



---

# **Universidad de Valladolid**

## **Facultad de Educación y Trabajo Social**

### **Trabajo de Fin de Grado**

### **Grado en Educación Social**

### **Título del Trabajo Fin de Grado: La Asistencia Personal Vinculada al Deporte en Salud Mental**

Presentado por:

***Cynthia Rodríguez Conde***

Tutelado por:

***M.ª Julia Alonso***

*Valladolid, 15 de junio de 2022*

Antes de comenzar con el desarrollo del presente trabajo, se pretende informar al lector de que la redacción de dicho documento respeta al lenguaje no sexista.

# ÍNDICE

ÍNDICE .....	3
ÍNDICE FIGURAS .....	5
ÍNDICE DE TABLAS .....	6
RESUMEN.....	8
PALABRAS CLAVE.....	8
ABSTRACT.....	8
KEY WORDS .....	9
AGRADECIMIENTOS .....	10
1.INTRODUCCIÓN .....	11
2.JUSTIFICACIÓN .....	12
3.OBJETIVOS .....	16
4.FUNDAMENTACIÓN TEORICA.....	17
4.1. SALUD MENTAL.....	17
4.1.1. <i>Conceptualización de la Salud Mental</i> .....	17
4.1.2. <i>La Salud Mental en números</i> .....	19
4.1.3. <i>Políticas de Salud Mental</i> .....	21
4.2. ASISTENCIA PERSONAL.....	24
4.2.1. <i>Concepto del Asistente Personal</i> .....	24
4.2.2. <i>Origen de la Asistencia Personal y su implantación en España</i> .....	26
4.2.3. <i>Asistencia Personal en Salud Mental</i> .....	30

4.3 RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD FISICA Y SALUD MENTAL .....	35
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: DEL SOFÁ AL GIMNASIO.....	38
5.1 Introducción .....	38
5.2 Descripción y Necesidades del Usuario .....	39
5.3 Objetivos .....	40
5.4 Metodología .....	41
5.5 Temporalización.....	43
5.6 Desarrollo.....	46
5.7 Evaluación.....	56
5.8 Análisis de los resultados .....	60
6.CONCLUSIONES .....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	69
ANEXOS.....	74
Anexo 1: Escala Gencat (Verdugo et al, 2008) al inicio de la intervención .....	74
Anexo 2. Escala Gencat (Verdugo et al, 2008) al acabar la intervención.....	77
Anexo 3. Baremo D para personas del resto de colectivos (personas con drogodependencia, VIH/SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental).....	81
Anexo 4. Tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida. ....	82

## ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 Prevalencia de alguna enfermedad mental según sexo y edad.....	20
Figura 2 Tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida.....	82

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Objetivos y metas del Plan de Acción Global en Salud Mental 2013-2020. ....	21
Tabla 2	Número y porcentaje de la Prestación económica de Asistencia Personal .....	29
Tabla 3	Cualidades de los asistentes personales.....	34
Tabla 4	Pasos a seguir a la hora de llevar a cabo la intervención.....	42
Tabla 5	Calendario con las intervenciones del mes de febrero .....	43
Tabla 6	Calendario con las intervenciones del mes de marzo.....	44
Tabla 7	Días de la semana en los que se desarrolla la intervención.....	45
Tabla 8	Calendario de las intervenciones del mes de abril.....	45
Tabla 9	Calendario de las intervenciones del mes de mayo .....	46
Tabla 10	Desarrollo de la actividad I: Toma de decisiones.....	47
Tabla 11	Desarrollo de la actividad II: Gimnasio.....	50
Tabla 12	Desarrollo de la actividad III: Piscina .....	54
Tabla 13	Parte de los resultados de la escala Gencat antes de realizar la intervención.	57
Tabla 14	Escala de Autoestima realizada por M.A antes de comenzar la intervención.	57
Tabla 15	Contabilización de los días que M.A no ha fumado.....	58
Tabla 16	Ganas de M.A de ir a la actividad .....	58
Tabla 17	Parte de la escala Gencar al final de la intervención .....	59
Tabla 18	Escala de Autoestima realizada por M.A al final de la intervención .....	59
Tabla 19	Resultados de la Escala Gencar antes y después de realizar la intervención ..	60

