



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL DE VALLADOLID

Trabajo Fin De Grado

METODOLOGÍA ALTERNATIVA PARA EL ACOMPañAMIENTO A PERSONAS CON MALESTAR PSÍQUICO GRAVE. “LA EMANCIPACIÓN: UN DESEO DE LOCOS/AS”

Presentado por Irene González Aranda

Tutorizado por Claudia Möller Recondo

Titulación: Grado en Educación Social

Valladolid, junio de 2019

Agradecimientos

Este Trabajo de Fin de Grado realizado en la Universidad de Valladolid, es el resultado del esfuerzo, la perseverancia y una gran pasión profesional.

La supervisión y tutorización de este trabajo, ha sido de la profesora Claudia Möller Recondo, a quien me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento en primer lugar por su dedicación, tiempo, apoyo y confianza, así como las grandes oportunidades ofrecidas. Gracias una vez más por contagiar la energía imparable, que transmite que nada es imposible.

Continuando con el ámbito educativo y profesional, me gustaría mostrar mi agradecimiento a las personas usuarias que han enriquecido este trabajo con su generosidad, pero también mi vida laboral y personal, ayudándome a definir mi identidad profesional y reafirmandome que la libertad es terapéutica, y los espacios de diálogo dan alas para salir de la jaula.

Gracias a los profesores, profesoras y profesionales, que han hecho que crezca cada día, alimentando el pensamiento crítico y generando en mi un deseo: dedicar mi vida a la Educación Social.

De manera más personal me gustaría agradecer el apoyo incondicional de las personas que nunca me han fallado y siempre han creído en mí, mi familia. Gracias por enseñarme que no llega antes quien más corre, sino quien sabe a dónde va.

También, en el ámbito personal, me gustaría agradecer todo el apoyo recibido a mis amigas/os, por animarme siempre a continuar y escuchar todo aquello nuevo aprendido, que tenía ganas de contar. Me gustaría hacer una mención especial a Claudia Baonza, amiga y compañera de carrera, con la que he reído, llorado y luchado a lo largo de estos años. Gracias, amiga por acompañarme siempre en las locuras.

En último lugar, gracias a todas las personas que me he cruzado a lo largo de la carrera de Educación Social, porque todas ellas han aportado un granito de arena, enseñándome diferentes puntos de vista y enriqueciendo el pensamiento.

Gracias por ayudarme a seguir queriendo aprender.

RESUMEN

Este Trabajo de Fin de Grado incluye una propuesta que traza un posible itinerario laboral para las personas con malestar psíquico grave, con el horizonte puesto en la emancipación. El primer paso es el acompañamiento, trabajando con quienes han sido diagnosticados/as, teniendo como base el lenguaje y el deseo, el entorno familiar y el comunitario, frente a modelos de intervención clásicos que más bien fomentan la dependencia.

Actualmente en Occidente la estadística muestra las escasas posibilidades que tienen, las personas diagnosticadas con Trastorno Mental Grave, de acceder a un empleo. Teniendo en cuenta que éste es la base fundamental para la estabilidad económica, el reconocimiento y la creación de redes sociales, es decir para la inclusión, aquí se ha considerado que es primordial avanzar en propuestas que ofrezcan soluciones, desde la Educación Social, a una problemática que se encuentra cada día más cerca de alcanzar a una gran parte de la población.

Así, se presenta una propuesta de intervención, “La emancipación: un deseo de locos/as”, que se ha implementado con personas diagnosticadas con Trastorno Mental Grave, del Centro de Intervención Comunitaria del Hospital Río Hortega de Valladolid.

Palabras clave

Malestar psíquico, emprendimiento, emancipación, inclusión, Educación Social.

ABSTRACT

This work includes a approach that establish a possible work itinerary for people whit severe psychic distress, with the horizon set for emancipation. The first step is the accompaniment, working with those who have been diagnosed, based on the language and desire, the family environment and the community, compared to classic intervention models that promote dependency.

At the present time, in the West statistics show the limited possibilities that have, people diagnosed with severe mental disorder, to access a job. Bearing in mind that this is the fundamental basis for economic stability, recognition and the creation of social networks, that is to say for inclusion, here it has been considered that it is fundamental to advance in proposals that offer solutions, from Social Education, to a problematic that is closer every day to reach a large part of the population.

Thus, an intervention proposal is presented, "Emancipation: a crazy desire", which has been implemented with people diagnosed with Serious Mental Disorder, from the Community Intervention Center of the Río Hortega Hospital in Valladolid.

Keywords

Psychic discomfort, entrepreneurship, emancipation, inclusion, Social Education.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS.....	7
3. JUSTIFICACIÓN.....	8
3.1 La Educación Social y el malestar psíquico.....	10
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	12
4.1 Dimensión conceptual.....	14
4.2 Personas con malestar psíquico grave.....	16
4.3 Malestar psíquico y entorno social.....	18
4.3.1 Entorno familiar.....	19
4.4 Malestar psíquico grave y asistencialismo institucional.....	20
4.5 Marco legislativo.....	22
4.6 Malestar psíquico grave y empleo.....	24
4.7 Una alternativa interesante: el emprendimiento.....	25
5. METODOLOGÍA.....	27
5.1 Primera fase.....	27
5.2 Segunda fase.....	28
5.3 Tercera fase.....	28
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN. “LA EMANCIPACIÓN: UN DESEO DE LOCOS/AS”.....	31
6.1 Contexto.....	31
6.2 Beneficiarios/as y destinatarias/as.....	32
6.3 Objetivos de la intervención.....	32
6.4 Temporalización.....	33
6.5 Pasos a seguir.....	33
6.5.1 Estructura del emprendimiento.....	38
7. Análisis y resultados.....	39

ACOMPañAMIENTO A PERSONAS CON MALESTAR PSIQUICO

7.2 Resultados Caso 1.....	40
7.3 Resultados Caso 2.....	42
7.4 Análisis DAFO.....	44
7.5 Resultados del servicio “Emancipación: un deseo de locos/as”.....	44
6. CONSIDERACIONES FINALES	48
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
9.1 Bibliografía.....	49
9.2 Webgrafía.....	50
10. ANEXOS	54
Anexo 1. Clasificación del malestar psíquico grave.....	54
Anexo 2. Pensiones no contributivas.....	56
Anexo 3. PACE.....	58
Anexo 4. Cronograma de la intervención realizada.....	59
Anexo 5. Entrevista de acogida.....	60
Anexo 6. Contrato de compromiso.....	62
Anexo 7. Cuestionario: ¿Qué necesito? ¿Qué deseo?	63
Anexo 8. Exploración del deseo.....	64
Anexo 9. Técnicas de autoconocimiento.....	65
Anexo 10. Herramientas para la regulación emocional.....	66
Anexo 11. Plantilla para el análisis de habilidades sociales para el emprendimiento.....	67
Anexo 12. Cuestionario de satisfacción.....	68

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado – a partir de ahora, TFG- presenta nuevas propuestas de actuación desde la Educación Social, para la intervención en el ámbito de la Salud Mental y en relación con el emprendimiento social.

En primer lugar, se habla de la Salud Mental, un concepto que abarca a personas diagnosticadas y no diagnosticadas, dependiendo de las connotaciones a las que se haga referencia.

Así, este trabajo está orientado de manera directa a las personas que han sido diagnosticadas clínicamente con un trastorno mental, clasificado como grave. En relación con este diagnóstico, se exponen los diferentes conceptos utilizados para definir y clasificar en colectivos a las personas y su patología, buscando un término que les/las posicione en el lugar del saber, en relación con su sufrimiento, y considere la subjetividad de este. Por ello, aquí se entiende que lo más adecuado sería hablar de “malestar psíquico”. Esto no significa que no se necesite un cuestionamiento constante del lenguaje, para evitar que se convierta en un término que establezca una figura de poder, dejando en un segundo lugar a la persona que ha sido diagnosticada.

La consideración de las patologías como una cuestión subjetiva y única ha hecho plantearse la necesidad de trabajar para la persona y con su entorno familiar y social, así como el realizar una revisión de los modelos institucionales asistencialistas que le/la llevan a la dependencia, entrando en un bucle dentro del sistema sanitario y social que le acompañará el resto de su vida.

Por otra parte, la inclusión de las personas en la sociedad, en gran medida viene respaldada por el empleo y las redes de apoyo. Las personas que sufren malestar psíquico, en muchas ocasiones, son clasificadas con el certificado de minusvalía, llegando a ser beneficiarios de pensiones no contributivas que únicamente dan acceso a contratos estigmatizantes, si se quiere mantener la prestación.

Esta problemática es abordada en este TFG con la idea de considerar la necesidad de una búsqueda de alternativas para la ocupación del tiempo en una actividad laboral, adaptada a las necesidades individuales de cada persona, que promuevan su bienestar a través del deseo propio, y supongan una remuneración económica digna. Y esta alternativa se considera que puede ser el emprendimiento.

Es importante subrayar la necesidad de una intervención comunitaria que considere la individualidad y subjetividad, pero que no olvide la necesidad de la creación de redes sociales para que, de forma indirecta, tanto las instituciones sociosanitarias y las prestaciones, se adapten a las personas, promuevan su emancipación y el cumplimiento de sus derechos como ciudadanos/as.

Por tanto, la parte central de este TFG contiene una propuesta de intervención que conlleva una metodología alternativa para el acompañamiento a personas con malestar psíquico grave y que se ha titulado: “La emancipación: un deseo de locos/as”. No es únicamente un propuesta teórica; se ha implementado, testado y validado con personas que han sido diagnosticadas del Centro de Intervención Comunitaria del Hospital Río Hortega de Valladolid – a partir de ahora C.I.C.-.

Así, este TFG se divide en dos partes, por un lado, la teoría sobre la que se fundamenta – objetivos, justificación y marco teórico conceptual - y, por otro lado, la praxis – propuesta de intervención, análisis y resultados, y conclusiones-. Una parte importante de este TFG, son los Anexos, puesto que en ellos queda reflejada parte de la metodología y datos derivados del trabajo de campo, que completan y complementan todo lo aquí expuesto.

2. OBJETIVOS

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene tres objetivos generales:

- Promover el cumplimiento de los derechos civiles de las personas con malestar psíquico.
- Sensibilizar, normalizar y prevenir el malestar psíquico, así como su estigma social.
- Mejorar las condiciones de vida sociales, económicas y concretamente laborales, de las personas que sufren malestar psíquico grave, y que están diagnosticadas, para que sean agentes activos/as encaminados hacia la emancipación del sistema de asistencia sociosanitaria y del ámbito familiar, través del emprendimiento.

Por otra parte, los objetivos específicos, se han dividido en sociolaborales y personales.

Los relacionados con el ámbito sociolaboral son:

- Normalizar socialmente la locura como una forma de ser y estar.
- Dotar de herramientas y recursos a las personas con malestar psíquico para la vida independiente.

- Fomentar el empleo digno en la población que ha sido diagnosticada.

Los objetivos específicos relacionados con el ámbito personal son:

- Respetar la realidad de cada persona, así como las decisiones orientadas hacia la recuperación de su bienestar psíquico.
- Promover la autogestión de los eventos privados, a nivel emocional y/o perceptivo, buscando el deseo.
- Informar a las familias del aspecto moral del malestar psíquico.
- Apoyar y enseñar a las familias sobre el trato con la persona que ha sido diagnosticada.

3. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo también se ha propuesto dar respuesta a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU, concretamente al objetivo 3, Salud y Bienestar, meta 3.4 “Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”, todo ello a través del emprendimiento y la intervención.

La tipología de intervención se orienta a conseguir la emancipación de la persona diagnosticada con malestar psíquico grave, que derivaría en el proceso de alta en los servicios asistenciales sociosanitarios y en la eliminación del proteccionismo en entornos cercanos, como puede ser el familiar. La utilización del concepto emancipación, vienen dado porque siguiendo a Martín (2017)

(...) no se habla de «rehabilitación» ni «recuperación», dos conceptos muy utilizados durante los últimos años. Según el diccionario María Moliner, rehabilitar consiste en «habilitar de nuevo» y «recuperar la buena fama o el derecho a la estimación de alguien». Del mismo modo, recuperar es «volver a tener algo que se ha perdido». En la locura no hay una pérdida en el sentido estricto, hay un conflicto en el sujeto que no se resuelve ni volviendo a ser como antes ni siendo lo que los demás esperan. No hay que adquirir habilidades olvidadas ni estrategias funcionales, sino marcar un punto en la experiencia que permita observar lo que pasa y aprender de lo que ha pasado. Este punto cero marca el inicio de un cambio que siempre irá dirigido hacia la emancipación (p.125).

Este TFG entiende entonces que dicha emancipación podría alcanzarse si se comienza a trabajar con el emprendimiento, y concretamente con el emprendimiento social, entendido, en

principio, como la actividad ocupacional y económica, lucrativa o no, que tiene por objetivo la promoción de valor y justicia social. Esta actividad está ligada a la benevolencia y autodirección, así como a la potenciación de las emociones empáticas que movilizan los recursos personales.

En este sentido, tal vez sea idóneo apelar al autoemprendimiento, lo cual remite a la construcción de un proyecto que tiene una doble dirección: resuelve necesidades sociales y a la vez permite al colectivo al que se dirige, valerse de él como estrategia-modelo para encontrar su lugar en la sociedad.

En relación con el malestar psíquico, que será definido más adelante, cabe destacar que en ocasiones puede ser transitorio, por los acontecimientos de la vida diaria o por hechos dolorosos o estresantes, pero en otras ocasiones puede producir un cambio en la historia personal dando pie a obstáculos en los ámbitos sociales, laborales, interpersonales e intrapersonales, llevando por ejemplo al insomnio o hipersomnia, a la ansiedad, etc. (Murru y Pacchiarotti, 2019).

En España, según el Sistema Nacional de Salud, el malestar psíquico es el sexto problema de salud; una de cada diez personas mayores de 15 años ha sido diagnosticada con algún tipo de problema de salud mental (Encuesta Nacional de Salud, 2018). Estos diagnósticos abarcan diferentes tipos de malestar que se recogen en los distintos manuales diagnósticos existentes, como son los trastornos de ansiedad, trastornos del espectro de la esquizofrenia, trastornos bipolar, depresión, trastornos de pánico, etc. Estos tipos de malestar psíquico están catalogados con mayor y menor gravedad según la interferencia que produce en su vida diaria y la temporalidad.

El presente trabajo hace *focus* en las personas diagnosticadas con malestar psíquico grave (Véase Anexo 1), es decir, aquel que incluye los trastornos considerados psicóticos o comúnmente conocido como “locura”. La locura desde sus orígenes hasta la actualidad ha remitido al desconocimiento y miedo, llevando generalmente a la persona al desamparo, exclusión y al hostigamiento (Foucault, 1997). Actualmente, estos comportamientos, ya descritos en su día por Foucault, se siguen reproduciendo a causa del estigma social que rodea al malestar psíquico, llevando a prácticas sociales y profesionales de control ante la persona diagnosticada, como son los ingresos involuntarios, la sobre medicación, la utilización de contenciones - físicas y químicas-, etc., en suma, vulnerando sus derechos, lo que promueve la estigmatización y en consecuencia obstáculos en la participación ciudadana o en el acceso al empleo, entre otras.

