el “enganche”, se proponen acciones, líneas a seguir...
- Se lleva a cabo la intervención en colaboración con el usuario y de forma coordinada con la psicóloga del equipo.
- Se ejecuta un seguimiento, y con ello, se da por finalizada la intervención una vez hayamos alcanzado nuestros objetivos.

Como se ha indicado, el CEAS no es la única puerta de entrada a estos equipos. Los siguientes son el resto de los procedimientos con explicación sobre algunas de sus condiciones o peculiaridades.

- Equipos mixtos provinciales de salud mental: En el equipo mixto, la corporación local es la que determina si se cumplen los requisitos para poder llevar a cabo la intervención. El equipo que intervenga asumirá los casos derivados y determinará la prioridad y programa de intervención en el marco del programa establecido por el equipo mixto, aplicando con ello los criterios de prioridad e intensidad.
- Gerencia de Servicios Sociales: Pertenecientes al nivel autonómico, contando con equipos EPAP propios.

4.6. Trabajo en red: relaciones con otros recursos y con otras áreas de intervención

Las relaciones con otros recursos o áreas de intervención son tan amplias como el propio diagnóstico que puedan presentar las personas que sean derivadas hasta los EPAP.

Para que los equipos inicien su intervención, como ya se ha mencionado anteriormente, deben haberse puesto en funcionamiento de manera previa los recursos habituales disponibles en el sistema de servicios sociales, y estos deben haberse mostrado como inadecuados o insuficientes, dentro de una estrategia de coordinación en el nivel comunitario con otros sistemas.

La intervención de los equipos puede darse simultáneamente con la aplicación de otros servicios y prestaciones que se consideren adecuados.

Para el correcto funcionamiento del programa se hace imprescindible establecer un sistema de coordinación formal tanto para el desarrollo del trabajo en equipo como para el análisis y seguimiento del programa. Se establecen, por lo tanto, distintos niveles de coordinación:

- Coordinación con CEAS: donde se reúnen profesionales del EPAP y los/as propias profesionales de CEAS.
- Coordinación interna del EPAP: donde las reuniones se llevan a cabo con los/as profesionales del equipo.
- Coordinación con el programa EPAP: donde los/as coordinadoras de EPAP se reúnen con el responsable del programa de la entidad local.
- Coordinación con otros equipos de la corporación local: cuyo mapa de recursos vinculados al área de intervención en Valladolid es el siguiente:
 - Equipos de intervención familiar: siempre que haya una situación de riesgo de desprotección infantil actuará sólo este equipo que podrá ser asesorado por el equipo de Promoción de la Autonomía Personal
 - Equipos de orientación Sociolaboral: este podrá intervenir directamente con las personas en el entorno familiar en la tarea de integración laboral, o asesorará en esta materia a los equipos del EPAP.
 - Servicios, centros y programas de la entidad local.
- Coordinación externa del EPAP: en cuya coordinación se utilizarán las estructuras y mecanismos creados para tal fin.
- Gerencias territoriales de Servicios Sociales

- Centros Base de Atención a personas con Diversidad Funcional
- Secciones de personas mayores, personas con Diversidad Funcional y Dependencia.
- Con el Equipo Mixto Provincial de Salud Mental a través del representante de la Entidad Local:
 - Seguimiento de casos derivados
 - Derivación de casos para que sean atendidos en la red integrada de centros
- Con equipos de atención primaria, salud mental y equipos de coordinación de base.
- Con otras entidades relacionadas con el sector:
 - Entidades tutelares
 - Equipos itinerantes de atención temprana
 - Programa individualizado de Rehabilitación Integral (PIRI)
 - Con otras Unidades Administrativas y departamentos; Educación, Empleo, Ocio, etc.

4.7. Los instrumentos o herramientas de EPAP en torno a la MCP.

Las herramientas que son utilizadas por las profesionales del equipo van en consonancia con la metodología de intervención.

Existen diferentes instrumentos de trabajo, todos ellos dirigidos a la consecución de unos propósitos planteados de forma razonada por el usuario, y consensuadas con las profesionales que le acompañan en el proceso de mejora.

Pasamos a describir los más relevantes:

4.7.1. Instrumentos iniciales.

Estos instrumentos son utilizados al inicio del proceso de intervención. Pertenecen de forma exclusiva al equipo y son la herramienta utilizada para llevar a cabo la MCP.