Tabla 20 Resultados de la calidad de vida de M.A antes de iniciar la intervención .....	61
Tabla 21 Resultados de la calidad de vida de M.A después de la intervención .....	62
Tabla 22 Escala Gencat realizada antes de realizar la intervención .....	74
Tabla 23 Escala Gencat después de realizar la intervención .....	77
Tabla 24 Baremo D de la Escala Gencat .....	81

## **RESUMEN**

La asistencia personal es un servicio que ofrece apoyo a las personas que tienen algún grado de dependencia, cuyo fin es proporcionarles la mayor autonomía e independencia posible. Siguiendo esto, uno de los colectivos con el que se trabaja es el de las personas con problemas de salud mental.

El presente trabajo se centra en llevar a cabo una intervención desde la asistencia personal con una persona con problemas de salud mental, utilizando la actividad física como herramienta para mejorar su calidad de vida. Se decidió trabajar de esta forma debido a que su estilo de vida era muy poco saludable, y la realización de ejercicio de manera continuada podría mejorar tanto su salud física como mental. Dicha intervención ha sido diseñada y llevada a cabo siguiendo las pautas y preferencias del usuario, con el fin de que él fuese en todo momento el protagonista de la intervención.

Durante dos meses se estuvo yendo al gimnasio y a la piscina todas las semanas, y a pesar de sufrir una pequeña lesión, se consiguió mejorar la calidad de vida del usuario, aumentar su autoestima y reducir sus malos hábitos.

### **PALABRAS CLAVE**

Salud mental, asistencia personal, trastornos mentales, actividad física, salud, educación social, calidad de vida.

### **ABSTRACT**

Personal assistance is a service that offers support to people who have some degree of dependency, with the main goal to provide them the greatest possible autonomy and independency. In this regard, one of the target groups of this service are people with mental health problems.

The aim of this work is to carry out an intervention from personal assistance perspective for a person with mental health problems, using physical activity as a tool to improve his quality of life. The rationale behind this is that the subject exhibited a very unhealthy lifestyle, and it was hypothesized that continuous exercise could improve both physical and mental health. For this purpose, the intervention has been designed and developed following the guidelines and preferences of the user, in order to place him at the center of the intervention at all times.

For two months he went to the gym and the swimming pool every week, and

despite suffering a small injury, he managed to improve his quality of life, increase his self-esteem and reduce his bad habits..

### **KEY WORDS**

Mental health, personal assistance, mental disorders, physical activity, health, social education, quality of life,

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecerle a la Fundación INTRAS las facilidades que me ha puesto para poder llevar a cabo la intervención con uno de sus usuarios, desde el primer momento confiaron en mí y me han prestado ayuda y apoyo durante todo el proceso. Especialmente me gustaría agradecerle todo lo que ha hecho por mí y por todo lo que me ha enseñado a uno de sus trabajadores, Javier Cano, que fue quien me descubrió la labor de asistente personal.

También me gustaría agradecerle a mi familia todo el apoyo que me ha brindado durante estos meses, ha habido días difíciles, pero ellos siempre han estado ahí, animándome a que siguiera con el trabajo. En especial también me gustaría nombrar a mi abuela Nines, que durante todos años de carrera siempre ha confiado en mí y cada vez que tenía un examen siempre me ponía una vela para que tuviera suerte.

Por último, pero no menos importante, también me gustaría darle las gracias a mi tutora Julia Alonso por su disponibilidad, por haberme guiado en el desarrollo del presente trabajo y por haber resuelto siempre mis dudas, me he sentido acompañada en todo momento.

# 1.INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende visibilizar la importancia de implementar la actividad física con personas con problemas de salud mental, dentro de las funciones de la asistencia personal. Para ello, se ha llevado a cabo una intervención con un usuario de la Fundación INTRAS de Valladolid durante varios meses para comprobar si esto, le podría aportar beneficios en diferentes ámbitos de su vida.