La elección del colectivo y tipología de este TFG viene definida por varias cuestiones, la principal ha sido descrita en el párrafo anterior, es decir, el desconocimiento, aislamiento y vulneración que sufren las personas diagnosticadas con psicosis, que desde hace tiempo ha llamado mi atención. Gracias a mi trayectoria profesional como Integradora Social en salud mental, concretamente realizando tareas de asistencia personal, y al “Prácticum de Profundización” en Educación Social, realizado en el Centro de Intervención Comunitaria de Salud Mental del Hospital Universitario Río Hortega – a partir de ahora C.I.C., he podido conocer en primera persona la angustia que genera en la persona el estigma social, así como el efecto iatrogénico del diagnóstico, llevándola -a quien ha sido diagnosticado/a y a su entorno inmediatos- a posicionamientos de dependencia de diferentes servicios asistenciales.

El conocimiento de este ámbito de trabajo, me ha hecho consciente de la necesidad de escucha que tienen las personas diagnosticadas en salud mental, de la necesidad de concienciación social en materia de prevención e inclusión, así como de la necesidad inmediata de introducir nuevas metodologías de trabajo y acompañamiento a las personas con malestar psíquico para la mejora de sus condiciones de vida, para evitar desde el ámbito profesional marcar el destino de la persona a ser dependiente y vivir en una angustia continua.

En este sentido se considera muy interesante reflexionar brevemente sobre relación entre la Educación Social y el malestar psíquico grave, sobre todo para encontrar la problemática, que obviamente y desde este enfoque no atiende a la práctica clínica.

3.1 La Educación Social y el malestar psíquico

La elaboración de este apartado viene justificada por la necesidad de hablar de la práctica de la Educación Social, más allá de las competencias recogidas en el curriculum del Grado.

Las personas que nos dedicamos al campo de la Educación Social debemos pues tomar la palabra, hablar de nuestra propia práctica. De lo contrario, Otros lo harán por nosotros. (...) El educador social debe ser capaz de aceptar el reto de hablar sobre su práctica y contribuir a la producción de conocimientos en Educación Social, así como situar su labor donde corresponde, en la primera línea, en la brecha (Cosme, 2013, p.34).

Según el Código Deontológico del Educador y la Educadora Social (2007), la Educación Social tiene su base conceptual en un doble eje: derecho de la ciudadanía y profesión de carácter pedagógico, definiéndose como:

Derecho de la ciudadanía que se concreta en el reconocimiento de una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras y formativas, que son ámbito de competencia profesional de educador social, posibilitando:

- La incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social.
- La promoción cultural y social, entendida como apertura a nuevas posibilidades de la adquisición de bienes culturales, que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social.

El marco teórico de la Educación Social es multidisciplinar, tratando disciplinas como la pedagogía, filosofía, sociología, psicología, políticas, etc. Siendo saberes fragmentados que forman un nuevo saber. Por eso, en el ámbito de la salud mental – y otros muchos-el/la Educador/a Social es “aquel agente capaz de acoger tanto la singularidad de cada persona, el caso por caso, como la diversidad de disciplinas y saberes fragmentados para producir un trabajo cuidadoso en el marco de las problemáticas emergentes contemporáneas” (Cosme, 2012, p.33).

Los problemas de salud mental en su globalidad son un conjunto de patologías diversas que llevan a diferentes malestares o no según la persona en cuestión. Desde la educación social, es interesante señalar la clasificación de características generalmente comunes del colectivo realizada por Cano (2012): la esperanza de vida se ve reducida aproximadamente 10 años en comparación con el resto de población, mayor índice de consumo de sustancias nocivas para la salud y elevada tasa de suicidios. Es aquí donde la Educación Social debe fundamentar su práctica, cuestionarse por qué ocurre esto y como desde el derecho que tiene la persona por ser ciudadana, se puede trabajar para el/ella en la mejora de su calidad de vida.

Se considera importante señalar la necesidad de una Educación Social formada en estructuras teóricas en relación con el malestar psíquico, puesto que es necesario entender y diferenciar cuestiones neuróticas, psicóticas, pulsiones, etc. para que la práctica sea eficaz y de utilidad para la persona con malestar psíquico que se trabaja. Existen disciplinas que diferencian estas cuestiones fácilmente, como la Psicología y la Psiquiatría, pero su conocimiento también está fragmentado, puesto que, si se busca una intervención integral con la persona con malestar psíquico, se debe tener en cuenta que cuando ha sido diagnosticada, como se verá a lo largo de este TFG, existen diferentes cuestiones que deben ser tratadas, más

allá de lo puramente médico y psicológico, como son factores de precariedad económica, menor tasa de inserción laboral, relaciones sociales, entorno familiar, estigma social, etc. Por lo que se puede observar un gran ámbito donde la Educación Social debe intervenir para conseguir el bienestar de la persona y su entorno inmediato, así como el cumplimiento de sus derechos y obligaciones.

Las personas profesionales en la Educación Social en Salud Mental no deben trabajar de forma aislada, sino en red con profesionales de otras disciplinas.

La red puede representar diversas maneras de trabajo con el otro. Puede ser una red basada en la derivación, en poner a circular al sujeto bajo las premisas de la eficacia y la eficiencia. O bien podemos pensarla como un lugar de conversación capaz de atender las subjetividades. De tal manera que la red pueda adaptarse y flexibilizarse para cada sujeto, solo así, la red encuentra su verdadera función, ser sostén para el otro. Partimos de una hipótesis, a saber, en la actualidad el tratamiento es la propia red, y cada profesional tiene una función de acuerdo con el lugar que ocupa en esta red. Pensamos que es más propicio, al abordaje de las problemáticas emergentes, pensar el trabajo en red en términos de conversación y deliberación entre servicios y profesionales (Cosme, 2012, p.38).

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Se ha hecho, y se está haciendo, del malestar diario, un comercio. El sufrimiento cotidiano, las malas experiencias de la vida, las elecciones erróneas, las rupturas de relaciones sociales afectivas, etc. se están medicalizando, siendo los psicofármacos los que mayor presencia y reconocimiento tienen y observándose una tendencia en auge (Puig, 2013). Esto viene dado por la inclinación de la sociedad occidental a la idealización de un estilo de vida y a la constante obligación de ser o aspirar a la felicidad, llevando a una filosofía de vida contraria a la condición humana y olvidando la teoría de Darwin sobre las conductas de adaptación al medio. Pareciera que la sociedad delegara en los psicofármacos la resolución de todos sus males, o mejor, en quienes administran legalmente esos medicamentos, no siendo conscientes en muchas ocasiones de que “Las personas que se enfrentan a dichas situaciones necesitan términos suficientemente profundo y amplios para exponer sus inquietudes.” y que “Lo que necesitan es diálogo, no un diagnóstico” (Marinoff, 2019, p.6).

En todo caso, asistimos al caos conceptual entre malestar psíquico y malestar emocional. Por ejemplo, en ámbitos educativos se confunde lo que se conoce como trastorno depresivo y el estrés, como recoge Paulette Delgado (2018), y se continúa justificando esta confusión por una falta de educación en hábitos de bienestar psíquico y conocimiento sobre las sensaciones y conceptualizaciones.

En relación con lo explicado anteriormente, es importante señalar la existencia de evidencias sobre la influencia de los factores sociales, culturales y económicos en el malestar psíquico (Machado, Echeverri, Londoño, Moreno, Ochoa y Ruiz, 2014). Aunque este tipo de influencia ambiental suele relacionarse con aquellas patologías emocionales, como la depresión -que es la tristeza extrema también llamada melancolía- es importante señalar que diferentes personas que se dedican o dedicaban de forma clínica y/o teórica al malestar psíquico grave, como Falret y Griesinger, hablan de una base melancólica, como causa del comienzo de la psicosis o estados cíclicos, provocando una adaptación del sujeto a su malestar (Ferrández, 2007).

A nivel mundial, existen datos reveladores sobre la situación que se busca abordar y que en términos generales incluye patologías diversas pero emparentadas. El trastorno del espectro de la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas y el trastorno bipolar a 60 millones aproximadamente (Organización Mundial de la Salud -en adelante OMS-, 2018). En España, el diagnóstico de esquizofrenia es sufrido por cerca de 400.000 personas, reduciéndose la esperanza de vida casi 20 años, puesto que la etapa evolutiva en la que se manifiesta corresponde con el periodo de desarrollo social y profesional, viéndose obstaculizado este proceso y llevando a problemas de salud física y una alta tasa de suicidios (OMS, 2018).

Según la OMS (2018) la tasa de mortalidad global a causa del suicidio, es de 16 por 100.000, siendo en la actualidad el mayor problema de salud pública en Europa. Además, el Instituto Nacional de Estadística -en adelante INE- en el Informe Defunciones según la causa de muerte, publicado el 19 de diciembre de 2018, llama la atención sobre que la primera causa de muerte no natural en España es el suicidio, que por su parte ha aumentado un 3,1% en comparación con el año 2016. El número aproximado de suicidios anuales en España, en valores absolutos, es de 3.500 personas, suponiendo que más de 10 personas al día fallecen por este motivo. Además, es importante señalar que la Confederación de Salud Mental de España, estima que, por cada muerte por motivo de suicidio, existen otras 20 personas que lo intentan.

Existe una gran diversidad de conceptos para la descripción de la “patología” mental, y se ha considerado totalmente necesario presentar unas breves reflexiones para entender el malestar psíquico, las posturas ideológicas y su problemática.

4.1 Dimensión conceptual

Malestar psíquico, salud mental, enfermedad mental, trastorno psicológico o mental, y una larga lista de términos o conceptos emparentados, son el resultado de intentar fundamentar el sitio y las competencias sociales en un campo que, aunque parezca mentira, es aún desconocido y estigmatizado, un campo que por otra parte cada día más se considera que no pertenece a una única disciplina, léase la Psiquiatría. Por otra parte, de forma indirecta, al utilizar un término u otro, se otorga poder ideológico a las experiencias privadas de cada persona, en relación con las normas socioculturales establecidas y constituidas, introduciendo al término y a las personas, en la “lucha simbólica”, (Bourdieu, 1982), de las disciplinas profesionales por el poder, el saber y las competencias en este campo de estudio.

El malestar psíquico, considerado como enfermedad mental desde un enfoque positivista, establece que la persona es mera observadora de su proceso de bienestar, prescindiendo de ella e ignorando el conflicto que se manifiesta a través de lo que se denomina síntomas, puesto que estos serían meros signos de un desequilibrio cerebral, buscando su rehabilitación a través de las medicaciones psicofarmacológicas, por lo que el poder y el saber residirían en la medicina y la industria farmacéutica; Así, y según Martín “ Cuando hablamos de enfermedad mental, estamos hablando de enfermedad, estamos posicionando a la persona en un lugar pasivo sobre lo que le pasa, con el que parece que no tiene nada que hacer” (Martín, 2014).

En este enfoque psiquiátrico sobre el sufrimiento, entra la Psicopatología. La Psicopatología se define como ciencia que estudia el comportamiento anormal, aunque para Luque y Villagrán (2000) es la descripción de las manifestaciones psíquicas alteradas.

El comportamiento anormal puede definirse de forma diferente según el criterio que pretenda utilizarse. Estos criterios son: estadísticos, sociales, personales y biológicos. Como puede observarse en los teóricamente aceptados y consensuados, ninguno de ellos es objetivo, puesto que depende desde la perspectiva que se considere, expresa unas connotaciones de poder u otras, siendo estas la de persona enferma que precisa del saber médico para curarse, o, dicho de otra manera, el trastorno mental necesita de un saber psicológico para recuperar un determinado estilo de vida aceptado socialmente.

Según la OMS se define la salud mental como el estado completo de bienestar por el que la persona es conocedora de sus propias capacidades, afronta las tensiones de la vida diaria, es capaz de trabajar de manera productiva y fructífera, y contribuye a la comunidad. Del mismo modo, desde una perspectiva positiva, la define como “(...) estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006, p.1). En relación con estas definiciones, se puede observar la estrecha línea que separa el bienestar y el malestar vinculado a la salud mental. Así, la OMS vincula la salud mental con el estado completo de bienestar.

Para la Real Academia Española de la Lengua, el bienestar es un “conjunto de cosas necesarias para vivir bien”, observándose gran subjetividad en dicho criterio, puesto que las necesidades básicas son constructos sociales, y las necesidades para vivir bien dependen de la persona, la sociedad, la época, los recursos del país donde se habita, etc. Si el bienestar remite al conjunto de necesidades, las acciones de intervención deben estar encaminadas a la escucha de la persona, para poder detectar las mismas y acompañar en el proceso de bienestar. Y define el malestar como “Desazón, incomodidad indefinible” y psíquico como “perteneciente o relativo a las funciones y contenidos psicológicos”.

Entonces y a partir de ahora, se hablará de malestar psíquico, puesto que la unión de las dos definiciones otorga legitimidad a la persona, otorgando el saber y esto es en lo que se fundamenta principalmente cualquier tipo de intervención que intentará reflejar el presente TFG.

En último lugar, señalar la utilización de la palabra locura como adjetivo, puesto que es indicativo de “Extraordinario, fuera de lo común” (DRAE, 2018). Puede sorprender su utilización, puesto que se ha apelado a ella durante años con connotaciones discriminatorias y despectivas, pero desde grupos activistas de salud mental -creados desde las propias personas que han sido diagnosticadas- se reivindica el derecho a la diversidad mental y se busca el cumplimiento de todos sus derechos como ciudadanos/as, a través del Día del Orgullo Loco, el 20 de mayo. Este activismo ha hecho suya la palabra locura, para darle un nuevo significado de libertad y de lucha contra el estigma. “(...) quizás es una palabra que pueda sonar mal en algunos círculos, pero algunos preferimos utilizarla en contraposición a eso de la “enfermedad mental”, que parece más políticamente correcto” (Martín, 2014).

En conclusión, hablar de enfermedad es posicionar a la persona en un lugar pasivo en su bienestar, sin embargo, locura habla de la diferencia, de la imperfección, de la genialidad, de

angustia, de sufrimiento... donde cada persona puede crear o no una forma distinta de estar en el mundo (Martín, 2014).

4.2 Personas con malestar psíquico grave

El malestar psíquico grave, como se ha explicado anteriormente, se concreta en la psicosis. El término fue acuñado por Feuchtersleben en 1845 y a partir de él se realizó la nosología de la locura en un mismo grupo (González, 2001).

La psicosis, más allá de sus clasificaciones modernas puede catalogarse en cuatro grupos: paranoia, esquizofrenia, manía y melancolía. Entre estos grandes grupos pueden existir combinaciones y subgrupos (González, 2001). Es decir, la psicosis se relaciona con aquellas personas que experimentan alucinaciones, delirios, expresión de forma inteligible para otras personas y/o desajustes con la realidad percibida por el resto de población. Es importante tener en cuenta que las experiencias vividas como signos psicóticos son diferentes en cada persona.

Las alucinaciones pueden ser de diferentes tipologías, pero comúnmente en personas con malestar psíquico grave suelen ser auditivas. Las alucinaciones auditivas se definen, en consenso tras diferentes investigaciones, como habla interno subvocal atribuido de manera errónea a una fuente externa, es decir, el propio pensamiento otorgado a otra persona.

Si aceptamos la consideración de las Terapias de Tercera Generación de Psicología, los delirios, alucinaciones, etc. son mecanismos de adaptación al medio social, siendo desarrollados para la supervivencia, por lo que desde la Educación Social debe entenderse como una necesidad y no como cuestiones a eliminar, sino a respetar. Por ejemplo, una persona que, por diferentes cuestiones, como es la tristeza extrema, se encuentra en una profunda soledad, es lógico que desarrolle alucinaciones auditivas, así como delirios en búsqueda de socialización, compañía y sentido en su vida.