Tabla nº3: Instrumentos iniciales.

<u>INSTRUMENTO</u>	<u>PARA QUÉ SE UTILIZA</u>	<u>CADA CUÁNTO TIEMPO</u>
- Inventario para elaborar el PII: (instrumento donde se recogen los datos básicos de la situación, las percepciones del usuario y las valoraciones del profesional.).	-Evaluación Inicial y programación de la intervención.	-Entre el primer y tercer mes de la intervención, a los seis meses, al año, y al final de la intervención.
Entrevista Semiestructurada de necesidades subjetivas y calidad de vida	-Conocer la percepción de la problemática por: el usuario, la familia/cuidador, personas de su entorno, quien deriva el caso, los profesionales del EPAP	-Entre el primer y tercer mes de la intervención, al año y al final de la intervención

Fuente: manual de procedimiento de EPAP.

4.7.2. Instrumentos posteriores o a lo largo del proceso.

Se prolonga con estos instrumentos la búsqueda de la individualización, siendo lo más coherente con la metodología y valores de la intervención. Es por ello por lo que las herramientas utilizadas a lo largo de la misma siguen procurando garantizar la toma de decisiones por parte del usuario, donde se reflejen sus gustos, necesidades y preferencias y donde todos los profesionales que trabajen con él tengan conocimiento de los pasos que se van siguiendo para conseguir el propósito final.

- **Programa individual de intervención, PII:** Se elaborará tras la valoración específica por el EPAP en colaboración con el CEAS e incluirá el/las áreas de intervención, los objetivos a conseguir, los recursos para la consecución, las actividades a realizar, la temporalización y los profesionales a intervenir. Todo ello será planteado en colaboración con el usuario, de forma personalizada, y respetando su capacidad y viabilidad para ser alcanzados.
- **Ficha de gestiones:** Documento en el cual se anotan todos aquellos acontecimientos relevantes durante el proceso de intervención y las gestiones del caso, con fecha de cada intervención y breve descripción de la misma y de la evolución del proceso. Esta herramienta resulta fundamental y muy valiosa, pues a

través de ella se puede evaluar las diferentes circunstancias relacionadas con el éxito o fracaso de la intervención. Por otro lado, permite que, tanto la psicóloga como la trabajadora social, estén informadas con precisión de todas las actuaciones que se vayan llevando a cabo con el usuario, sin la necesidad de estar presente en cada una de ellas.

- **Ficha de Informe de seguimiento:** Cada seis meses de intervención se elaborará un informe de seguimiento en el que se recogen los datos más significativos de la evolución del caso junto con la información de los instrumentos de evaluación. Se evalúan cada uno de los objetivos planteados en el PII. Qué hemos conseguido, cómo ha evolucionado, qué se ha hecho para conseguirlo y cuál ha sido el resultado.

Los datos que en él han de aparecer recogidos son los referidos a los cambios significativos que se produzcan en el área de salud, redes de apoyo, vivienda o empleo.

Se elaborarán informes en un periodo inferior de tiempo cuando se considere oportuno, otorgándole riqueza al proceso y garantizando que se vayan cumpliendo los objetivos que partan del usuario y de acuerdo con las profesionales.

Cuando se proponga la baja del programa y en aquellos casos en los que ha concluido el periodo de seguimiento se elaborará el informe resumen final en la misma ficha, exponiendo cuales han sido los motivos que han propiciado esa baja.

4.7.3 Instrumento de finalización:

- **Informe de cierre:** En él se reflejan los motivos por los que un caso EPAP es motivo de baja:
 - Por consecución de objetivos
 - Por no avance en la consecución de objetivos
 - Agotar el plazo máximo de intervención
 - Por imposibilidad material de continuar con la intervención
 - Otros (especificar)

Este informe no se da por finalizado sin llevar a cabo una propuesta que permita al usuario seguir teniendo un dispositivo de referencia, en este caso CEAS, procurando no

abandonar el contacto con el usuario, evitando con ello una posible situación de vulnerabilidad.

4.8. Procedimiento metodológico.

Se propone finalizar este punto con el uso por parte del EPAP de la metodología centrada en la persona y, siguiendo con la lógica del trabajo, vinculándolo a la población con enfermedad mental.