A lo largo del documento se encuentra información fundamental para entender la relevancia de incorporar la actividad física dentro del colectivo de personas con problemas de salud mental, puesto que por lo general son personas con una esperanza de vida menor que la del resto de la población. A esto hay que añadirle que suelen llevar una vida muy sedentaria y que los efectos secundarios del tratamiento farmacológico repercuten negativamente en algunos aspectos de su bienestar.

Antes de sumergirnos en la intervención, dentro del trabajo primero se halla el marco teórico, que recoge tres aspectos técnicos fundamentales que envuelven esta temática. En primer lugar, se encuentra la descripción de la salud mental, junto con las políticas que se están llevando a cabo en la Unión Europea (en adelante UE), en España y en Castilla y León, así como datos acerca de los trastornos mentales y de cómo el Coronavirus (en adelante COVID-19) ha afectado en la salud mental de la población.

A continuación se conceptualiza la figura del asistente personal y se hace un pequeño resumen de sus orígenes en Estados Unidos (en adelante EE.UU) y de su implantación en España tras la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia (en adelante LAPAD) junto con esto, también se expone como se desarrolla la asistencia personal con personas con problemas de salud mental y se cierra con la situación actual en la que se encuentra esta figura dentro del ámbito laboral.

Por último, se describe la relevancia de la práctica continuada de actividad física dentro del colectivo de personas con problemas de salud mental.

Todo esto se pone en práctica a través de una intervención individualizada con un usuario de la Fundación INTRAS, con el que tras reunirnos en numerosas ocasiones se acordó comenzar a ir al gimnasio de su barrio y a la piscina para intentar mejorar ciertos aspectos de su vida, puesto que es un usuario con un estilo de vida muy insalubre.

## 2.JUSTIFICACIÓN

La asistencia personal es un servicio que se proporciona a las personas en situación de dependencia, con los apoyos necesarios para poder llevar a cabo una vida lo más independiente posible. Permite ejercer el derecho a la libertad, autonomía y voluntad en igualdad de condiciones que el resto de la población (Etxeberria y Goicoetxea, 2019), de esta manera es el propio usuario quien toma las decisiones a cerca de su vida. Lo más importante de esto es que este servicio es un derecho humano reconocido de las personas con diversidad tras la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas de 2006, por lo tanto, la ausencia de este servicio es una vulneración a los derechos humanos de las personas con diversidad.

En España este servicio aparece recogido en la Ley LAPAD (2006) en la que se facilita a través de la Prestación Económica de Asistencia Personal (en adelante PEAP). Cada Comunidad Autónoma se rige por su propia normativa acerca de esta prestación, aunque según los datos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) esta prestación es mínima en comparación con otras, además hay algunas comunidades como Extremadura o Cantabria que no han concedido ninguna prestación de este tipo, por lo que se estaría vulnerando los derechos de aquellas personas que necesiten este recurso.

El colectivo de personas con trastornos mentales, como aparece desarrollado en profundidad en el marco teórico (4.3) es un sector de la población cuya salud es mucho más vulnerable que la del resto de la población, esto se debe al estilo de vida que suelen llevar, siendo el sedentarismo, la mala alimentación y la falta de actividad física las principales causas del desarrollo de enfermedades tales como diabetes o problemas cardiacos.

Una buena alternativa para intervenir ante esta problemática es la utilización de la actividad física como recurso, gracias a que es una práctica muy accesible, que está al alcance de cualquier persona y que se puede adaptar a las capacidades y necesidades de cualquier individuo. Además, en comparación con el tratamiento farmacológico, la realización de actividad física no tiene apenas efectos secundarios que repercutan de manera negativa en su día a día, el único riesgo que puede tener es que se produzcan lesiones. Pero sobre todo el gran beneficio de esta práctica es que su realización de

manera prolongada mejora tanto la salud física como la salud mental. Muchos autores afirman que la práctica de ejercicio puede tener los mismos resultados que las terapias cognitivas a la hora de reducir los síntomas de ansiedad y estrés.

Es por esta serie de beneficios que la actividad física puede ser una buena herramienta con la que trabajar desde la asistencia personal, teniendo en cuenta que en todo momento la decisión de realizarlo la tiene el usuario, pero desde la figura del asistente se puede proponer llevarla a cabo. Ahora bien, es cierto que no es un recurso que se lleve mucho a cabo porque por lo general se realizan acciones más tradicionales, pero sin duda es una alternativa muy sencilla y accesible con la que se pueden trabajar muchos aspectos de la vida cotidiana de los usuarios.