Más allá de los manuales diagnósticos, que no son de relevancia para este TFG, es importante hablar de la patología desde un modelo de estructuras clínicas, para que la intervención con las personas sea positiva e intentar no causar daños ni dependencias. La estructura, se podría decir que es la parte subjetiva de la persona y dentro de ella están las posibles líneas de fractura que darían lugar a los síntomas. En síntesis, desde esta perspectiva, existen dos grandes estructuras: neurótica y psicótica. Existe una tercera estructura entre lo neurótico y lo psicótico, que es la estructura límite. Esto engloba a todas las personas considerando sus individualidades, pero no por ello enmarca una necesidad clínica. Se

distinguen las estructuras en función de la angustia que manifiesta la persona, las relaciones que establece y los síntomas (tristeza, vacío, delirio, etc.) -que son herramientas de la persona-, información que se obtiene a través del lenguaje y la historia de vida personal, por eso las estructuras se forman en la subjetividad (Martín, 2015).

Para entender la psicosis -desde la parte que asemeja a las personas- y hacia donde se encamina la intervención expuesta en este TFG, aquí se considera necesario remitir brevemente a dos cuestiones del Psicoanálisis, y sobre todo a Freud y a Lacan, útiles para la Educación Social. Estas pueden ser resumidas en torno a las siguientes cuestiones:

- El lenguaje tiene una función doble. Por un lado, es organizativo del mundo que se percibe, y por otro lado nos hace seres hablantes, a través del significante y el significado, siendo un medio de configurar la propia identidad y las relaciones. En la estructura clínica psicótica, existe confusión en momentos decisivos, entre el significado y el significante, considerándose el no acceso de la persona a él orden simbólico (Urriolagoitia, 2012).

Martin (2015) dice que el lenguaje es el medio para el acercamiento con la realidad, el acceso al deseo y la experiencia privada, por lo que, si tenemos en cuenta esto, la locura es simplemente la dificultad de las personas para acceder al deseo. Cuando falla el lenguaje, la persona psicótica utiliza el delirio para poder explicar las cosas, por lo que se debe tener cuidado con la alienación, asignando un lenguaje que no le/la pertenece, pues el conflicto está en su propio lenguaje (Martín, 2017).

- El deseo para Lacan es la diferencia que existe entre la necesidad y la demanda, y viene incitado por el lenguaje. Lacan decía que el deseo de la persona es el deseo del Otro/a, puesto que el lenguaje es aprendido de otros/as (Soto, 2015).

En la estructura psicótica, se considera que existe una falta de deseo propio, que es la razón por la que la persona no muestra iniciativa o motivación por las cosas, puesto que al no existir el deseo se manifiesta sentimiento de vacío (Colina y Martin, 2018). Esto no hace referencia a un falta real, sino metafórica, para entender el rol del deseo en las estructuras psicóticas.

Martin (2017) dice

Si lo pensamos, las cosas que precisan los psicóticos para vivir no difieren en gran medida de las que nosotros nos podemos representar. Lenguaje y deseo son las dos herramientas que utilizamos para sostenernos y precisamente en sus límites se sitúan los

conflictos de la locura. Allí donde el lenguaje no llega se conforma el delirio y donde fracasa el deseo se instala la melancolía (p. 111).

Montero (2018) en *El País* señala que el malestar psíquico es

(...) un dolor que no se puede compartir porque es inefable. Y ahí reside la cruel agonía de los trastornos mentales: en la incomunicabilidad, en una sensación de soledad indescriptible, una soledad tan grande que no cabe en la palabra soledad y que sólo se puede conocer si la has vivido. Es la inhumana y aterradora soledad del cosmonauta que se desprende de su cápsula y se queda vagando por un infinito de hielo (p. 3).

4.3 Malestar psíquico y entorno social

Las personas con malestar psíquico experimentan diversos tipos de sufrimiento. Entre ellos, y donde la Educación Social tiene un papel fundamental, se subraya el malestar interpersonal y social. Esto viene dado por el estigma y por cuestiones de las propias experiencias privadas, como son los delirios de persecución (Tarí y Dozza, 1995).

Las personas calificadas bajo etiquetas diagnósticas, generalmente se ven arrolladas al fracaso, en lo que Spivak llama la “espiral desocializadora”. En la formación de esta espiral están implicadas tanto la persona como el entorno social-institucional en el que se encuentra, llevando al aislamiento y la ruptura de expectativas positivas (Tarí y Dozza, 1995).

Estos motivos remarcan la necesidad de trabajar en el entorno social de la persona, es decir en el entorno comunitario para abordar el malestar interpersonal y social, así como para promover la eliminación del encierro de la locura en centros de internación, ambulatorios o en meros diagnósticos que promueven inseguridades en la persona, entre otras muchas “dolencias”. En relación la práctica clínica de poder, Martín dice

La Psiquiatría, si lo pensamos, consiste en transformar a una persona, que hasta entonces era un ciudadano, en enfermo mental. Esto se lleva a cabo a través de una sofisticada tarea. Primero, crea entre ambos una cadena invisible, pero de extrema dureza, el diagnóstico. Luego la remacha, para que quede firme, con la minusvalía, la adherencia al tratamiento, la conciencia de enfermedad, la incapacidad civil o la causalidad biológica. Se van añadiendo eslabones para que siga sujetando y, a la vez, aumente el margen de movimiento de la persona. Se engarzan la autonomía personal, la rehabilitación, la dependencia, lo biopsicosocial y, en los últimos años, la recuperación, consiguiendo engañar al preso haciéndole creer que el patio es la liberación (Martín, 2017, p.110).

Los/as profesionales tienen que trabajar de manera asertiva para la persona en su entorno comunitario, acercándose y mostrando disponibilidad, pues así se reducirá el estigma y aislamiento, se facilitará la emancipación y se normalizarán los procesos de malestar psíquico de los que no está libre ninguna persona.

Trabajar para la persona en la comunidad debe realizarse a través del acompañamiento, que no es sinónimo de seguimiento social ni mediación sociocomunitaria, sino que es la presencia y ausencia simbólica de la persona profesional en una dimensión transversal y transicional (Saiz y Chévez, 2009). Es decir, es como define Erickson (1994) “un sistema sustitutorio por tiempo limitado” para sostener la presencia de la persona en la comunidad trabajando por su bienestar y mejora, hasta que la persona sostenga por sí sola su red social.

4.3.1 Entorno familiar

La familia, considerando su diversidad más allá de los lazos consanguíneos, es un modelo organizativo básico y de socialización primaria, donde se aprenden y comparten valores, afectividad y moral. Por ejemplo, Fogarty (1997), según Cabal (2012), definía a la familia como el gran recurso latente que posee una persona, pues es el sistema más importante que tiene legitimación y gran poder emocional, aunque también es un gran origen de estrés (Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental -AVIFES-, 2014).

Cuando una persona es diagnosticada se debe tener en cuenta que el miedo, el dolor y la confusión, por el desconocimiento, también afecta a el entorno de crianza, siendo muchas veces una estructura olvidada en el camino a la emancipación de la persona. Tizón, afirma:

Hay pocas situaciones sociales o médicas que causen un sufrimiento tan intenso en el grupo microsociedad y en la sociedad global (...) con cierta frecuencia tiende a olvidarse que los familiares sufren con ellas y que, a menudo, por desgracia, también se deterioran con ellas (Tizón, 2013, p.1).

Las familias tras este momento de inflexión suelen buscar ayuda y respuestas en profesionales de la salud mental, topándose con términos completamente medicalizados y contenidos farmacológicos, vulneración de derechos humanos, como son las contenciones mecánicas e incluso culpabilizaciones por herencia genética o modelos educativos inadecuados (Tizón, 2013).

Estas cuestiones manifiestan la necesidad de trabajar con la familia para que puedan entender las experiencias vitales de la persona diagnosticada, restar carga de responsabilidad a

la familia y evitar la sobreprotección o los acontecimientos estresantes en el entorno. Todo esto no es una responsabilidad única de la familia, sino de profesionales y sistemas socioeconómicos, que faciliten explicaciones más allá de términos médicos, promuevan la creación de espacios accesibles a todos los niveles económicos y socioculturales, y se utilicen técnicas y herramientas para la gestión emocional del duelo que supone el establecimiento de un diagnóstico a un/a familiar.

4.4 Malestar psíquico grave y asistencialismo institucional

Actualmente existe un debate relacionado con la Psiquiatría y la Antipsiquiatría. Esto podría considerarse de mínimo interés para la praxis de la Educación Social, pero no debería ser así, puesto que es desde esta disciplina donde se establece quiénes son las personas diagnosticadas que van a entrar en la red de servicios sanitarios y sociales, y quiénes de momento quedan exentas de ese determinante para la intervención social por motivos de salud mental. Martin (2017) dice:

La práctica clínica, tal y como la conocimos, está agonizando. Difícilmente se sostiene dentro de los Servicios de Salud Mental, pues se ve reducida a identificar trastornos y aplicar el correspondiente tratamiento. Ya no interesan la escucha o la indagación sobre el sentido de los síntomas, sino que los esfuerzos se dirigen a reducirlos y hacerlos desaparecer. Por si fuera poco, estas prácticas suelen ir seguidas de un complejo itinerario de recursos que, en lugar de ser un estriadero que calme el malestar, se está convirtiendo en una gruesa y compleja red de la que resulta difícil salir (pp. 104-105).

La intervención profesional realizada con personas con malestar psíquico grave, desde diferentes disciplinas, supone en muchos casos un obstáculo para quien ha sido diagnosticado/a, puesto que existe una falta de conciencia por parte del personal experto/a sobre la ruptura que existe entre la construcción ideológica, la teoría y la praxis. (Tarí y Dozza, 1995).

La reforma psiquiátrica y el movimiento antipsiquiatría, consiguió el cierre de los Centros de Internamiento Psiquiátrico, así como la consideración de que la intervención debía dirigirse tanto a la persona que había sido diagnosticada como a la familia y a la sociedad. Esta evolución teórica no significa una evolución práctica, puesto que muchas de las personas profesionales en salud mental han comenzado a trabajar en contextos sociocomunitarios, pero continuando con un modelo “psiquiatrizante”, reproduciendo las relaciones de poder asistencialista, donde cambian la denominación de Centro Psiquiátrico a Centro de Día, Residencia de Salud Mental,

Hospital de Día, etc. Se renueva la ubicación y la disipación de inmobiliario, pero no existe un cambio en “muros mentales” (ibid.).

Así, las teorías de tratamiento psiquiátrico evolucionan a la rehabilitación y a la reinserción social, observándose que el trabajo en la comunidad es esencial y complicado. Estas tareas, en gran número de ocasiones son designadas a profesionales con una menor preparación académica y ocupan un lugar análogo al de la persona psicótica en su entorno social. En primer lugar, como persona salvadora ya sea como agente de cambio o depositario de tensiones y conflictos, y en segundo lugar persona destinada a acatar órdenes. Esta similitud de sentimientos puede considerarse metodología de trabajo, pero si no son cuidadas a través de la coordinación de equipos, la formación, etc. pueden derivar en asistencialismo (ibid.)

El asistencialismo que considera la curación clínica y la curación social, desde un enfoque funcional, segmenta a la persona en capacidades, habilidades o comportamientos. Esto produce una división de la persona que va a ser atendida llevando a un conjunto de necesidades despersonalizadas (ibid.).

El temor al conflicto y a la hostilidad, provoca la respuesta material inmediata de las demandas de la persona que ha sido diagnosticada, rompiendo la promoción de la autonomía para la satisfacción y bloqueando el aprendizaje para la futura respuesta de esa necesidad (ibid.).

El asistencialismo hace que la persona con malestar psíquico grave sea pasiva, dependiente y se obstaculice su evolución personal (ibid.).

Es importante señalar, que el pedagogismo que busca modificar a través de técnicas los comportamientos de las personas que han sido diagnosticadas, para su adaptación a las normas sociales, debe tener en cuenta que las personas psicóticas han perdido el deseo más que la capacidad técnico-cognitiva como afirma Sarraceno (ibid.).

Se puede llegar a la conclusión de la necesidad de un modelo metodológico que trabaje para la persona desde el trato. Este trato debe estar fundamentado en el conocimiento teórico y práctico del malestar psíquico grave, así como el tener en cuenta que la práctica profesional vaya unida a la humanidad. Por ello y como dice Martin (2017), tal vez se tenga que enfocar la metodología más allá del tratamiento, dando prioridad a el trato, trabajando de forma interdisciplinar y horizontal.

Por último, es importante ser una persona crítica en relación con las prestaciones económicas, puesto que en muchos casos son cuantías que no llegan al Salario Mínimo Interprofesional, pero sus condiciones no tienen la flexibilidad necesaria para poder desempeñar un empleo (Véase Anexo 2). Esto se debe cuestionar si busca el asistencialismo que promueve la dependencia o sin embargo busca facilitar la independencia y emancipación de las personas.

Como se puede observar en apartados anteriores y en este mismo, existen una serie de dificultades en los entornos de socialización y en la práctica profesional que obstaculizan el desarrollo de los derechos que tienen las personas que han sido diagnosticadas. Por este motivo, se considera importante tener en cuenta la legislación existente relacionada para su cumplimiento, así como acogerse a ella en cualquier intervención planteada en este TFG.

4.5 Marco legislativo

El Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación (2006, p.1), dice “(...) la existencia de legislación de salud mental no garantiza por sí misma el respeto y la protección de los derechos humanos”. Esto viene justificado por la desactualización de la legislación en salud mental, teniendo como consecuencia la violación de los derechos humanos de las personas con malestar psíquico, en vez de su promoción. Dicho manual, continúa diciendo

Esto se debe a que mucha de la legislación de salud mental adoptada originalmente tenía el propósito de proteger a la sociedad en general de pacientes considerados “peligrosos”, y de aislarlos, más que el de promover los derechos de las personas con trastornos mentales como personas y como ciudadanos (Manual de Recursos de la OMS, sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006, p.19).

Y añade “Otra legislación permitía la internación por largos períodos de personas con trastornos mentales que no representaba ningún peligro para la sociedad, pero que no podían cuidarse solas, y esto también significaba una violación a los derechos humanos” (Manual de Recursos de la OMS, sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006, p. 19).

La legislación en materia de salud mental solo está presente, aproximadamente en el 75% de los países a nivel mundial. De este 75%, solo el 51% posee legislación aprobada después del año 1990. Además, es importante señalar que casi en el 15% de los casos su legislación

data de antes de la década de 1960 (Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006, p.1).

Aunque la legislación específica en relación con la salud mental es escasa, existen diferentes derechos y deberes que son de aplicación para las personas con malestar psíquico en España. Estos son:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (Organización de las Naciones Unidas, 2015).
- Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental de 1991.
- Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamental de 2010.
 - Protocolo nº12, Artículo 1 “Prohibición general de la discriminación”.
- Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966.