Aquí, la MCP adquiere una importancia especial ya que se basa, citando textualmente al manual de procedimiento (2012), “en la creencia profunda de que ninguna persona es igual a otra y todos tenemos distintos intereses, necesidades y sueños” (p. 15).

Por lo tanto, la individualización debe ser y de hecho es, el valor central de los servicios que prestan apoyos a las personas, siendo central también el derecho a la autodeterminación que se hace especialmente relevante cuando hablamos de personas adultas.

El manual refiere como esta metodología facilita que las personas (directa o mediado por otros/as) sobre la base de su historia, capacidades y deseos, identifique qué metas quiere alcanzar para mejorar su vida. Los elementos que son necesarios para que esta metodología sea llevada a cabo son los siguientes:

- Evaluación comprensiva con la persona de las necesidades y puntos fuertes y débiles.
- Acordar con la persona un plan de vida y unos compromisos.
- Implantar el plan.
- Realizar el seguimiento y la revisión, valorando todo el proceso.

Los equipos materializan estas premisas al desarrollar con los usuarios acompañamientos activos, siendo estos quienes diseñan de forma consensuada con las profesionales sus itinerarios en base a sus gustos, preferencias, sentimientos y necesidades.

También es utilizado, y como última referencia al manual, la metodología de intervención de caso, que será implementada con la designación de un/a coordinadora de caso, y cuya elección vendrá definida por su mayor peso en la intervención en función de las necesidades y problemáticas presentadas. Se tendrán en cuenta las cargas de trabajo de los/as miembros del equipo correspondiente a las tareas de coordinación de caso entre todos/as las usuarias del programa.

5. Conclusiones

El colectivo de personas con EMG es tan variado y heterogéneo como las manifestaciones de la propia enfermedad. No existen dos personas iguales, de la misma manera que no existirán dos enfermedades iguales, pese a presentar rasgos similares.

Esta afirmación está en sintonía con las diferentes formas de proceder desde una misma disciplina: no existe, a priori, dos profesionales que entiendan un caso de la misma manera. Este trabajo defiende que la intervención se dirija hacia una perspectiva y comprensión común de las necesidades de las personas cuando se trabaje desde un mismo servicio: Trabajo Social, Medicina o Psicología, entre otros.

Es esta también, una de las razones por las que el Trabajo Social debe avanzar en la creación de estrategias que preserven al individuo con su esencia, como alguien único e irreplicable, salvaguardando los intereses y rasgos individuales de cada persona, de forma que todas las acciones profesionales se encaminen a la consecución de los mismos resultados, pero sobre todo, con la misma implicación y comprensión de la persona que sea objeto de intervención.

El cambio de paradigma en la comprensión del ser humano precisa de una atención más ajustada a las nuevas necesidades manifestadas por el conjunto de la población, y se muestra aún más relevante cuando tratamos con colectivos catalogados como especialmente vulnerables. El colectivo elegido sirve perfectamente de ejemplo cuando hablamos de grupos con una trayectoria históricamente vulnerada.

El hilo conductor que ha sostenido este trabajo ha sido la incorporación de lo que puede ser considerada una nueva filosofía dentro del Trabajo Social. Se considera revolucionaria la capacidad de entender a la persona en toda su magnitud, garantizando los aspectos objetivos que todo Estado de Bienestar tiene que preservar pero resaltando la importancia que tiene para el ser humano ver cumplido su proyecto de vida.

Este trabajo apuesta por un Trabajo Social de calidad, crítico, donde los profesionales no muestren miedo a preguntar, a tener dudas ante situaciones desconocidas. Nuestra profesión es tan cambiante como las propias sociedades y debemos ser conscientes de tales cambios para poder intervenir adecuadamente cuando surjan y saber adaptarnos a ellos con humildad y respeto hacia las personas.

En lo referido a EPAP, este trabajo considera esencial que existan equipos que trabajen de manera específica con colectivos a los que se les presupone especialmente vulnerables como se ha indicado y derivado del estilo de sociedad en la que vivimos.

Las personas que han interiorizado el estilo de vida propio de las sociedades supra desarrolladas han de manifestar alguna cualidad que las diferencie del resto, que las permita ser competentes, funcionales, que las empuje a distinguirse en alguna materia o actividad o donde puedan resaltar, en algún sector o ámbito social dentro de la vida pública.