Desde el ámbito de la educación social el presente trabajo se enmarca en función de una serie de competencias generales (G) y específicas (E) que se encuentran recogidas en la Memoria del Grado de Educación Social de la Universidad de Valladolid (s.f). La competencia que más se desarrolla a lo largo de este trabajo es la G10 de Reconocimiento y respeto a la diversidad y multiculturalidad. Dicho trabajo está orientado hacia el colectivo de personas con problemas de salud mental y uno de los objetivos que tiene es normalizar la presencia de dicho colectivo en la sociedad a través de la realización de una intervención en el entorno comunitario. Todo esto se engloba con una de las funciones que todo educador social debe desarrollar, que es trabajar tanto con la sociedad como con aquellas personas y colectivos que se encuentran en situación de vulnerabilidad para evitar situaciones de desigualdad y de exclusión. Es fundamental comprender que no solo hay que trabajar con aquellas personas que se encuentran en situaciones de exclusión, sino que también hay que hacer una gran labor de visibilización y concienciación con el resto de la sociedad para que no se lleven a cabo acciones discriminatorias o incluso de odio y violencia hacia colectivos vulnerables.

Dentro de estos colectivos podríamos incluir al conjunto de personas con problemas de salud mental, que está tremendamente estigmatizado por la sociedad al tener la falsa idea de que son personas peligrosas y que deben de estar encerradas. Por lo tanto, una de las labores de los educadores sociales es normalizar la presencia de este colectivo en cualquier ámbito para que la sociedad comprenda que son personas totalmente normales e igual de validas, merecedoras de respeto y de las mismas oportunidades que el resto de la población. Por lo tanto, dentro de esto se encontraría la competencia E11 Mediar en situaciones de riesgo y conflicto y la competencia E31 Aplicar técnicas de detección de factores de exclusión y discriminación que dificultan la

inserción social y laboral de sujetos y colectivos, puesto que es fundamental detectar situaciones de este tipo para poder actuar y llevar a cabo acciones integradoras con la sociedad para evitar que se den este tipo de escenarios.

Otra función fundamental dentro de la educación social y que justifica el desarrollo del presente trabajo es que se debe velar por el cumplimiento de los derechos humanos de todos los individuos, pero en especial de aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Por ello una de las múltiples tareas de todo profesional del ámbito social es proporcionar la información y el apoyo necesario acerca de los servicios, recursos y prestaciones a los que los sujetos de la intervención pueden acceder para evitar que las administraciones vulneren sus derechos. Esto estaría dentro de la competencia E36. Incorporar los recursos sociales, institucionales, personales y materiales disponibles para llevar a cabo el trabajo en un determinado ámbito de acción.

Junto a esto, hay que añadir que otra de las funciones es realizar intervenciones para que las personas y los diferentes colectivos en peligro o riesgo de exclusión logren su autonomía, desarrollo personal y social, por ello un profesional de la educación social es un perfil ideal para trabajar como asistente personal, puesto que siempre va a trabajar a favor de la autonomía de los usuarios y se va a encargar de que estos sean los protagonistas de sus propias vidas, lo que conlleva a que se desarrolle la competencia E6. Diseñar y desarrollar procesos de participación social y desarrollo comunitario. El educador va a servir de guía y de apoyo para poder alcanzar las metas de los usuarios de este servicio por lo que aquí encontraríamos la implicación de la competencia de G16. Liderazgo y sobre todo G14. Adaptación a situaciones nuevas, puesto que la adaptabilidad es una característica fundamental a la hora de prestar servicio como asistente personal al tener que amoldarse a las necesidades y demandas de los usuarios, las cuales pueden ser muy diversas.