Parte III:

- Artículo 6.1. Reconocimiento del derecho al trabajo para todas las personas, siendo este elegido y aceptado libremente.
- Artículo 6.2. Los estados están obligados al cumplimiento del derecho al trabajo promoviendo recursos para la orientación y la formación sociolaboral, así como garantizar las libertades políticas y económicas de la persona.
- Constitución española de 1978.
 - Artículo 35: Todas las personas residentes legalmente en España tienen el derecho y el deber de trabajar, sin que exista discriminación (art. 35 CE).
- Ley General de Sanidad (1986) en la que se recoge el derecho al trato y tratamiento digno de las personas diagnosticadas con malestar psíquico, así como la prohibición de los Centros de Internamiento Psiquiátrico.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, de la Ley General de los Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social.
 - Artículo 161 recoge la jubilación a causa de una evaluación que certifique un grado de discapacidad igual o superior al 45%, incluyéndose diagnósticos de trastornos psicóticos.

Es necesario tener en cuenta la legislación vigente, en relación con los derechos de las personas con las que se va a trabajar. Esto viene justificado por la necesidad de no vulnerar dichos derechos, respetarlos y promover su cumplimiento, así como fomentar medidas para su cumplimiento, como se expone más adelante a través de la propuesta de intervención, para que estos derechos sean inclusivos y las prácticas no lleven a situaciones de dependencia y exclusión.

4.6 Malestar psíquico grave y empleo

Actualmente en la sociedad occidental, el empleo es un elemento clave para la inclusión, puesto que obtener ingresos facilita el acceso a la vivienda, al ocio, a las actividades básicas de la vida diaria, etc. Según la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, publicada en junio de 2018, la prevalencia de la depresión es el doble en las personas que se encuentran en situación de desempleo: concretamente del 7,9%.

Las personas que sufren malestar psíquico grave y están diagnosticadas, tienen dificultades a la hora de conseguir un trabajo, la mayoría de las veces a causa del estigma y el efecto iatrogénico. Esto hace que, en el caso de tener un trabajo, este sea generalmente no cualificado y en consecuencia con baja remuneración económica, lo cual reduce su emancipación de los servicios sociales asistenciales y/o sanitarios, llevando a agravar las situaciones de exclusión social. Se debe señalar que más del 85% de las personas con malestar psíquico no tienen empleo, es decir, sobre el 100% de las personas que acceden al empleo con certificado de discapacidad, solo el 14,3% son personas con malestar psíquico (Rodríguez, 2018). Además, es importante señalar, que, según el INE, en el año 2017 aumentaron las contrataciones a personas con discapacidad, exceptuando las personas con diagnósticos de malestar psíquico, donde existe un descenso en la contratación del 2,7%.

El País, en un artículo de opinión “Salud mental y empleo: primero las personas” (2017) recogía:

Las personas con trastornos mentales son las grandes invisibles en el mercado laboral. Su índice de inactividad no es comparable al de ningún otro colectivo en edad de trabajar. Su nivel de paro duplica el de la población general y, en consecuencia, se ven privadas de los beneficios que aporta el trabajo remunerado: autonomía y reconocimiento social.

El presente TFG busca aportar propuestas de cara a la inserción laboral de las personas con malestar psíquico grave, entendiendo el trabajo como el medio que facilita la vida

independiente e inclusiva de las personas en las sociedades de mercado capitalista, sin tener que depender de subsidios económicos estatales, que en muchas ocasiones promueven la segregación por sus cuantías y condicionante. Como afirma Martin:

(...) la red de salud mental se ocupa del tratamiento -ambulatorio u hospitalario-, decide sobre la capacidad civil de las personas y, además pone los medios para acceder a una vivienda o apoyo económico a través de ese arma de doble filo que es “dependencia”. (Martín, 2017, p.106)

Como se ha señalado con los datos expuestos, existe la necesidad de concienciar y trabajar para conseguir que las personas que han sido diagnosticadas y se encuentran en situación de desempleo tengan la oportunidad de acceder al mercado laboral en unas condiciones favorables a sus necesidades y teniendo en cuenta los posibles factores externos e internos que puedan perjudicar el bienestar de la persona, así como promoverlo por cuestiones como “el deseo”, anteriormente explicado. Y en todo caso, accedan al mercado laboral pero libres de ataduras y de contratos estigmatizantes, con un proyecto personal que les permita crear, dentro de lo posible su propio empleo, o entrar a formar parte de una red que así lo entienda como una cooperativa, por ejemplo.

Por último, es importante señalar en relación con el bienestar el enriquecimiento social y económico que podría suponer la inserción laboral de personas con malestar psíquico grave. A nivel social la inclusión de las personas que han sido diagnosticadas promovería la cohesión, la equidad y la justicia social, todo ello a través del empleo, viendo a las personas como iguales. A nivel económico se podría enriquecer toda la sociedad por el potencial y la diversidad de capacidades que tiene todas las personas -independientemente de haber sido diagnosticada o no-, puesto que no se debe olvidar que existen personas reconocidas con grandes potencialidades que han sido o fueron diagnosticadas, como Kate Millet, Virginia Woolf, John Nash, etc. Que podrían haber sido grandes olvidadas, si no fuese por su reconocimiento profesional previo al diagnóstico o por haber tenido la oportunidad de demostrar sus potencialidades.

4.7 Una alternativa interesante: el emprendimiento

Es difícil delimitar al emprendimiento como concepto. Para diferentes autores/as, es ambiguo, por lo que existen variedad de definiciones. Empezar, como recoge Formichella, haciendo referencia a Kundel, dice “es la gestión del cambio radical y discontinuo, o renovación estratégica, sin importar si esta renovación estratégica ocurre adentro o afuera de

organizaciones existentes, y sin importar si esta renovación da lugar, o no, a la creación de una nueva entidad de negocio” y continua afirmando “ (...) perseguir la oportunidad más allá de los recursos que se controlen en la actualidad” (Formichella, 2004, p.7).

Para entender el emprendimiento y fomentarlo de manera adecuada, se debe tener en cuenta el proceso de desarrollo humano en el entorno social. Comúnmente, las personas comienzan socializándose en la tipología primaria, que generalmente está vinculada con el entorno más inmediato y de contacto continuo: la familia. La socialización primaria emite una imagen sesgada de la realidad y la persona asume e interioriza los valores y costumbres de su entorno más cercano, considerando esta forma de hacer como única. Cuando la persona va creciendo, comienza a realizarse una socialización secundaria vinculada a un entorno más amplio, como son las instituciones educativas y sociales. En la socialización secundaria se comienza a abrir la visión del mundo, aprendiendo nuevas costumbres y valores, así como normas de convivencia (Berger y Luckman, 1984). Se considera importante señalar los tipos de socialización y aprendizaje, puesto que refleja que las personas se desarrollan a lo largo de su vida, pudiéndose potenciar las cualidades innatas, modificarlas o complementarlas, a través de la socialización, pudiéndose pensar que el espíritu emprendedor crece a través de la socialización (Formichella, 2004, pp.19-20).

En este sentido, es importante entender que el acompañamiento para el emprendimiento tiene mayor sentido y posibilidades de éxito, cuando se realiza por una persona que posee actitud emprendedora, puesto que el aprendizaje mediante la socialización será más propicio y sencillo de asimilar (ibid.). Por este motivo, es muy importante tener en cuenta el proceso educativo de la persona, así como la red de relaciones sociales que posee, antes de comenzar con el acompañamiento hacia el emprendimiento.

La relación entre el desempleo, en el que se encuentran gran parte de las personas que han sido diagnosticadas con malestar psíquico grave, y el emprendimiento según Formichella (2004), citando a Audrestsch (2002), es incierto, puesto que, según él, no existe una evidencia empírica que lo vincule; y para Duran y Lukez (2003), el emprendimiento además de ser un factor de reducción de desempleo genera efectos positivos en capital humano, puesto que aumenta la autoestima y autovaloración de sus habilidades repercutiendo en otras áreas.

Este no es el lugar para presentar todas las posibles definiciones de emprendimiento, por lo que se remite a la elaborada por Amartya Sen en relación con el desarrollo local, y vinculado con el emprendimiento, que podría considerarse un medio para promover las libertades

fundamentales de las personas, puesto que la generación de capital deriva en una mayor calidad de vida según la propia cultura, opción de realizar actividades sostenibles y de ética medioambiental, acceso a la salud y educación, y elegir como y donde vivir, entre otras (Formichella, 2004).

El emprendimiento en personas con malestar psíquico es otra forma de trabajar a través del deseo de la persona y adaptándolo a sus necesidades como por ejemplo las horas de sueño, así como una medida de inclusión social y normalización de la diversidad.

5. METODOLOGÍA

Este TFG ha aprendido y utilizado diferentes metodologías para poder realizar nuevas propuestas de intervención en relación con la salud mental desde la Educación Social.

El punto de partida es la investigación social, que ha sido abordada en tres fases: diseño de muestra y grupo enfoque; análisis de datos contrapunteados con la investigación bibliográfica; socio-praxis y entrevistas de investigación.

5.1 Primera fase

El punto de partida lo marcaron las Jornadas “Salud Mental, Emprendimiento Social, Drones, Emociones y Neurociencia” realizadas en la Universidad de Valladolid, concretamente en el Laboratorio de Emprendimiento Social del Parque Científico Uva, el 28 de noviembre de 2018, que reunió en torno a “la locura” a diferentes profesionales: psiquiatras, psicólogos/as, antropólogos/as, sociólogos/as, economistas, historiadores/as, educadores/as sociales y por supuesto, personas que han sido diagnosticadas.

En este marco presenté una ponencia donde expuse la visión sobre el malestar psíquico grave y el camino que debería llevar la metodología de intervención. Tras esta ponencia se preguntó opiniones sobre lo expuesto a las personas que estaban allí presentes, usuarios/as y profesionales, con el fin de modificar, mejorar y enriquecer el proyecto, a través del grupo de discusión o grupo enfoque.

En cierta forma esta primera parte de la investigación fue sometida a una suerte de Delphi del que participaron, como se dijo anteriormente, diferentes profesionales, estudiantes de grado y de posgrado

Evidentemente se acordó que la muestra la integrarían personas con malestar psíquico grave, que participaron de las Jornadas y que estuvieron de acuerdo en opinar y en ser protagonistas

de nuestra investigación, sumando un total de 15 asistentes en dichas Jornadas. Luego, al avanzar la investigación, el grupo enfoque se redujo a 4 personas. Finalmente, fueron 2 quienes culminaron la primera etapa de la puesta en marcha del itinerario de emprendimiento.

5.2 Segunda fase

Por supuesto, todo el trabajo ha estado acompañado antes, durante y después de un estudio y reflexión sobre la bibliografía existente. La investigación bibliográfica abarca diferentes disciplinas profesionales para aumentar la información, el conocimiento y llegar a una conclusión más enriquecida de técnicas y herramientas alternativas que pueden realizarse desde la Educación Social para mejorar la intervención con personas que han sido diagnosticadas y promover una sociedad que proteja y respete los derechos de las personas, independientemente de las consideraciones médicas.

La reflexión teórica que contiene este TFG ha sido realizada a través del proceso de búsqueda y enriquecimiento de documentación en relación con la salud mental y el malestar psíquico, así como en relación con cuestiones de empleo, legislación y entorno sociocultural.

El grupo de discusión derivó del Prácticum de Profundización, realizado en C.I.C., donde me pude enriquecer con los conocimientos apropiados tanto en la práctica profesional como en los semanarios de formación, desde un lenguaje más inclusivo y que rechaza la dicotomía sano-enfermo.

Así mismo, se han ampliado dichos conocimientos e información tras la asistencia a ponencias, docencias en dicho Centro, así como la participación en las VII Jornadas de Jóvenes Profesionales de la Salud Mental “Revolución Delirante” el 5 y 6 de abril del 2019. En definitiva, el enriquecimiento teórico en la corriente crítica de la psiquiatría ha marcado la metodología de intervención en correlación con la ideología humanista puesto que se considera que “La pretensión de desplazar una ideología mediante una simple lucha de ideas cumple, en definitiva, la función ideológica, de dejar el mundo, del que forma parte la ideología, y en mayor o menor grado, como está” (Sánchez Vázquez, 1987).

5.3 Tercera fase

Finalmente se incorporó un tercer grupo de herramientas metodológicas. En primer lugar, señalar la socio-praxis. Según Sánchez (2003) la praxis debe el medio por el que la actividad humana modifica el mundo natural o social, por lo que es a la vez objetiva y subjetiva, material y consciente; se debe buscar filosofía de la praxis y no materialismo dialectico. La metodología

socio-praxis es aquella en la que existe una implicación y participación en el ámbito de intervención, es la “acción-reflexión-acción”, y se derivó de los grupos de discusión del C.I.C., citados en la segunda fase.

Por otra parte, se integraron, otras herramientas más clásicas como las entrevistas. En relación con ellas, se implementaron las entrevistas de investigación cualitativas abiertas.

Esta metodología ha sido utilizada de manera individual con diferentes personas que han sido diagnosticadas, en un total de 10, para conocer la realidad de las necesidades percibidas y sentidas. Gracias a esta técnica se ha orientado el TFG a las demandas coincidentes de las personas y no a meras consideraciones profesionales. Como se hizo referencia en la primera fase, 15 personas participaron en las Jornadas citadas, y de estas derivó la muestra que estuvo formada por 6 hombres y 4 mujeres. En simultáneo se aprovechó el proceso del Prácticum de Profundización para poder presentar las ideas que se querían plasmar en este TFG, pedir opinión sobre cuestiones a mejorar y orientaciones para que no se quedase en meras palabras, sino en actuaciones útiles.

Es importante en este punto subrayar algunas precauciones metodológicas. En primer lugar, se debe tener en cuenta que se trabaja a nivel de educación no formal con personas adultas, por lo que la metodología debía ser abierta y flexible. Es importante considerar diferentes pedagogías de educación de adultos como recursos metodológicos para una mayor consecución de los objetivos propuestos. Siguiendo a Sarramona (1982) las actividades que serán explicadas más adelante van a tener siempre en cuenta los siguientes aspectos:

- Motivación, aspecto necesario para llegar a la perdurabilidad y automatización. Se debe separar la motivación extrínseca de la intrínseca.
 - Motivación extrínseca, que no afecta a la metodología, sino a los contenidos, justificación y funcionalidad. Esta tipología de motivación está formada por:
 - Promoción social, considerando que el medio para llegar a ella es el dominio cultural y la participación activa en la sociedad.
 - Adaptación profesional vinculada a la adaptación social a través del empleo, puesto que es un aspecto clave para el reconocimiento en la sociedad actual.
 - Resolución de problemas concretos de la vida diaria, como es la planificación económica, trámites burocráticos, derechos laborales, derechos civiles, etc.

- Motivación intrínseca la cual influye en la metodología, puesto que son el conocimiento inmediato de los resultados, la participación en la planificación del proceso y la estimulación entre iguales.
- Autodidactismo en relación con el aprendizaje individualizado. Sarramona (1982) afirma “La individualización del aprendizaje, que constituye una de las leyes fundamental de la Didáctica, permitirá a cada sujeto adulto avanzar a su propio ritmo, de acuerdo con sus aptitudes y circunstancias socioprofesionales” (p.53).
- Material didáctico, en relación con este punto (ibid.) dice:

La estructura del material didáctico ha de ser acorde a los gustos y psicología del adulto, condicionándose así el lenguaje, la ilustración y la presentación física, huyendo en todo momento de cuanto pudiera dar la sensación de infantil o escolar para niños. (p.54)

La propuesta de intervención planteada en este TFG se basa principalmente en la metodología PACE “*Personal Assistance in Community Existence*” -“Asistente personal para la vida en comunidad”- (Véase Anexo 3), que considera que, a través de la combinación correcta de actitudes y apoyos, las personas pueden sobreponerse a el malestar psíquico, teniendo como principio la asistencia voluntaria dirigida por las propias personas. Esta metodología parte de que para conseguir que las personas encuentren su bienestar se deben establecer relaciones de confianza que permitan realmente que la persona vuelva a ser dueña de sus objetivo y metas, y se las permita desarrollar su rol en la sociedad (Ahern y Fisher, 2006).