Conseguir que los usuarios con EMG, pese a sus supuestas debilidades, desarrollen al máximo sus potencialidades y capacidad dentro de las sociedades contemporáneas, hacen al equipo todavía más valioso, necesario y humano.

Las restricciones propias de las instituciones públicas en el acceso a los recursos suponen un obstáculo a la hora de poder realizar un Trabajo Social desde los usuarios y para los usuarios. Esto, en términos prácticos, significa reducir la acción profesional a la capacidad de adaptar a la persona al recurso disponible o existente.

Estos equipos demuestran que, en la actividad diaria, no existe mejor recurso que el apoyo profesionalizado que se presta desde el prisma de la confianza y el acompañamiento activo, con un conocimiento profundo de la persona y de sus necesidades manifestadas.

Me gustaría finalizar afirmando que siempre nos vamos a encontrar con obstáculos, en todos los ámbitos de nuestra vida, pero estos no deben entenderse como insalvables sino como una oportunidad de mejora para la disciplina que desarrollemos, para la mejora de nuestro ejercicio profesional, pero sobre todo y fundamentalmente para nuestro propio crecimiento personal.

6. Bibliografía.

Ararteko. (2000). *Informe para la atención comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención en la CAPV*. Bilbao:

Markez, I; Póo, M; Ariño, J; Merino, C & Romera, C. Córdoba, S. Recuperado de:

http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_17_3.pdf

Ardila, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana Psiquiatría*, (38), 1. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n1/v38n1a09.pdf>

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.

Badallo, A. (2012). *Estigma y salud mental*. Madrid: Grupo 5.

Blanco, A & Pastor, A. (1997). Las personas con enfermedad mental crónica: delimitación, problemática y necesidades. En Rodríguez, A (coord..) *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*, pp. 33-55. Madrid: Pirámide.

Brea, J. & Gil, H. (2016). Estigma y salud mental. Una reflexión desde el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*. (78), 95-112.

Correa-Urquiza, M. (2015). *La rebelión de los saberes profanos*. Madrid: Grupo 5.

Fernández, B. (2016). La familia como apoyo y soporte primordial del paciente. *Trabajo social y Salud*. (12), pp. 73.

Ferré, C. (2008). Dimensiones del cuidado familiar en la depresión. Un estudio etnográfico. *Index de Enfermería*, 17 (3). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300006

Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de cultura económico.

Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu: Buenos Aires.

Goldman, H.H.; Gatozzi, A.A. and Tanbe, C.A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 22.

IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Recuperado de: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Boletín Oficial del Estado, 299, 1 de enero de 2007.

Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León. Boletín Oficial de Catilla y León, 244, 21 de diciembre de 2010.

López Fraguas, M.A., Marín González, A.I., Parte Herrero, de la J.M. (2004). La Planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. *Revista Siglo Cero*, (210), 35.

Marietán, H. (2005). El sol negro: un psicópata en la familia. *Semiología psiquiátrica y psicopatía*, 48. Recuperado de: http://www.marietan.com/material_psicopatia/el_sol_negro.htm

Marquéz-Romero, M. I. (2010). De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental. *Revista de recerca i formació en antropologia*, (12), pp. 1-25.

Menezes, A. & Ornellas, M. (2004). Percepción de pacientes siquiátricos sobre sus familias: un espejo de dos caras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (1). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000100009&lng=en&nrm=iso

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de publicaciones. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*, pp. 25. Recuperado de:

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

National Institute of Mental Health. *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: NIMH; 1987.

Rodríguez, A. (Coord.) (2001). Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención. *Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales*, 14.

Santos, L. & Leal, F. (2005). Valoración de la expresividad emocional en familias de pacientes con trastornos alimentarios: aplicación de la entrevista familiar Camberwell española es una muestra. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6). Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost>.

Sennett, R. (2003): *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: Anagrama.

ANEXOS:

Las informantes claves elegidas para llevar a cabo las entrevistas abiertas sobre la aplicación de la MCP en población con EMG, se configuran como un grupo de expertas en la materia, cuya acción profesional se lleva a cabo dentro del mismo equipo (EPAP), perteneciente a la corporación local.

Definen su propia práctica como una forma de aprendizaje, con la riqueza que supone desarrollarse de una forma multidisciplinar.