Además, desde la educación social se suele romper con las dinámicas establecidas y la creatividad debe de ser uno de sus puntos fuertes, por lo que la inclusión de la actividad física dentro de la asistencia personal seguiría con esta dinámica, no dejándose arrastrar por las acciones o intervenciones que hacen el resto, siempre hay que buscar nuevas fórmulas y alternativas para poder alcanzar los objetivos establecidos. Es por ello que también es importante el desarrollo de la competencia E7. Elaborar y gestionar medios y recursos para la intervención socioeducativa

Por último, un aspecto que es fundamental desarrollar como profesional de la educación social, independientemente del colectivo o persona con la que se trabaje es la

competencia E41. Mostrar una actitud empática, respetuosa, solidaria y de confianza hacia los sujetos e instituciones de educación social. Al trabajar con personas debemos de ser conscientes de que debemos darles el mejor trato posible, muchas veces nos vamos a encontrar con personas que necesitan ser escuchadas o que necesitan ser comprendidas. Es por ello que esta competencia es básica en el trascurso de la intervención puesto que el usuario con el que se va a trabajar debe sentirse seguro, valorado y comprendido por aquella persona que va a trabajar con él para poder obtener los mejores resultados.

### **3.OBJETIVOS**

El objetivo general que se pretende alcanzar con el presente trabajo es el siguiente:

- Reivindicar la actividad física dentro de la asistencia personal con personas con problemas de salud mental.

En cuanto a los objetivos específicos son:

- Recopilar información sobre los beneficios de la actividad física.
- Recopilar información acerca de los efectos de la actividad física en personas con trastornos mentales.
- Recopilar información sobre la figura de los asistentes personales.
- Realizar una intervención para comprobar si la actividad física es una buena herramienta para trabajar con este colectivo.
- Analizar los resultados obtenidos de la intervención.

## 4.FUNDAMENTACIÓN TEORICA

### 4.1. SALUD MENTAL

#### 4.1.1. *Conceptualización de la Salud Mental*

En las últimas décadas la salud mental se ha convertido en un problema cada vez mayor, sobre todo después de las posibles consecuencias psicológicas derivadas de la pandemia y del confinamiento por el COVID 19, pero ¿Qué entendemos por salud mental? Muchos podemos pensar que es la ausencia de trastornos mentales, pero esto no es del todo cierto. La Organización Mundial de la Salud en 2004 (a partir de ahora OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades” (p.7).

Ahora bien, una vez conceptualizada la salud mental, vamos a definir que entendemos por trastorno mental. Para el Manual DSM-5 (2013) el trastorno mental es:

un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. (p.5)

Dentro de los trastornos mentales encontramos una gran variedad de estos, el CIE-11 (2022) hace una clasificación de los diferentes trastornos y de sus subcategorías, algunos de ellos son los siguientes:

- Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios
  - o Esquizofrenia
  - o Trastorno esquizoafectivo
  - o Trastorno esquizotípico
  - o Trastorno psicótico agudo y transitorio
  - o Trastorno delirante
  - o Manifestaciones sintomáticas en los trastornos psicóticos primarios

- Trastornos del estado de animo
  - o Trastornos bipolares u otros trastornos relacionados
  - o Trastornos depresivos
- Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo
  - o Trastorno de ansiedad generalizada
  - o Trastorno de pánico
  - o Agorafobia
  - o Fobia especifica
  - o Trastorno de ansiedad social
  - o Trastorno de ansiedad por separación
  - o Mutismo selectivo
- Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados
  - o Trastorno obsesivo-compulsivo
  - o Trastorno dismórfico corporal
  - o Trastorno de referencia olfativa
  - o Hipocondriais
  - o Trastorno por acumulación
  - o Trastornos por comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo
- Trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos
- Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial
  - o Trastorno desafiante y opositor
  - o Trastorno de comportamiento disocial
- Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados
  - o Trastorno de personalidad
  - o Rasgos o patrones de personalidad

Algunos de los trastornos mentales más comunes son la esquizofrenia, la depresión, la discapacidad intelectual y los trastornos derivados por el abuso de sustancias (Roi Kinti, 2018).

Los problemas de salud mental son multifactoriales, es decir, son el resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales. Cualquier persona puede padecer un problema de salud mental a lo largo de su vida, pero gracias a los avances dentro del campo de las ciencias, contamos con tratamientos eficaces para hacer frente a estos trastornos y poder llevar a cabo una vida normalizada (OMS, 2001). Por lo tanto,

debemos tratar los trastornos mentales con la misma importancia y relevancia que la salud física, porque como aparece recogido en el Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS “no hay salud sin salud mental” (p.8).