Además, para trabajar con las personas con malestar psíquico y promover su recuperación, se va a hacer uso de la filosofía y los principios metodológicos de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Esta es una corriente psicológica de tercera generación que rechaza la consideración de anormalidad y contextualiza el malestar psíquico como parte de la experiencia de vida. Esta terapia, tiene como parte indispensable el autodescubrimiento y la clarificación de valores, buscando que la persona sea consciente de que debe guiar su camino en relación con sus propios principios y a las necesidades de su mente, y no a aquello culturalmente aprendido. Del mismo modo, establece la evitación profesional de dar herramientas para evitar la aparición de esas experiencias privadas. Desde la Educación Social no puede ni debe realizarse terapia, por lo que no se ahondara en ello, basándose en la intervención propuesta en su filosofía.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN. “LA EMANCIPACIÓN: UN DESEO DE LOCOS/AS”

6.1 Contexto

La propuesta de intervención “La emancipación: un deseo de locos/as” debe llevarse a cabo en el contexto comunitario de la persona beneficiaria, puesto que como dice Martín (2017) los servicios deben o deberían estar a disposición y acercarse a las realidades de cada persona, ya que la filosofía de trabajo de este TFG se basa en que “ en lugar de poner el foco en los supuestos problemas, dificultades o carencias que hemos detectado desde nuestra posición de profesionales, dirigir nuestros esfuerzos a que la persona indague en sus necesidades, ya sean más inmediatas o diferidas” (Martín, 2017, p. 111).

Es necesario que los/las profesionales se ubiquen en un contexto espacial y temporal, para que la persona que ha sido diagnosticada pueda acudir a ellas, tanto para informarse del servicio como para aquellos momentos en los que necesite de sus servicios, más allá del establecimiento de una cita previa.

Por los motivos expuestos, se considera que el lugar más indicado para ubicar a las personas profesionales de la prestación de esta intervención es el C.I.C. Esto viene justificado, por la necesidad de beneficiarse de este tipo de servicios, por parte de las personas que han sido diagnosticadas antes de acceder a la red de servicios sociosanitarios, y por la filosofía de trabajo comunitario que caracteriza a este recurso.

El C.I.C es un recurso ambulatorio de titularidad pública que se encuentra dentro del Servicio de Psiquiatría del Hospital Río Hortega de Valladolid. Se creó para la promoción alternativas de las personas usuarias y sus familias, donde encuentran un espacio de escucha, confianza, amabilidad y distensión, llevando el sistema sanitario a un segundo plano y con ello las técnicas de control y contención, teniendo como objetivo principal reducir el aislamiento social al que se somete a la persona con malestar psíquico grave. Su filosofía de trabajo es centrarse en las necesidades de la persona a través de la escucha, buscando la liberación de la psiquiatría y buscando que la persona no necesite a los/las profesionales, a través del trato individual y no el tratamiento.

Es importante señalar, que al tratarse de un servicio que se acerca a la realidad de la persona, podría ubicarse en cualquier espacio, pero sin perder la ética que lo sostiene: para que la persona se emancipe, nuestro objetivo es que no nos necesite.

6.2 Beneficiarios/as y destinatarias/as

Las personas beneficiarias, de las fases de intervención que se van a desarrollar, son mujeres y hombres con malestar psíquico grave y edades comprendidas entre los 18 y los 60 años.

Las personas beneficiarias han sido elegidas por el rango de edad laboral. Es importante señalar, que no todas las personas que están diagnosticadas con malestar psíquico han sido incapacitadas o jubiladas para el desarrollo de la actividad laboral, pero otras muchas sí. Como se ha dicho anteriormente, el medio más importante-pero no el único- en la sociedad occidental actual, para llevar una vida independiente es el trabajo. Para que una persona que ha sido diagnosticada acceda al mercado laboral, es importante tener en cuenta factores exógenos - familia, entorno social e institucional, etc.- puesto que en muchas ocasiones el desconocimiento, las medidas legislativas, etc. no facilitan la emancipación, sino que ayudan a crear dependencia, tal y como se ha explicado a lo largo de este TFG.

Se ha considerado necesario explicar estas cuestiones, puesto que, desde este TFG, se ve imprescindible conocer y dar a conocer a la persona usuaria los condicionantes positivos y negativos que tiene la jubilación, para que tome sus propias decisiones y no influenciadas por entorno familiar, social o institucional.

Por otro lado, es importante señalar que los/las destinatarios/as de la intervención, fueron 4 personas, pero únicamente se finalizó con un hombre y una mujer, puesto que las otras dos personas, por cuestiones personales y de su malestar -que por respeto a la privacidad no se van a desarrollar- no finalizaron el proceso. Ambas personas son destinatarias de los servicios del C.I.C.

6.3 Objetivos de la intervención

El servicio de emprendimiento que se plantea desde la Educación Social tiene como objetivo general la emancipación de las personas con malestar psíquico grave, su inclusión en la comunidad y el cumplimiento de sus derechos. Para la consecución de este, se plantean los siguientes objetivos específicos y obtención de estos a través de las actividades. Estos son:

- Crear vínculos de confianza con la persona que ha sido diagnosticada.
- Promover alternativas de empleo digno.
- Obtener habilidades y conocimientos en relación con el emprendimiento.
- Fomentar el bienestar a través del deseo y el lenguaje.
- Canalizar las emociones para su correcta regulación.

- Aumentar las habilidades y recursos para crear redes sociales.
- Adquirir nuevos medios y herramientas para el bienestar.

6.4 Temporalización

“La emancipación: un deseo de locos/as” se basa en la disponibilidad consensuada, promoviendo la independencia y la responsabilidad.

La intervención se debe adaptar a la persona por lo que establecer una temporalización exacta es una tarea complicada. Teniendo en cuenta esto, la realización práctica ha sido realizada durante los tres meses que dura el Prácticum de Profundización (Véase Anexo 4).

Es importante señalar, que, aunque la temporalización se adapta a las personas usuarias, se debe establecer un principio y un fin, puesto que el objetivo final y principal es la emancipación de la persona.

Las fases plantadas en el siguiente apartado, en relación con la temporalización, están desarrolladas en un orden cronológico para la progresión del proyecto.

6.5 Pasos a seguir

La praxis de esta propuesta viene definida por las fases que se han llevado a cabo. Estas han sido planteadas, diseñadas y desarrolladas, teniendo en cuenta la fundamentación teórica de este TFG, así como las metodologías de investigación e intervención utilizadas.

“La emancipación: un deseo de locos/as” es una propuesta de apoyo y acompañamiento a las personas con malestar psíquico interesadas en la inserción laboral a través del emprendimiento. Este apoyo y acompañamiento se ha hecho a través de una serie de pasos, siempre respetando el deseo expuesto por la persona, su principal preferencia de ocupación y las elecciones tomadas en relación con su proyecto de vida laboral como persona emprendedora.

Al tratarse de una propuesta personalizada, se considera conveniente definir sus pasos, puesto que las actividades que se han llevado a cabo son diferentes en cada caso. Estos pasos comienzan siguiendo la filosofía del C.I.C, es decir el trato, la escucha y la confianza con la persona con la que se va a trabajar. Una vez establecido el vínculo y el promovido el interés en la persona, se comienza con el proceso de emprendimiento desde el deseo y el respeto a las decisiones de la persona emprendedora, acompañando, apoyando y respetando desde el marco profesional.

1º Paso: Establecimiento de relación con la persona destinataria	
Objetivos	<p>Crear vínculos de confianza con la persona que ha sido diagnosticada.</p> <p>Adquirir nuevos medios y herramientas para el bienestar.</p> <p>Aumentar las habilidades y recursos para crear redes sociales.</p>
Desarrollo	
<p>Este primer contacto es esencial puesto que se necesita que la persona confíe en la profesional para poder exponer sus necesidades y posibles deseos. Se ha buscado facilitar la comunicación para poner a su disposición los recursos obtenidos a lo largo de la formación académica que puedan ser de utilidad para la persona que demanda el servicio.</p>	
Acciones	
<ul style="list-style-type: none"> • Acogida e información: Esta acción inicial, está basada en acoger a la persona usuaria y proporcionarla toda la información referente al servicio que se presta, para que tenga una visión global y valore si puede serle de utilidad. • Vinculación persona-profesional. Trata de establecer un vínculo con la persona receptora del servicio, a través de la conversación y el dialogo, no exclusivamente sobre aspectos relevantes al emprendimiento. Esta acción debe realizarse a través de la escucha, el dialogo igualitario y la observación, evitando figuras de poder y autoridad, pero sin olvidar el comportamiento profesional. <p>Esta actividad se realiza por varios motivos: conocer a la persona, crear un ambiente de confianza y sentimiento de apoyo, así como recoger todas aquellas demandas que manifieste.</p>	
Recursos materiales	No son necesarios recursos materiales planificados previamente.
2º Paso: Exposición de dudas en relación con el emprendimiento	
Objetivos	<p>Crear vínculos de confianza con la persona con la persona que ha sido diagnosticada.</p> <p>Promover alternativas de empleo digno.</p> <p>Obtener habilidades y conocimientos en relación con el emprendimiento.</p> <p>Fomentar el bienestar a través del deseo y el lenguaje.</p>
Desarrollo	
<p>El segundo paso es preguntar a la persona que necesita, que desea, qué dudas tiene y en qué se la puede ayudar. Es importante señalar, que cuando se ha realiza este paso y no se sabe</p>	

<p>contestar de forma inmediata a la persona, se ha informará a la persona del desconocimiento o duda sobre lo que pide, y que se buscará la información necesaria para poder resolver sus dudas.</p>	
<p>Acciones</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada (Véase Anexo 5) para conocer aspectos relevantes para la inserción laboral. • Resolución de dudas y aclaraciones en relación con el emprendimiento, cuestiones legislativas que puedan influir – anulación o mantenimiento de prestaciones-, posibilidades de conseguir financiación, etc. 	
Recursos materiales	<p>Material de escritura.</p> <p>Dispositivos digitales: ordenador, Tablet, teléfono móvil...</p>
<p>3º Paso: Toma de decisiones</p>	
Objetivos	<p>Promover alternativas de empleo digno.</p> <p>Obtener habilidades y conocimientos en relación con el emprendimiento.</p> <p>Fomentar el bienestar a través del deseo y el lenguaje.</p> <p>Aumentar las habilidades y recursos para crear redes sociales.</p> <p>Adquirir nuevos medios y herramientas para el bienestar.</p>
<p>Desarrollo</p>	
<p>El tercer paso está basado en fomentar espacios para la autodeterminación de la persona usuaria y el respeto de la persona profesional. La persona usuaria debe exponer las decisiones tomadas en relación con la iniciación del emprendimiento y la responsabilidad que debe mostrar. Es importante señalar, que este es un momento de repartición de tareas y aclarar la figura de acompañamiento.</p>	
<p>Acciones</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Exposición de las decisiones tomadas por parte de la persona usuaria. • Contrato de compromiso y responsabilidad (Véase Anexo 6). Por un lado, la persona profesional se compromete a no guiar las decisiones que toma la persona usuaria, sino a acompañar; por otro lado, la persona usuaria comienza a asumir cuáles serán sus responsabilidades. Esto promueve el aprendizaje y/o práctica de habilidades sociolaborales necesarias para el empleo, como por ejemplo avisar para anular una cita, planificación de reuniones, organización de los tiempos, etc. 	
Recursos materiales	<p>Material de escritura.</p>

4º Paso: Itinerario personalizado para el emprendimiento	
Objetivos	<p>Crear vínculos de confianza con la persona y su núcleo familiar.</p> <p>Promover alternativas de empleo digno.</p> <p>Obtener habilidades y conocimientos en relación con el emprendimiento.</p> <p>Fomentar el bienestar a través del deseo y el lenguaje.</p> <p>Canalizar las emociones para su correcta regulación.</p> <p>Aumentar las habilidades y recursos para crear redes sociales.</p> <p>Adquirir nuevos medios y herramientas para el bienestar.</p>
Desarrollo	
<p>Una vez tomadas las decisiones, se establece un itinerario personalizado para realizar el diseño del proyecto de emprendimiento y los pasos a seguir dentro de cada idea. Este itinerario es una guía para la planificación temporal y las acciones que se van a llevar a cabo, pero debe realizarse de forma conjunta con la persona usuaria.</p>	
Acciones	
<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciación de necesidad y deseo, basándose en los aspectos distorsionados de la estructura psicótica clínica: deseo y lenguaje. Se realiza a través de clases magistrales y práctica de los conceptos explicados (Véase Anexo 7). • Exploración del deseo laboral. Aquellas actividades laborales que provocan deseo real en la persona, preferiblemente aquellas que aporten emociones benéficas para la persona. Por ejemplo: “me apasiona pintar, me relaja mucho”. Se realizará una diferenciación de deseo y potenciales, para un mejor resultado del emprendimiento (Véase Anexo 8). • Herramientas de organización y planificación del tiempo. Se informará de diferentes técnicas de planificación y organización temporal, para reducir las posibilidades de angustia en el puesto de trabajo. Además, estas técnicas son muy importantes para una persona emprendedora. Gracias a este tipo de técnicas se promueve mecanismos de higiene mental. Organizar las tareas diarias o semanales facilita cumplir los tiempos de descanso y alimentación. Se establecerán los días de reunión entre profesional y usuario/a, siendo un acuerdo flexible. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Canalización y autorregulación emocional. Se realizará a través de diferentes sesiones de autoconocimiento (Véase Anexo 9) y de adquisición de herramientas para la autorregulación (Véase Anexo 10) • Análisis de las habilidades sociales para el emprendimiento, a través de todas las actividades propuestas. Esto se realizará progresivamente, rellenando un informe interno de la persona profesional (Véase Anexo 11), para diferenciar las habilidades deficitarias y aquellas que no eran manifestadas por falta de interés/deseo. • Actuaciones para el manejo de habilidades sociales. Tras el análisis de las habilidades sociales que sería recomendable trabajar, se hablara con la persona usuaria y se mostrará aquellas que se han observado deficitarias y que considera que sería positivo trabajar. La persona usuaria decidirá si está de acuerdo, cuales quiere trabajar y cuales considera que no son necesarias en su caso. 	
Recursos materiales	Materiales de escritura.
5º Paso: Diseño de la idea de proyecto	
Objetivos	<p>Promover alternativas de empleo digno.</p> <p>Obtener habilidades y conocimientos en relación con el emprendimiento.</p> <p>Fomentar el bienestar a través del deseo y el lenguaje.</p> <p>Aumentar las habilidades y recursos para crear redes sociales.</p> <p>Adquirir nuevos medios y herramientas para el bienestar.</p>
Desarrollo	
<p>Esta fase del proyecto está adaptada a cada caso particular. Se trata de la elaboración de la idea de cada persona usuaria. Es una fase compleja de explicar a través de generalización, puesto que depende de las demandas e ideas de cada persona. Por ejemplo: No es igual querer realizar una plataforma online de venta de productos que buscar la grabación de un disco. En el primer caso se realizará un prototipo de la idea, así como un análisis de mercado y en el segundo la realización escrita de un proyecto, para poder pedir financiación - subvenciones, concursos, etc.-.</p>	
Acciones	
<p>No se pueden establecer previamente, puesto que dependen del deseo de emprendimiento de cada persona. Se plantea una estructura a seguir, adaptable a todos los casos.</p>	

Recursos materiales	Dispositivos digitales: preferiblemente ordenador portátil para poder realizar el proyecto en espacios de la comunidad, por ejemplo: cafetería. Material de escritura.
6º Paso: Búsqueda de la autonomía	
Objetivos	Obtener habilidades y conocimientos en relación con el emprendimiento. Fomentar el bienestar a través del deseo y el lenguaje. Aumentar las habilidades y recursos para crear redes sociales. Adquirir nuevos medios y herramientas para el bienestar.
Desarrollo	
Este es el último paso, pero se debe ir realizando a lo largo de todo el proceso, puesto que se busca que la persona pueda ser independiente. Se deben crear materiales -por ejemplo: Guía de resolución de posibles problemas- para que la persona pueda seguirlos e ir resolviendo sus dudas o trabas más frecuentes, de manera independiente y progresiva preparándose para la desaparición de la figura profesional de acompañamiento.	
Acciones	
Las acciones deben ser establecidas según las necesidades individuales de cada persona.	
Recursos materiales	Dispositivos digitales. Material de escritura.