Actúan de manera reflexiva, flexible y adaptada, construyendo en base a las herramientas que tienen a su disposición la intervención más adecuada e individualizada posible, preservando con ello la dignidad de la persona y garantizando la cobertura de sus derechos y necesidades.

Rompen con la visión del profesional experto al estar en constante reciclado, confiando en que la disciplina avanza a medida que se demuestra eficacia con nuevas formas de intervención que se centren en el respeto a la persona, a sus tiempos, gustos y características particulares.

La entrevista tuvo lugar el día 2 de junio de 2018, en la oficina habilitada para la labor profesional de la zona Este de los equipos. La duración de la misma fue de 29 minutos, a través de una grabación consentida, de la cual se han extraído una selección de contenidos que dotan al Trabajo de Fin de Grado de credibilidad, puesto que las declaraciones corroboran lo adecuado del uso de la MCP, para abordar las intervenciones desde la calidad, el respeto y la confianza al usuario y a su capacidad transformadora.

Todas estas cualidades las convierten en la referencia perfecta para la finalización de este trabajo, donde se combina lo teórico-práctico con lo empírico del desarrollo de su labor diaria.

Extractos:

1. ¿Por qué creéis que EPAP cumple con los requisitos necesarios para ser un equipo de referencia con este tipo de metodología aplicada a población con enfermedad mental?

TS1: Un punto fuerte de nuestros equipos es que somos profesionales reflexivos, tanto en uno como en otro (EPAP 1 Y 2), seguimos la misma perspectiva y criterio, creyendo en la metodología (MCP) en todo momento, en la mejora de la persona.... Solo así se puede conseguir que esta metodología funcione.

Es más que apropiado para la población con enfermedad mental leve o grave, de hecho, no hay hasta ahora otra fórmula para mejorar la calidad de vida de las personas que no sea el acompañamiento directo y activo dentro de la comunidad. Es decir, poder contar con un profesional de referencia que éste disponible, actuando como vínculo de unión entre la persona y la comunidad en la medida en la que esta persona quiera. Que, en el caso de querer, sea el profesional el que te apoye y te guíen en la conexión con tus derechos, recursos, garantizando el acceso a los mismos.

TS3: Otro de los puntos fuertes a valorar es el momento en el que estás haciendo el “enganche” con la persona: somos nosotras las que vamos a buscarle, entramos en su casa, en su mundo... no es él el que viene a solicitar la activación de un recurso u otro, sino que somos nosotras en la medida en que la persona va demandando el apoyo, las que vamos actuando al ritmo que lo va solicitando el, procurando producir el menor impacto posible en su vida.

TS2: Además, todo esto es verdad y tiene un reflejo claro;

Te puedo poner un ejemplo, de un señor que nunca había salido de su casa, con enfermedad mental y un entorno familiar donde siempre había sido sobreprotegido.

El paso de los años hizo que sus padres tuviesen que ingresar en un recurso residencial, y él se quedó en su casa solo, sin ningún otro vínculo o red de apoyo. Solo

contaba con una hermana, que también describía con otra serie de problemas, por lo que no resultaba un apoyo para él ni tampoco para nosotras.

El trabajo con esta persona fue duro, date cuenta de que estábamos delante de alguien a quien habían enseñado a no saber protegerse, que era débil por necesidad...

Conseguimos que saliese a la calle, sin miedo, que tuviese interés y ganas por conocer que había fuera de su casa.

Nos solicitó hasta acudir a talleres de INTRAS, a donde dejó de acudir, pero porque su propio criterio determinó que no quería acudir más... no por una cuestión de indefensión o miedo.

Los propósitos se alcanzan cuando una persona que nunca ha salido a la calle sale, se inicie en actividades y sea ella misma la que determine cuando abandonarlas por voluntad propia. Decisión que por supuesto respetamos.

Muchas veces hacemos de interprete o filtro, en todos los aspectos. Cuando acudes al médico, por ejemplo, tenemos que interpretar el lenguaje de los médicos para las personas interesadas, es decir, para los usuarios o sus familiares.

Date cuenta de que para el común de los mortales es una tarea costosa, pues para alguien con EM leve o grave todavía más.

Esto también implica que, poco a poco, la persona se vaya familiarizando y haciéndose consciente de todos los rituales sociales que ha de cumplir dentro de la comunidad: habilidades sociales, comunicativas, rutinas... a todo eso también hay que aprender, poco a poco, y para eso también estamos nosotras, para ir remarcando cuando y cómo, con intención de que acabe siendo la persona por sí sola la que vea la necesidad de hacerlo.