Por otro lado, debemos tener en cuenta que los trastornos mentales son discapacitantes, como así lo recoge la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) en su artículo 1 afirmando que:

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (p.4)

#### ***4.1.2.La Salud Mental en números***

Los datos que rodean los problemas de salud mental en cuanto a las personas que padecen algún tipo de trastorno no son nada alentadores, ya en el 2004 la OMS estimaba que el número de personas que padecían un trastorno mental es de alrededor de 450 millones de personas en todo el mundo y se calcula que 1 de cada 4 padecerá en algún momento un problema de salud mental. En lo que respecta a los trastornos, se estima que a nivel mundial 121 millones de personas sufren de depresión y 24 millones de esquizofrenia. Estos datos son la causa de que los problemas de salud mental sean las principales causas de mala salud y discapacidad en el mundo. Siguiendo los resultados de la Mental Health and Related Issues Statistics (Eurostat, 2022), en la UE el 3'7% de todas las muertes en Europa se produjeron a causa de trastornos mentales.

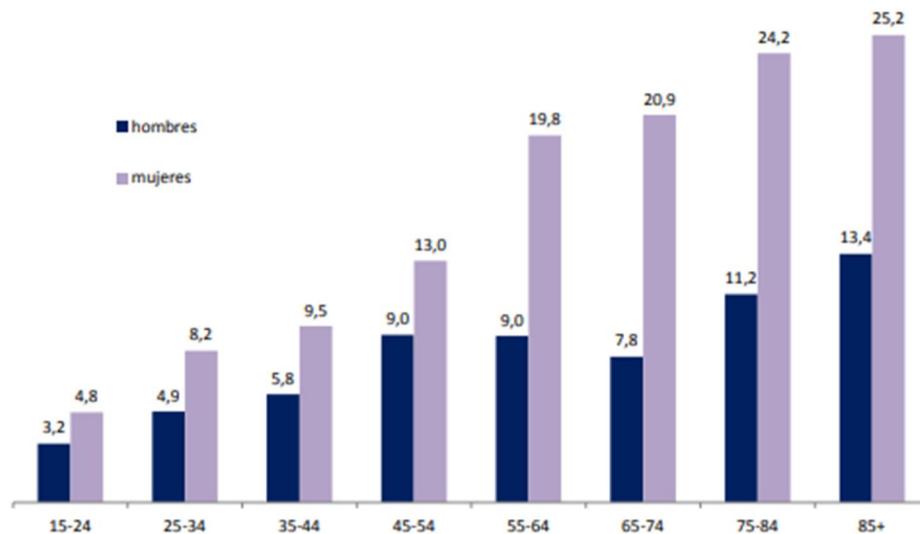
A nivel nacional los datos siguen esta misma vertiente, según los resultados aportados por la Encuesta Nacional de la Salud de 2017 1 de cada 10 personas mayores de 14 años tiene algún problema de salud mental, siendo las mujeres (14,1%) quienes padecen casi el doble de problemas de salud mental que los hombres (7,2%) en la imagen 1 se puede apreciar la diferencia en la prevalencia entre hombres y mujeres. Por otro lado, la prevalencia de los trastornos mentales en la población de menos de 15 años es de un 0,6% y es mayor en hombres que en mujeres, excepto la depresión y la ansiedad.

Uno de los grandes problemas es que 3,8% de la población que padece algún trastorno mental afirma que este limita sus actividades de la vida cotidiana. Pero por suerte las visitas al psicólogo o a cualquier especialista de la salud mental ha aumentado

en relación a los años anteriores, siendo de un 3,5% en 2011 y de un 5,3% en 2017.

**Figura 1**

*Prevalencia de alguna enfermedad mental según sexo y edad.*



Fuente: Encuesta Nacional de la Salud (2017).

Por otro lado, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007) afirma que en España “el 9% de la población padece al menos un trastorno mental” (p. 24) y que al menos el 15% sufrirá alguno algún problema de salud mental. Además, advierte de que con el paso del tiempo estas cifras aumentarán.