6.5.1 Estructura del emprendimiento

Las acciones que se van a llevar a cabo dependen del emprendimiento de cada persona. Esto no significa que no se pueda presentar una estructura más a o menos general a todos los emprendimientos, como aparece reflejado en la Figura 1. Esta figura representa una plantilla de la estructura del proceso a seguir, que se entregara a la persona usuaria para que conozca en todo momento en que fase se encuentra, que tenga el poder de decisión sobre las tareas que va a realizar de manera autónoma o acompañada por la profesional y comience a responsabilizarse de su emprendimiento.

Cada plantilla, se modifica y adapta al caso concreto de cada usuario/a.

Figura 1. Plantilla de las fases del proceso del diseño de emprendimiento



Fuente: Elaboración propia

7. Análisis y resultados

La propuesta de intervención “La emancipación: un deseo de locos/as”, pretende presentar un proceso innovador para la independización de las personas que han sido diagnosticadas con malestar psíquico grave. Es una propuesta novedosa puesto que rompe los estigmas que también se manifiestan en los entornos de Servicios Sociales y Sanitarios, establece el saber y el poder en la personas que han sido diagnosticadas, llevando al/la profesional a ser un instrumento para su bienestar y emancipación, y no al contrario.

Además, es una propuesta que busca el trabajo comunitario, interdisciplinar e integral de la persona, utilizando metodologías individuales.

7.2 Resultados Caso 1

Los siguientes datos responden a un caso específico, ocultando todo aquello que pueda identificar a la persona.

Datos personales

Género: Hombre

Franja de edad: Adulto joven

EMPREDIMIENTO

Interés por emprender	SI	NO
¿Cómo?	Solitario	Cooperativa
Experiencia similar	SI	NO
¿Cuál? Publicación de un primer disco Conciertos: micro abierto		
Intereses Música Poesía Imagen y sonido		
Formación Cursos no relevantes con su interés de emprendimiento		
¿Posibilidad de autofinanciación?	SI	NO
Certificado discapacidad	SI	NO
Grado		
Beneficiario/a prestación	SI	NO
¿Cuál?		

NECESIDADES

Búsqueda de financiación
Búsqueda de creación de bases musicales
Apoyo emocional en el proceso

En este caso concreto se propuso la realización escrita del proyecto para su posterior presentación a concursos y subvenciones para conseguir su financiación.

Las orientaciones a las que se han llegado de forma consensuada es establecer objetivos de prevención y sensibilización social en torno a la salud mental, puesto que las canciones creadas hablan sobre la propia experimentación del malestar psíquico y la angustia, lo que fomenta la prevención y sensibilización social.

ACOMPañAMIENTO A PERSONAS CON MALESTAR PSÍQUICO

Además, se propuso la participación en algunos concursos televisivos, pero la persona lo rechazó por la exposición pública y el malestar que pueda surgir por ello.

La temporalización que se ha seguido en este caso está reflejada en el siguiente cronograma:

<i>Febrero</i>				<i>Marzo</i>				<i>Abril</i>				<i>Mayo</i>			
Semanas															
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Establecimiento de relación con las persona destinataria															
Exposición de dudas en relación con el emprendimiento															
Toma de decisiones															
Itinerario personalizado para el emprendimiento															
Diseño de la idea de proyecto															
Autonomía															

La temporalización se ha adaptado a las necesidades de la persona, su disponibilidad y su progreso en la implicación de la realización del proyecto.

La fase de toma de decisiones ha sido menor puesto que la persona tenía muy claro su deseo de grabar un disco y con ello todas las implicaciones formativas que puede suponer.

En la actualidad la persona es receptora de otra formación independiente a la musical, por lo que no se realizó asesoramiento en relación con esto, pues es preferible que primero termine la formación empezada. Esto viene justificado por el respeto, no buscar despistar a la persona y evitar posibles sentimientos de fracaso que ponen en riesgo la estabilidad emocional y con ella agudizan el malestar.

7.3 Resultados Caso 2

Datos personales

Género: Mujer

Franja de edad: Adulta

EMPREDIMIENTO

Interés por emprender	SI	NO
¿Cómo?	Solitario	Cooperativa
Experiencia similar	SI	NO
¿Cuál?		
Intereses Moda Patronaje Diseño		
Formación Patronaje		
¿Posibilidad de autofinanciación?	SI	NO
Certificado discapacidad	SI	NO
Grado	Certificado del 75%	
Beneficiario/a prestación	SI	NO
¿Cuál? Pensión no contributiva por invalidez		

NECESIDADES

Asesoramiento en relación con la prestación
Aprendizaje a la realización de una página web
Apoyo emocional en el proceso

En este caso, la persona usuaria tenía muy claro su proyecto de emprendimiento: realizar una tienda online para la venta de productos personalizados realizados por ella.

Se propuso realizar una página web a través de una plataforma gratuita, pero la propia usuaria estableció qué tipo de plataforma quería y no tener inconveniente para pagar una cuota mensual. Se acordó el apoyo y acompañamiento en la realización de la página web, siempre que mostrase interés y aprendizaje para poder hacerlo de manera independiente en un futuro.

Del mismo modo, se necesitó aclarar dudas en relación con la pensión percibida por miedo a perder esa cuantía sin aun tener ingresos propios.

ACOMPañAMIENTO A PERSONAS CON MALESTAR PSIQUICO

La temporalización que se ha seguido en este caso está reflejada en el siguiente cronograma:

<i>Febrero</i>				<i>Marzo</i>				<i>Abril</i>				<i>Mayo</i>			
Semanas															
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Establecimiento de relación con las persona destinataria															
Exposición de dudas en relación con el emprendimiento															
Toma de decisiones															
Itinerario personalizado para el emprendimiento															
Diseño de la idea de proyecto															
Autonomía															

La temporalización se ha adaptado a las necesidades de la persona, su disponibilidad y su progreso en la implicación de la realización del proyecto.

La fase de dudas ha sido más amplia que en otros casos, por varias cuestiones:

- Dudas en relación con la prestación no contributiva de la que es beneficiaria.
- Interés por la formación de una cooperativa, que más tarde se desechó por cuestiones personales en su sufrimiento psíquico.
- Dudas en relación con los tramites a realizar y la posibilidad de financiación.

La persona del caso 2 necesito mayor fomento en autonomía por las dificultades tecnológicas y por miedos intrínsecos -por ejemplo, propuso que fuese su gestora de la página web porque consideraba que no iba a poder realizarlo de forma autónoma-.

7.4 Análisis DAFO

Tal y como ya se ha señalado, esta Propuesta de intervención se ha llevado a la práctica a través del Prácticum Profundización en el C.I.C., Esta fase, ha sido autoevaluada a través de un análisis DAFO, estableciéndose como punto de partida para la propia valoración de la intervención de acompañamiento al emprendimiento, así como para elaborar propuesta de líneas de mejora de la intervención.

DEBILIDADES	AMENAZAS
Escasa formación en marcos teóricos de estructuras clínicas.	Las personas son beneficiarias de prestaciones económicas con condiciones muy restrictivas en relación con el empleo.
Tiempo muy limitado para poder realizar la intervención.	Las familias sobreprotectoras y/o autoritarias.
Conocimientos básicos sobre prestaciones, subvenciones, etc.	
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
La actitud profesional y personal, en relación con el proyecto y las personas.	Las personas que se involucraron en el proyecto realmente tenían interés y motivación por realizarlo. Gran implicación en el trabajo realizado.
Experiencia laboral en el ámbito de la salud mental.	Las familias que prestan apoyo y motivación.
Pasión el trabajo de la Educación Social.	Instituciones públicas que me han respaldado y apoyado: Universidad de Valladolid, Hospital Universitario del Río Hortega, etc.
Gran disponibilidad para el acompañamiento a las personas.	
Relación previa con las personas.	

7.5 Resultados del servicio “Emancipación: un deseo de locos/as”.

La evaluación de la intervención se ha realizado a corto plazo, tanto por parte de los/las usuarios/as de la intervención realizada a través de un cuestionario (Véase Anexo 12), como por la parte profesional, observando el progreso de las personas usuarias, su compromiso, interés e implicación.

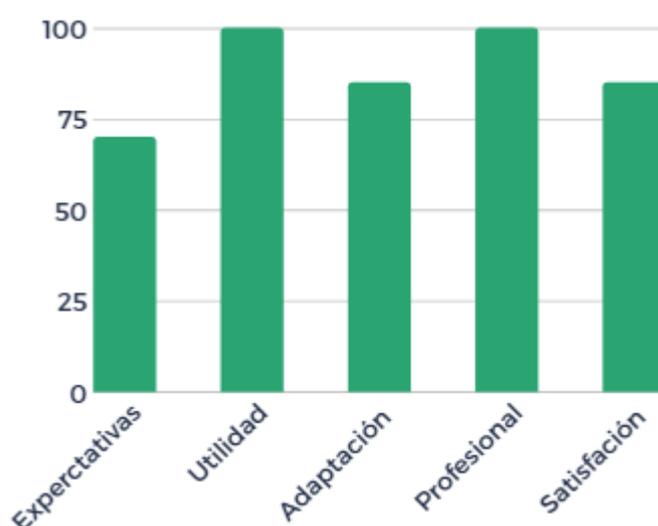
Los resultados de eficacia de esta intervención se podrán evaluar a largo plazo, a través del progreso del emprendimiento de cada persona.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos tanto a través del cuestionario de satisfacción (Figura 1), así como de la evaluación interna profesional realizado a través de la

observación (Figura 2) y la valoración de las actitudes profesionales manifestadas a lo largo del proceso por parte de las personas usuarias con las que se ha realizado la intervención.

En la Figura 1 se pueden observar altas puntuaciones en relación con la valoración de los y las usuarias que han sido beneficiarias de la intervención. Cabe destacar que, en las preguntas abiertas, se justificó que las expectativas y la satisfacción no habían sido cubiertas al 100%, por la temporalización, manifestando necesidad de continuar con el acompañamiento, hacia la puesta en marcha. En relación con la utilidad y la actitud de la persona profesional, se obtuvo gran satisfacción, puesto que se adaptó la intervención a sus demandas y deseos. El apartado de adaptación hace referencia a la disponibilidad, siendo en ocasiones escasa por los horarios de Prácticum y la intervención en otras actividades del C.I.C.

Figura 1. Resultados del cuestionario de satisfacción de la intervención “La emancipación: un deseo de locos/as”



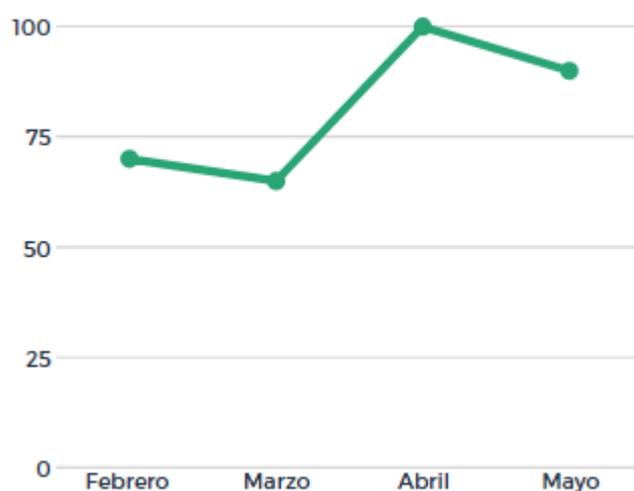
Fuente: Elaboración propia

La Figura 2, refleja la justificación de los resultados de la intervención, realizada a través de la observación profesional. Se ha podido ver que las personas han progresado de forma notable a lo largo del proceso, valorándose su interés, motivación y responsabilidad, así como su actitud por aprender y por trabajar. En el mes de marzo existe una pequeña caída, puesto que las personas con las que se realizó la intervención, de forma general, tenían unas expectativas económicas y de financiación, que se tuvieron que aclarar, puesto que consideraban que habría mayor facilidad. Tras esta resolución de dudas y creencias erróneas, su motivación y actitud de trabajo volvió a subir de manera notable, observándose una gran

implicación en sus proyectos según se iba avanzando y constatando sus grandes potenciales y capacidades.

Cabe destacar en relación con la actitud, que es una estimación general y que cada persona es diferente y única, y sus estados ánimos o circunstancias personales, condicionan tanto el progreso como el proceso de emprendimiento.

Figura 2. Evolución de las personas destinatarias durante el proceso de emprendimiento



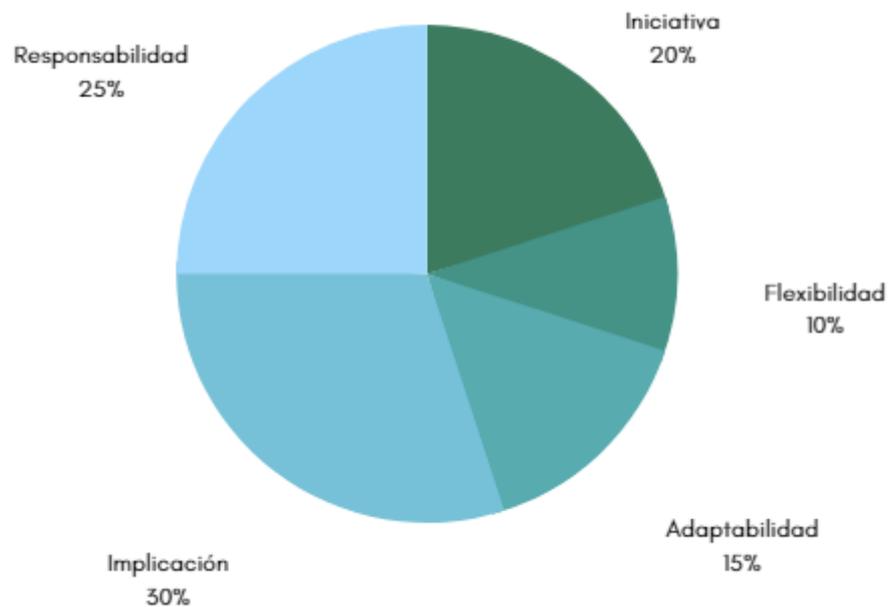
Fuente: Elaboración propia

En la Figura 3 se reflejan aquellas actitudes y aptitudes esenciales para ser emprendedor/a. Una breve explicación de estas, según los casos con los que se ha trabajado, son:

- Responsabilidad. Se ha observado una gran responsabilidad en el momento de organizar y planificar las tareas, pero no del tiempo establecido. Se ha observado la necesidad de trabajar cuestiones como la puntualidad, pero han ido mejorando a lo largo del tiempo.
- Implicación. Las personas con las que se ha trabajado han mostrado gran implicación en la intervención, respondiendo con actitud positiva y gran interés por mejorar sus proyectos. Es importante señalarlo, porque en esto se desmiente falsos prejuicios sobre la motivación en las personas con malestar psíquico grave. Han mostrado gran capacidad para la perseverancia.
- Adaptabilidad. Es una actitud que aún esta carente, puesto que en ocasiones se han mostrado dificultades para comprender porque había que posponer una reunión, etc.