Le conectas con el mundo, pero no a la fuerza, se lo explicas en un idioma y a un ritmo que esa persona pueda entender.

La metodología centrada en la persona también es eso, en esencia; adaptarte a las necesidades y características individuales de la persona.

TS3: Esta labor también la desarrollamos, no solo con el usuario, sino también con el resto de los recursos que tenga activos esa persona.

El ejemplo de la adaptación en el lenguaje que te ha explicado mi compañera también pasa por hacerle ver o entender al profesional que no puede dirigirse a mi cuando habla de algo que es del interés de la persona que tiene delante. No puede hacer “como que no está”. Eso es restarle valor a la persona, a su capacidad de comprensión o su autonomía.

Como ocurre también cuando un profesional médico, casi siempre del ámbito de la psiquiatría, determina que un paciente se tiene que tomar una medicación si o si, sin haber escuchado las razones que llevan al paciente a no querer hacerlo. Estas medicaciones son muy fuertes, te limitan en todos los sentidos, te adormilan, te hacen ver el mundo como si estuvieras fuera de tu cuerpo. Los profesionales de la psiquiatría deben entender que lo más importante es la persona, que hay que curarse, sí, pero que nunca deben dejar de escuchar las indicaciones de la persona que recibe el tratamiento. Eso no preserva su dignidad ni su voluntad. Nosotras no es que facilitemos esa labor; la de dejar un tratamiento. Siempre hablamos con el usuario, le explicamos las consecuencias probablemente negativas que tenga para su salud, pero si desde el conocimiento decide no hacerlo, es decisión suya y nosotras tenemos que respetarla.

Ocurre igual cuando le proponemos un recurso asistencial: talleres o actividades. Podemos determinar, después de un tiempo más que prudencial, que un recurso puede ser beneficioso para el en muchos sentidos, pero si la persona, antes o después de probar, decide que no, es su posicionamiento y no podemos hacer nada en contra de ello porque iría contra nuestros principios y contra los principios de nuestra profesión.

2. ¿Es aplicable la metodología centrada en la persona con tantos recursos en red? ¿Creéis que se está produciendo ese cambio en la comprensión de la persona y en la visión del profesional de experto hacia el profesional reflexivo en el resto de las disciplinas?

TS1: En el mundo de la psiquiatría empieza a cambiar algo, pero poco a poco.

Y es cierto que, dependiendo del profesional que te toque, tú vas a poder llevar a cabo un tipo de intervención u otro, y eso evidentemente tiene reflejo directo en la vida de la persona.

De la misma forma que ocurre con la zona de salud en la que te toque. Nuestra experiencia nos dice que, dependiendo de ello, tu vida va a mejorar o no...

Actuamos como facilitadoras. Cuando el EPAP entra a trabajar con un usuario y empieza a activar recursos en red, utilizando la MCP, empiezas a ver reflejo positivo, ya que al resto de profesionales les estas facilitando la labor de alguna manera.

Acompañas al usuario, supervisas, trasladas información al paciente...

Sí que notamos que hay una corriente de “nueva psiquiatría” que acompaña nuestro discurso y nuestra forma de hacer, pero ahí esta la vieja escuela claro...

Piensa en lo importante que es esto. Hasta el punto de que la visión profesional condicione tu mejora...

Algo está cambiando, pero cuesta muchísimo.

TS3: También existe la posición del profesional que se aprovecha de tu posicionamiento.

Aquel que ve que ya hay alguien que ya está mirando por el usuario y por ello ya no se molesta en hacerlo él...

TS1: También te podemos poner un ejemplo de cómo eso ocurre.

Una mujer, con trastorno de la personalidad y delirio con el sistema de salud:

Esta persona se siente maltratada, hasta el punto de que abandona las visitas al centro de salud, necesitando acudir porque tiene tratamientos abiertos complicados.

Desde el centro de salud, los profesionales que la atendían decían que esta mujer solo quería “dar guerra”.

Tuvimos que promover un cambio de profesional porque esta persona tiene una hernia, una ulcera sangrante y otro cuadro médico mucho más complicado y nadie la estaba curando, porque “da guerra”.