En lo que respecta a las consecuencias psicológicas que ha provocado el COVID-19, según los datos aportados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2021) en la Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19, podemos observar como la pandemia ha afectado a la salud mental de los españoles/as. Desde el comienzo de esta, el 6,4% de la población afirma que ha sido tratado por algún experto de la salud mental como un psicólogo o psiquiatra, siendo los trastornos ansiosos (43,7%) y los trastornos depresivos (35,5) las principales causas que motivaron estas consultas. Desde la pandemia el 5,8% de la población ha comenzado a tomar fármacos (recetados por profesionales) debido a padecer síntomas de trastornos mentales, siendo los ansiolíticos y los antidepresivos los fármacos más prescritos.

Además, si hay algo que es realmente preocupante son los datos que rodean al suicidio. Siguiendo las cifras aportadas por el Comunicado Oficial del Consejo de Ministros (2021) en 2020 el suicidio fue la primera causa externa de muerte en España,

donde se alcanzó la escalofriante cifra de 3.941 personas fallecidas por esta causa.

#### **4.1.3. Políticas de Salud Mental**

Tras observar el preocupante porcentaje de personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, ¿Qué se está haciendo o cómo se está trabajando para poder dar respuesta a las necesidades de las personas que padecen algún trastorno mental?

Hay un antes y un después en lo que respecta a las políticas de salud mental desde que la OMS dedicó su Informe Mundial de la Salud en 2001 a la salud mental, en él se destacaba que más del 40% de los países no disponían de políticas de salud mental. A partir de aquí la OMS junto con otras instituciones, como la UE, empezaron a publicar documentos para mejorar las acciones respecto a la salud mental. Por su parte la OMS publicó documentos como el Programa de Acción Mundial para la Salud Mental o el Atlas de Salud Mental en el mundo, aunque el documento de referencia en lo que respecta a políticas en materia de salud mental es el Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020, aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud en 2012 donde se “insta a los estados miembros a que pongan en práctica las acciones propuestas...” (p. 38). En él nos encontramos un total de cuatro objetivos vinculados a una serie de metas que se encuentran recogidas en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Objetivos y metas del Plan de Acción Global en Salud Mental 2013-2020.*

<b>Objetivo 1: Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental</b>
<u>Meta 1.1:</u> El 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas/planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
<u>Meta 1.2:</u> El 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
<b>Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta</b>
<u>Meta 2:</u> La cobertura de los servicios para los trastornos mentales graves habrán aumentado en un 20%
<b>Objetivo 3: Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la</b>

<b>salud mental</b>
<u>Meta 3.1:</u> El 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental
<u>Meta 3.2:</u> Se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países
<b>Objetivo 4: Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental</b>
<u>Meta 4:</u> El 80% de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social

Fuente: elaboración propia a partir del Plan de Acción Global en Salud mental 2013-

2020

Pero este Plan que finalizaba en el año 2020 se ha ampliado hasta 2030 debido a que los resultados publicados por del nuevo Atlas de Salud mental de la OMS (2020) no son lo que se esperaba, puesto que no se ha alcanzado ninguna de las metas propuestas, excepto la meta de reducir la tasa de suicidio en un 10%. En la ampliación de este Plan se han incluido cuatro metas nuevas y se han modificado/actualizado algunas de las metas ya presentes. Estas nuevas metas hacen referencia a aumentar el número de unidades de salud mental en los hospitales, integrar dentro de la atención primaria la salud mental en el 80% de los países, disponer en la mitad de los países de un sistema de salud mental y apoyo psicosocial para situaciones de emergencias o desastres y, por último, aumentar las investigaciones en el campo de la salud mental. Todas estas medidas buscan mejorar la situación de las personas con problemas de salud mental e incluirlas dentro de la sociedad.

La influencia de la OMS sobre la salud mental hizo que en 2005 tras la Conferencia sobre Salud Mental y tras la aprobación del Plan de Acción de Salud Mental para Europa, la Comisión Europea publicase un Libro Verde en el que se recogiera la política oficial de salud mental. En 2007 se publicó un informe acerca de las políticas y prácticas de salud mental en Europa donde los resultados no fueron lo esperado. Se observó que el 37% de los países carecían de políticas de salud mental. En 2013, los países pertenecientes a la UE publicaron la Acción conjunta sobre salud mental y bienestar para promover la salud mental, prevenir las enfermedades mentales y fomentar la inclusión de las personas con enfermedad mental dentro de la sociedad.