- Flexibilidad. Al igual que la adaptabilidad, se debe trabajar esta actitud por falta predisposición hacia la presentación de alternativas. Por ejemplo: una persona quiere realizar una tienda online con una plataforma concreta, siendo está de pago. Se propone utilizar una plataforma gratuita o más barata, hasta que el emprendimiento avance, por sus circunstancias económicas.
- Iniciativa. Las personas con malestar psíquico grave, se ha observado que no tiene carencias en la iniciativa, sino que esta ha sido minada a lo largo de su proyecto de vida tras el diagnóstico. Preguntan, piden permiso, etc. hasta que se motiva a la persona a tomar la iniciativa, a confiar en sí misma y a la autodeterminación.

Figura 3. Actitudes y aptitudes para el emprendimiento manifestadas por las personas con las que se ha intervenido



Fuente: Elaboración propia

6. CONSIDERACIONES FINALES

Este TFG ha querido analizar las posibilidades de emancipación económica de las personas con malestar psíquico grave desde la intervención con la Educación Social.

Se ha podido observar y constatar mediante el diálogo, que las personas con malestar psíquico grave y prolongado que se encuentran en situación de desempleo -por jubilación o falta de contratación-manifiestan la necesidad de ocupar su tiempo, de tener independencia, tranquilidad y relaciones sociales.

Como se ha señalado a lo largo de este trabajo, la inserción en el mercado laboral de las personas con malestar psíquico es muy baja, ya sea por factores exógenos -falta de contratación- como por factores endógenos -necesidad de adaptaciones subjetivas, como son los horarios-.

Ante estas necesidades, se planteó, para empezar, la intervención de acompañamiento a la persona que ha sido diagnosticada, y se observó la necesidad de la acción pedagógica con el núcleo familiar.

Los núcleos familiares, de forma general, muestran interés en entender a la persona y apoyarla, pero con el condicionante del miedo expresado en sobreprotección o autoritarismo hacia la persona. Las familias necesitan entender y diferenciar la locura del malestar, así como ser atendidas educativamente para subsanar dichas necesidades y ser un factor facilitador del proceso de emancipación de su familiar.

El acompañamiento, se plantea desde el emprendimiento, siendo una alternativa que facilita la subsanación de los factores exógenos y endógenos. Esta opción de empleo se plasma como una metodología en búsqueda del bienestar social y psíquico de la persona, puesto que las acciones abordan cuestiones de gran importancia psíquicamente: el lenguaje y el deseo. En relación con estos dos conceptos, cabe destacar la necesidad que existe en el/la educadora social aprender y enriquecer las intervenciones con los marcos teóricos de la psicología clínica, puesto que facilitarían la autodeterminación, emancipación y el bienestar de la persona.

En último lugar, y no menos importante, se debe tener en cuenta el análisis conceptual realizado, puesto que puede causar cierta controversia. El lenguaje debe acercarse a la realidad de la persona, y no la persona a la conceptualización técnica de su malestar. Esto viene dado, como se ha dicho anteriormente, por el reconocimiento y la legitimización profesional de las disciplinas, que buscan su estatus en el positivismo, alejándose de la persona que pide ayuda. Se debería cuestionar las intervenciones en materia de Salud Mental, y comenzar a debatir si

estas promueven la eliminación del estigma y la independencia, o son meras aliadas de modelos paternalistas que buscan proteger a la sociedad del/la loco/a, y viceversa, como en el siglo XIX.

Si la realidad, es que las personas que han sido diagnosticadas – al igual que las que no necesitan socializarse, sentir apoyos y compañía, pero a su vez manifiestan escasez de oportunidades laborales, la evolución debe encaminarse a considerar los potenciales individuales de cada persona y enfocarlos hacia el emprendimiento, puesto que esto puede ser el medio para el bienestar y la eliminación del estigma de la locura, avanzando como sociedad en cuestiones obsoletas dignas del desconocimiento.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9.1 Bibliografía

ASEDES (2007). Catálogo de funciones y competencias. Madrid: Asociación Estatal de Educación Social (ASEDES).

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Buenos Aires: Panamericana.

Bargsted, M. (2013). El emprendimiento social desde una mirada psicosocial. *Revista Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 13(25), 121-132.

Cano, A. M^a. (2012). Salud mental y bioética. En A. M^a. Marcos del Cano y G.Topa (Eds.), *Salud mental comunitaria*, 453-484. Madrid: UNED.

Colina, F. y Martin, L. (2018). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Aso. Esp. Neuropsiquiatría
Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.

Cosme, A. (2013). La figura del Educador Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria: el amor por la pregunta y la construcción del caso en red. *Norte de salud mental*, 11(45), (pp. 33-39).

Foucault M. (1997). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Luque R y Villagrán J. (2000) Concepto de salud y enfermedad en psicopatología. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta.

Machado, J., Echeverri, L., Londoño, M., Moreno, P., Ochoa, S., y Ruiz, J. (2014). Factores económicos, sociales y culturales asociados con la automedicación. *Biomédica*, 34(4), 580-8. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v34i4.2229>

Marinoff, L. (2019). *Más Platón y menos Prozac*. Madrid: Ediciones B.

OMS (2003). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10ª ed. Washington: Organización Mundial de la Salud.

Tizón, J. (2014). *Entender la psicosis*. Barcelona: Herder.

9.2 Webgrafía

[Documento] AVIFES (2014). *La familia en AVIFES*. Confederación de Salud Mental España. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/AVIFES-APUNTES-FAMILIAS.pdf>

[Documento] IMSERSO (2019). *Pensiones no contributivas 2019*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Recuperado de <https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/fpnc.pdf>

Cabal, L.F (2012). ¿Qué es la familia? Ética Básica. Recuperado de <http://eticaescuelanaval.blogspot.com/> [Consultado: 10 de abril de 2019].

Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, del 4 de noviembre de 1950. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 243, de 10 de octubre de 1979, pp. 1979-24010. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1979/10/10/pdfs/A23564-23570.pdf>

España, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 102, pp. 1986-10499. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

España, Ley 6/2018, de 3 de julio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2018. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 161, pp. 66621-67354. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-9268>

Ferrández, F. (2007). La melancolía, una pasión inútil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(nº1) 161-167. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100015

- Formichella, M.M. (2004). El concepto de emprendimiento y su relación con la educación, el empleo y el desarrollo local. Buenos Aires. Recuperado de <http://municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/MonografiaVersionFinal.pdf>
- Funk, M., Drew, N., Bendetto, S., Freeman, M., Arboleda, J., Cooper, J., ... (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre la Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf
- INE (2017). Defunciones según la Causa de Muerte 2017. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/edcm_2017.pdf [Consultado: 8 de febrero de 2019].
- INMSERSO (2018). Dossier Informativo Día Mundial de la Salud Mental. Recuperado de https://blogcreap.imserso.es/wp-content/uploads/2018/09/DP-Creap_D%C3%ADa-Mundial-Salud-Mental-2018-3.pdf
- Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 103, de 30 de abril de 1977, pp. 9343 a 9347. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-10734
- Martín, L. (2015). En búsqueda de la realidad individual del síntoma. Tira los muros. Recuperado de <https://tiralosmuros.blogspot.com/2015/01/laura-martin-lopez-andrade-tira-los.html> [Consultado: 8 de abril de 2019].
- Martín, L. (2017). Manual de instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo. *E-Atopos* 3(2), 104-128. Recuperado de <http://www.atopos.es/images/eatopos3/6eatopos3.pdf> [Consultado: 7 de marzo de 2019].
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Encuesta Nacional de Salud. España 2017 (Nota Técnica). Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf

- Montero, R. (2018). El Día del Orgullo Loco. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2018/03/05/eps/1520249311_918672.html [Consultado: 17 de abril de 2019].
- Murru, A., Pacchiarotti, I. (2019) Athena-Barcelona. Recuperado de <https://athenabcn.weebly.com/la-salud-psiacutequica.html> [Consultado: 20 de marzo del 2019].
- Organización de las Naciones Unidas (2015). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Documentos básicos* (45° ed.) 1-18. Recuperado de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2019). Objetivos Desarrollo Sostenible. Recuperado de <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Puig, S. (2013). Medicalización de la vida cotidiana. *L'Interrogant*. 12 (1). Recuperado de <http://revistainterrogant.org/medicalizacion-la-vida-cotidiana>
- Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la lengua española* (23 ed.). [versión 23.2 en línea] Recuperado de <https://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Real Decreto 1851/2009, de 4 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 161 bis de la Ley General de la Seguridad Social en cuanto a la anticipación de la jubilación de los trabajadores con discapacidad en grado igual o superior al 45 por ciento. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 307, de 22 de diciembre de 2009, pp. 108161 a 108163. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-20652>
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueban el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 289, de 3 de diciembre de 2013, pp. 95635 a 95673. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-12632>

- Saiz Galdós, J., & Chévez Mandelstein, A. (2009). La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Transtorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Psychosocial Intervention*, 18(1), 75-88. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v18n1/v18n1a09.pdf>
- Sánchez, A. (2003). *Filosofía de la praxis 1980*. (1º Ed.) Barcelona: Edición crítica. Recuperado de http://www.habilidadesparaadolescentes.com/archivos/Filosofia_de_la_praxis_Adolfo_Sanchez_Vazquez.pdf
- Sarramona, J. (1982) Principios que justifican la metodología no formal en la educación de adultos. *Educación*, N. 1 (1982) p. 49-60. DOI 10.5565/rev/educar.603 <<https://ddd.uab.cat/record/29490>> [Consultado: 16 febrero 2019].
- Tarafa, G. y Berbel, S. (6 de febrero de 2017). Salud mental y empleo: primero las personas. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/ccaa/2017/02/05/catalunya/1486322477_306543.html [Consultado: 12 de marzo de 2019].
- Tarí, A. y Dozza, L. (1995). Estrategias asistenciales para pacientes graves: un intento de conceptualización. *Área 3. Cuádranos de temas grupales e institucionales* 3(96), 1-17. Recuperado de <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-3-Estrategiasasistenciales-LDozzayATar%C3%AD.pdf>
- TEDx Talks (27 de octubre 2014). Psiquiatría, locura y sociedad. Saberes imperfectos | Laura Martín López-Andrade | TEDxValladolid [Archivo de Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=slQQQSVyJw&t=174s>
- Urriolagoitia, Gabriela. (2012). LA ESTRUCTURA DE LA PSICOSIS COMO CONSECUENCIA DE LA FORCLUSIÓN DEL NOMBRE-DEL-PADRE. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 10(2), 163-171. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612012000200003&lng=es&tlng=es. [Consultado:21 de mayo de 2019].
- Zambrano Valdivieso, O., Almeida Salinas, O., Rodríguez Serrano, K., Vargas Ramírez, I., & Silva Prada, D. (2018). Innovación disruptiva, estrategia de inclusión al emprendimiento social. *Inclusión & Desarrollo*, 6(1), 33-46. Recuperado de <https://doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.6.1.2019.33-46>

10. ANEXOS

Anexo 1. Clasificación del malestar psíquico grave

El presente Anexo, busca aclarar las personas destinatarias según las clasificaciones diagnósticas en salud mental, como se refleja en la Tabla 1. Cabe destacar, que es por merca aclaración conceptual, puesto que la ética que sigue el presente trabajo es centrarse en la persona y no es su diagnóstico, al menos según las clasificación diagnósticas médicas.

El malestar psíquico grave, generalmente denominado Trastorno Mental Grave, se refiere al conjunto de diagnósticos clínico-psicótico, aunque también se incluyen otros diagnósticos relacionados, a excepción de los orgánicos. No solo el establecimiento de un diagnóstico es suficiente para establecer la gravedad; la sintomatología que recoge cada uno de los tipos de malestar psíquico grave debe estar presente mínimo durante dos años, y/o presentar un deterioro significativo en las áreas personales, sociales, laboral y/o familiar, durante los últimos seis meses (Grupo de trabajo de la GPC de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

La referencia conceptual a la que se puede acoger dicho termino, y que es mayor consenso posee, es la definición del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (1987) “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.

Las clasificaciones diagnósticas que se presentan son el DSM-V (2005) y el CIE-10 (1994), puesto que son las más utilizadas, tanto en el ámbito clínico como en el académico.

Tabla 1 Tipología de diagnósticos de malestar psíquico grave

<u>DSM-V</u>	<u>CIE-10</u>
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Trastornos esquizofrénicos
	Trastorno esquizotípico
	Trastornos delirantes persistentes
	Trastornos delirantes inducidos
	Trastornos esquizoafectivos
	Otros trastornos psicóticos no orgánicos
Trastorno bipolar y otros trastornos relacionados	Trastorno bipolar. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.	Trastornos depresivos graves recurrentes. Trastorno obsesivo compulsivo.

Datos recogidos de los Manuales Diagnósticos DSM-V y CIE-10. Fuente: Elaboración propia

La tabla recoge los nombres que reciben los diagnósticos que se establecen tras la utilización de estos manuales diagnósticos en las consultas médicas. Están realizados desde un enfoque positivista, sin tener en cuenta la subjetividad individual, pero son los términos más conocidos por la población en general.

Se hace referencia a los manuales diagnósticos puesto que la terminología que les es propia es la conocida de forma general por la sociedad. Pero para el trato con las personas, desde la Educación Social, tiene mayor utilidad conocer y comprender las estructuras clínicas del Psicoanálisis Lacaniano, explicado brevemente en el apartado 4.2 Persona con malestar psíquico grave.

Anexo 2. Pensiones no contributivas

Las pensiones no contributivas son las prestaciones a la que tienen posibilidad de acceder aquellas personas que residan legalmente en España y que no hayan cotizado a la Seguridad Social o que el tiempo de cotización sea inferior al mínimo establecido para acceder al derecho de pensiones contributivas. Además, deben de carecer de recursos económicos para su subsistencia.

Dentro de las pensiones no contributivas, existen dos tipologías: jubilación e invalidez. El presente trabajo se centra en las pensiones no contributivas por invalidez en Castilla y León, como cumplimiento de la Ley de Integración Social de las personas con discapacidad, a la que se acogen las personas que han sido diagnosticadas con malestar psíquico grave y se las ha realizado un certificado de discapacidad. Las prestaciones dentro de esta tipología son:

- Prestaciones económicas:
 - Subsidio de garantía de ingresos mínimos.
 - Subsidio por ayuda de tercer apersona.
 - Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte.
- Prestaciones técnicas:
 - Asistencia sanitaria
 - Prestación farmacéutica.