Mi intervención con ella pasó, aparte de por el cambio de profesionales, por incidir en que fuese alguien a realizarle las curas a la usuaria hasta su domicilio. Intentando que estuviese atendida hasta que consiguiésemos romper con el delirio del centro de salud.

No sé si es exagerado o no lo es, lo cierto es que desde que la profesional acude a casa de esta mujer, su calidad de vida ha mejorado indiscutiblemente...

La visita cada semana. Tiene un enganche fabuloso. Ella quería unas vendas concretas, con un esparadrapo concreto y la persona que acude a hacerla las curas lo tiene en cuenta, la escucha y se las lleva. Esa profesional entiende que para la usuaria es importante.

Esto es MCP.

TS3: La confianza es crucial en esta metodología. Y la confianza se adquiere a través de la escucha activa que es como generas un buen “enganche”.

Muchas veces se consigue al hacer cosas que están fuera de tus competencias, cosas como acompañar a comprar unas zapatillas o escuchar a la persona...

Nos podemos tirar meses escuchando historias de vida, situaciones que para la persona son importantes que tu conozcas. Que actúen como base para que esa persona te deje entrar en su mundo.

Y lo mismo un día son 5 minutos, y al día siguiente 15... y al siguiente te pide que le acompañes a hacer un recado, que en principio no tiene mayor importancia pero que para esa persona es un paso enorme en la relación que estáis estableciendo...

Ese es otro de los mayores puntos fuertes de esta metodología. Así es como se van consiguiendo las cosas.

Conectar antes que corregir. Y “no hacer nada es hacer”, son dos máximas en nuestra profesión.

TS2: No hay que tener miedo a que la persona crea que “estás para todo”.

3. Hemos hablado de como el posicionamiento profesional te permite o no llevar a cabo esta metodología. Ahora bien, ¿los recursos disponibles preservan la dignidad y

la capacidad de autodeterminación, persiguiendo la mejora en la autonomía de quien lo recibe? ¿Se le puede aplicar la MCP a los recursos que existen?

TS1: Aquí hay un dilema. Muchas veces las personas con EMG no quieren formar parte de la sociedad, pero nosotras entendemos que, aunque sea de una forma mínima, tienen que hacerlo. También existe la necesidad de preservar la capacidad de decisión de la persona. Pero en ocasiones ocurre que el usuario manifiesta querer hablar con gente y no saber cómo hacerlo, o querer salir de casa y no tener con quien más que contigo...

No puede existir una individualidad en colectivo. No puede existir un recurso para cada una de las personas adaptado a sus múltiples características.

Lo que sí que es cierto es que, sobre todo para EMG, cada vez existe más “manga ancha” al acceso. Es decir, tienes que tener valorada dependencia, por ejemplo, para acceder a determinado tipo de recursos, pero ellos son flexibles a la hora de dejarle al usuario conectar con el espacio, valorar si le gusta, si lo cree oportuno...

TS2: La administración tiene que ser equitativa para garantizar derechos. Pero sí que es cierto que nosotras (EPAP), somos ese recurso adaptado que puede necesitar la persona. Nosotras hablamos con el recurso...

TS3: Hablamos con los profesionales y también con el usuario. Nosotras somos ese enlace de adaptación.

TS2: La preserva, en la medida que se garantice la cobertura de derechos y necesidades de todos. Hay unos presupuestos, unas características a cumplir. Es complicado...

4. Paternalismo. ¿Como lo defiendes ante otros profesionales? ¿La MCP se pierde en el paternalismo?

TS1: Independientemente de los demás, tu consigues cosas. Esa es la mejor respuesta que se puede otorgar.

La persona cambia, se transforma, vive como propio su cambio, no a través de otro profesional.

TS2: La confianza en sí también tiene algo de paternalista, de familiar... pero debemos romper con esa mentalidad. Un médico también te dice que es lo que te tienes que tomar, y no lo dudas. No piensas que te está diciendo algo como la figura de un padre o de una madre, es decir, "por tu bien".

Con nosotras debe ocurrir lo mismo. No podemos pensar que estar al lado de alguien va a implicar que esa persona nos pierda el respeto como profesionales, porque además combinamos acciones que procuren la autonomía, no la dependencia profesional.

TS3: Creer en la persona es clave. Sí, creo que eso es lo que mejor hacemos.