En la Tabla 1 pueden observarse los requisitos para la solicitud de las prestaciones no contributivas por invalidez. Cabe destacar la que el baremo económico es diferente según el número de componentes de la unidad familiar de convivencia.

Tabla 1 *Requisitos de solicitud de la pensión no contributiva por invalidez*

<u>Ingresos económicos</u>	<u>Residencia</u>	<u>Edad</u>	<u>Discapacidad</u>
Máximo 5.488,00 euros anuales.	Territorio español durante 5 años, siendo 2 de ellos consecutivos y justo anteriores a la fecha de solicitud.	Tener mínimo 18 años y máximo 65 años.	Estar en posesión del certificado de discapacidad mínimo 65%.

Datos extraídos del Informe del IMSERSO (2019). Fuente: Elaboración propia.

Es importante señalar la cuantía económica que puede percibirse es como mínimo 1.372,00 euros anuales y máxima de 5.488,00 euros anuales (IMSERSO, 2019). Esto supone que la franja de ingresos recibidos de manera mensual puede ir desde los 98,00 euros a los 392,00 euros. Se debe señalar, que la cuantía íntegra – 392,00 euros/mensual- puede incrementarse con un complemento del 50% si se acredita una necesidad de apoyo en actividades esenciales de la vida diaria y estar en posesión de un certificado que refleje un mínimo del 75% de discapacidad. Esto supone un ingreso de 588,00 euros mensuales (IMSERSO, 2019). Se puede observar que las cuantías económicas no llegan al Salario Mínimo Interprofesional -SMI- mensual establecido en España actualmente, 900 euros, publicado en Real Decreto 1462/2018, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Es necesario señalar que esta prestación no es incompatible con el desarrollo de actividad laboral, lucrativa o no lucrativa, pero sí es condicionante. Si la persona que percibe este subsidio quiere compatibilizar el empleo y la pensión, hasta tener solvencia económica, debe tener en cuenta que la suma del sueldo recibido y la cuantía económica de la pensión no deben superar el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples -IPREM-. (Véase Tabla 2). Si esto fuese así se reducirá la pensión en el 50 por 100 del exceso, puesto que la suma de la pensión y de los ingresos no pueden superar 1,5 veces dicho impuesto (IPREM, 2019).

Tabla 2 Límites económicos máximos del IPREM 2019

IPREM Mensual	537,84 euros
IPREM Anual (12 pagas)	6.454,03 euros
IPREM Anual (14 pagas)	7.519,59 euros

Datos extraídos del BOE, núm 307, de 22 de diciembre de 2009. Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar, nuevamente que la suma total de ingresos percibidos puede ser deficitario, por lo que es un condicionante importante para tener en cuenta, si realmente es una prestación que promueve la independencia o continúa reproduciendo modelos de caridad, que sigue llevando a los riesgos de la exclusión social.

Anexo 3. PACE

Para la utilización de la metodología de Asistencia Personal para la Vida en comunidad, se debe tener en cuenta siempre sus principios recogidos en la Guía para recobrar la vida a nuestro propio ritmo: PACE (2006). Estos son:

1. Las personas que han sido diagnosticadas pueden volver a tener una vida completa y plena.
2. La etiqueta “Enfermedad mental” es un mero clasificador de una angustia emocional severa que obstaculiza el rol social de la persona.
3. Para recobrar su proceso de vida, el pilar fundamental es la confianza de la propia persona y las otras.
4. Se debe acompañar a la persona en la consecución de sus propios sueños y metas.
5. La desconfianza deriva en procesos de control y coerción, incompatibles con la emancipación.
6. Promover la autodeterminación es una cuestión básica para la emancipación.
7. Creer en la persona y en su proceso de emancipación.
8. Respetar los derechos de la persona con malestar psíquico.
9. Las relaciones humanas y la expresión y seguridad emocional son esenciales para la emancipación.
10. Entender que la angustia severa tiene un significado y utilidad facilita la emancipación.

Anexo 4. Cronograma de la intervención realizada

Se debe tener en cuenta, que esto es un ejemplo generalizado, puesto que se ha adaptado a las necesidades de cada persona.

	<i>Febrero</i>				<i>Marzo</i>				<i>Abril</i>				<i>Mayo</i>			
	<i>Semanas</i>															
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Establecimiento de relación con la persona destinataria																
Acogida e información																
Vinculación																
Exposición de dudas en relación con el emprendimiento																
Entrevista																
Resolución dudas																
Toma de decisiones																
Decisiones																
Compromiso y responsabilidad																
Itinerario personalizado para el emprendimiento																
Necesidad Vs. Deseo																
Exploración deseo																
Organización y planificación																
Canalización y autorregulación emocional																
Análisis Habilidades sociales																
Manejo habilidades sociales																
Diseño de la idea de proyecto																
Idea de emprendimiento																
Mercado al que se destina																
Diseño del producto o servicio																
Tramitación de documentación																
Establecimiento legal como emprendimiento																
Puesta en marcha																
Autonomía																
Aumentar las tareas asignadas																
Acciones autónomas																
Realización de la guía personalizada																

Anexo 5. Entrevista de acogida

Se presenta el formulario que debe rellenar la persona profesional en relación con el/la usuario/a que está interesado/a en el servicio, por medio de la primera entrevista.

SERVICIO EMANCIPACIÓN

DATOS PERSONALES			
Nombre:	Apellidos:		
Edad:	Lugar de nacimiento:		
Domicilio:	Nº Teléfono:		
E-mail:			
Estado Civil:	Permiso de conducir	SI	NO

INFORMACIÓN DE CERTIFICACIÓN DISCAPACIDAD			
Certificado Minusvalía	SI	NO	Porcentaje:
Vigencia del certificado	Definitivo		Temporal
Fecha de revisión:	Prestación:		
ESTUDIOS			
Título de Secundaria	Si	No	Sin finalizar
Observaciones:			
Título de Bachillerato	Si	No	Sin finalizar
Observaciones			
Formación Profesional	Si	No	Sin finalizar
Observaciones:			
Formación Universitaria	Si	No	Sin finalizar
Observaciones:			
Cursos	Si	No	Sin finalizar
Observaciones:			

ACOMPañAMIENTO A PERSONAS CON MALESTAR PSIQUICO

Intereses formativos:				
EMPLEO				
Situación actual	Desempleo	Activo	En búsqueda	
Trabaja				
Tipo de empresa	Ordinaria	CEE	Autónomo/a	
Sector:				
Primer empleo	Sí	No	Remunerado	
EXPERIENCIA LABORAL				
Empresa	Puesto	Funciones	Fecha inicio	Fecha fin
INTERESES LABORALES				
Emprendimiento		Por cuenta ajena		
Sector:		Preferencias		
Intereses:		Aficiones:		

Anexo 6. Contrato de compromiso

Contrato de compromiso

Partes contratantes

PERSONA BENEFICIARIA

Nombre: _____ Apellidos: _____
DNI: _____ Dirección: _____

PERSONA PROFESIONAL:

Nombre: _____ Apellidos: _____
DNI: _____ Dirección: _____

PERSONA BENEFICIARIA

Bajo el presente contrato me comprometo a:

- Respetar los horarios establecidos acordados por las dos partes.
- Avisar en caso de necesidad de anular la cita.
- Cumplir los acuerdos en relación al itinerario de empleo
- Respetar las actividades planificadas. En caso de no estar de acuerdo, manifestarlo de forma respetuosa y cordial.
- Respetar el horario laboral de la profesional.
- Comprender y respetar que la profesional atiende a más casos.

PERSONA PROFESIONAL

Bajo el presente contrato me comprometo a:

- Respetar los horarios establecidos acordados por las dos partes.
- Avisar en caso de necesidad de anular la cita.
- Cumplir los acuerdos en relación al itinerario de empleo.
- Respetar el derecho a decidir de la persona beneficiaria.
- Prestar la mayor disponibilidad de horario que se pueda y necesite.

Firman las partes:

En _____ a _____ de _____ del _____



Anexo 7. Cuestionario: ¿Qué necesito? ¿Qué deseo?

Con este cuestionario se hace reflexionar a la persona; se evalúa si lo explicado en otras sesiones ha sido asimilado y se observa si existen deseos identificables sobre los que empezar a trabajar.

NECESITO...DESEO...

¡RECUERDA! LA NECESIDAD ES ALIMENTARSE
EL DESEO UNA HAMBURGUESA

NECESIDADES	DESEOS
●	●
●	●
●	●
●	●
●	●
●	●
●	●
●	●
●	●
●	●

¿QUÉ ES LO QUE MÁS DESEO? EN GENERAL

DESEOS EN RELACIÓN CON EL TRABAJO

Anexo 8. Exploración del deseo

Una de las acciones a realizar en la fase “Itinerario personalizado de emprendimiento”, es la exploración del deseo profesional, conocer aquello que a la persona la apasiona y no tiene consecuencias negativas en su bienestar. Esto se realiza a través de diversas sesiones, para conocer si es un deseo propio o adquirido de otras personas. Una de las actividades es “Explorándonos”, realizándose entre la persona usuaria y la profesional, siendo el medio para la indagación del deseo.

¿POR QUÉ NECESITAS
TRABAJAR?

¿CUÁL ES TU
MOTIVACIÓN
PARA
EMPENDER?

EXPLORANDONOS

¿EN QUE ÁMBITO QUIERE EMPENDER?

SI NO NECESITASES TRABAJAR, ¿A QUÉ DEDICARÍAS TU TIEMPO?

PROS DEL ÁMBITO DE EMPRENDIMIENTO ELEGIDO

CONTRAS DEL ÁMBITO DE EMPRENDIMIENTO ELEGIDO

¿QUÉ ESPERAS DEL TRABAJO?

ACTIVIDADES QUE TE APASIONEN

TÚ IDEA DE EMPRENDIMIENTO ¿TE RELAJA?

¿QUÉ ACTIVIDADES TE PRODUCEN FELICIDAD?

DENTRO DE 10 AÑOS ¿TE VES TRABAJANDO EN TU
EMPRENDIMIENTO?

¿QUE CONCLUSIONES SACAS DE ESTAS PREGUNTAS?

Anexo 9. Técnicas de autoconocimiento

Existen diversidad de técnicas para el autoconocimiento. En este Anexo, se plantea el ejercicio “La rueda de la vida”, siendo uno de los que se realizaría.

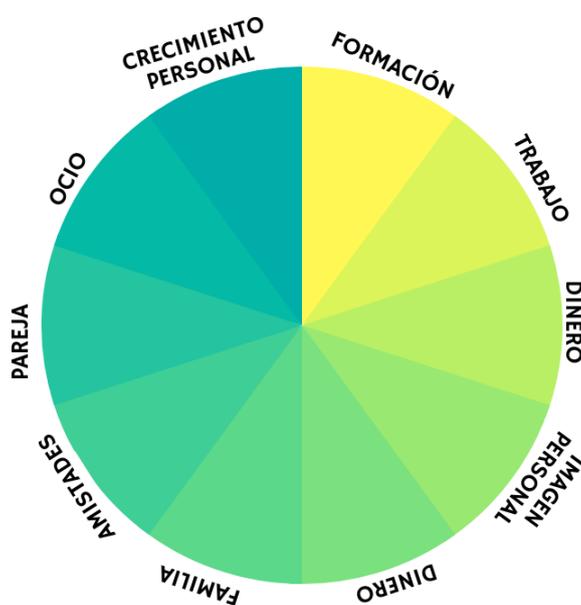
En este ejercicio se busca ser consciente de a que se ámbitos se da más valor y si realmente se está conforme con el tiempo que se invierte en cada apartado.

El ejercicio se va a dividir en tres partes, utilizando la Figura 1:

- Se debe asignar un punto en cada una de las secciones del círculo en relación con la importancia/valor que se otorga. Este punto establece un significado numérico, de tal forma que 1 sería muy bajo estaría cercano al eje central del círculo y 10 sería muy alto estaría cercana a la palabra que define la sección. Esto se realizará con color negro y se unirán los puntos.
- A continuación, del mismo modo, pero con color rojo, se debe asignar un punto en cada una de las secciones del círculo en relación el tiempo que se otorga semanalmente. Este punto establece un significado numérico, de tal forma que 1 sería muy bajo estaría cercano al eje central del círculo y 10 sería muy alto estaría cercana a la palabra que define la sección. Una vez establecido se unirán los puntos.

Para finalizar, se reflexionará de forma conjunta si está en equilibrio la rueda, y si no es así porqué y que cambios se quieren introducir.

Figura 1. *Plantilla de ejercicio Rueda de la vida*



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 10. Herramientas para la regulación emocional

Estas sesiones están destinadas a que la persona descubra aquellas actividades y hábitos que hagan que se encuentre mejor tanto física como social y psíquicamente, como podría ser el deporte. Además, son hábitos que van a beneficiar a la persona a la hora de desempeñar sus funciones emprendedoras. Por ejemplo: dormir las horas necesarias, reduce las posibilidades de estrés en el puesto laboral.

La plantilla presentada, es un ejemplo del sistema de retos para conseguir hábitos saludables que promuevan un mejor bienestar. La persona profesional de referencia debe acompañar a la persona usuaria en estos retos, promoviendo el aprendizaje por modelado.

RETOS SEMANALES: MARZO



SEMANA	ACTIVIDAD
1	<i>Comer dos piezas de fruta de temporada todos los días</i>
2	<i>Andar todos los días como mínimo media hora seguida</i>
3	<i>Meditación-relajación antes de dormir</i>
4	<i>Dormir antes de las 12.00 p.m y despertarse aproximadamente a las 8.00 a.m</i>

LOGRADOS

CASI LOGRADOS

Anexo 11. Plantilla para el análisis de habilidades sociales para el emprendimiento

Aquí se refleja el informe de análisis de habilidades que la persona usuaria utiliza de forma correcta no utiliza o debe mejorar, como se puede observar en la Figura 1. Se realiza este análisis para observar el progreso a lo largo de todo el proceso, y considerar que habilidades no utilizaba por falta de deseo o cuales es necesario mejorar y trabajar para tener una mejor inserción en el mercado laboral como persona emprendedora.

INFORME DE ANALISIS

HABILIDADES SOCIALES-LABORALES
Nombre:



HABILIDAD SOCIAL	BIEN	MEJORAR	MAL
Lenguaje verbal	✓		
Lenguaje no verbal		✓	
Escucha			
Resolución			
Toma de iniciativa			✓
Aceptación / Realización de críticas			

MÁS HABILIDADES A VALORAR/OBSERVACIONES

EVOLUCIÓN EN EL PROCESO



La gráfica debe ir marcando cuando se vea una manifestación que se mantiene en el tiempo de forma progresiva

Anexo 12. Cuestionario de satisfacción

CUESTIONARIO SATISFACIóN

RESPONDE LAS PREGUNTAS Y MARCA LAS ESTRELLAS SEGúN TU SATISFACIóN (5 MUY SATIFECHO/A CON EL SERVICIO 1 NADA SATISFECHO/A

NAME

¿CONSIDERAS QUE HA SIDO DE UTILIDAD?
¿QUÉ MEJORARÍAS?

¿SE HA ADAPTADO A TUS NECESIDADES?

¿HA CUMPLIDO TUS EXPECTATIVAS?

¿CóMO VALORARÍAS A LA PROFESIONAL?

NIVEL DE SATISFACIóN