En lo que respecta a las políticas de salud mental en España, hace tan solo un par de meses el Ministerio de Sanidad publicó la nueva Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para los años 2022-2026. Esta pretende ser el documento de referencia para llevar a cabo acciones que mejoren la salud mental de la población. Esta es la actualización de la que fue publicada en 2007. En ella, se han incluido nuevas líneas de actuación, nuevos objetivos y un sistema de evaluación común a todas las comunidades autónomas. Uno de los grandes cambios e incorporaciones de esta nueva Estrategia es la inclusión del enfoque de género en lo que respecta a la salud mental, junto a esto también se ha puesto el foco en el trabajo y en el entorno laboral a la hora de ser factores determinantes para tener una buena salud mental y, por último, otro de los cambios respecto a la Estrategia anterior, es que se han incluido herramientas para prevenir y reducir el número de suicidios.

En cuanto a las líneas estratégicas tenemos:

- Autonomía y derechos- atención centrada en la persona.
- Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental.
- Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.
- Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario.
- Salud mental en la infancia y en la adolescencia.
- Atención e intervención familiar.
- Coordinación.
- Participación de la ciudadanía.
- Formación.
- Investigación, innovación y conocimiento

Por último, en lo que concierne a políticas en salud mental dentro de la Comunidad de Castilla y León nos encontramos con la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León (2013), cuya vigencia se establecía hasta 2017. Desde esta última, no se ha aprobado ninguna más, aunque como recoge el periódico digital El Español, la que fuera Consejera de Sanidad Verónica Casado (2021), afirmó que se iba a esperar a la publicación de la nueva Estrategia Nacional de Salud Mental para diseñar un plan regional que siguiera la misma línea (2021). Pero con el nuevo cambio de gobierno dentro de la Junta de Castilla y León no se sabe si

finalmente esto será así, dado que tras haber sido publicada la nueva Estrategia Nacional aún no hay noticias de una nueva publicación a nivel regional.

## **4.2. ASISTENCIA PERSONAL**

### ***4.2.1. Concepto del Asistente Personal***

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia, define la asistencia personal en el artículo 2.7 como “El servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal” (p.9).

La asistencia personal es un recurso humano que está a disposición de las personas que padecen algún tipo de diversidad funcional para ofrecerle apoyo, con el fin de impulsar su autonomía, la toma de decisiones, favorecer el empoderamiento de las personas con diversidad, así como ejercer su derecho a una vida independiente, procurando siempre que el usuario tenga el máximo control posible sobre su vida, siendo así responsable de sus propias acciones y decisiones (López y Álvarez, 2020).

Aunque siguiendo estas definiciones podemos deducir que los usuarios que hacen uso de este servicio tienen plena capacidad de decisión, no siempre es así. Los asistentes personales ofrecen su servicio también a aquellas personas que sufren de deterioros cognitivos o emocionales, como por ejemplo personas con algún problema de salud mental, cuya capacidad de decisión está afectada. En este caso el asistente personal procura potenciar la toma de decisiones (Etxeberria y Goicoetxea, 2019).

Esta figura profesional fue reconocida como un derecho humano en 2006, tras la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas en el segundo apartado del artículo 19, que dice lo siguiente:

Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su asilamiento o separación de esta. (p. 15)

De este modo, la asistencia personal es un trabajo y por lo tanto su actividad

debe de estar regularizada a través de un contrato laboral. Es importante tener en cuenta que el usuario es la parte contratante, mientras que el asistente personal es el empleado que se encarga de llevar a cabo las tareas que el usuario ha establecido y consensuado con él en el contrato laboral. Por lo tanto, un asistente personal no tiene una serie de funciones específicas que llevar a cabo, varían en función de las necesidades y demandas del usuario con el que se trabaje. Pueden ir desde un apoyo para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, acompañamiento, participación social o actividades de ocio y tiempo libre (López y Álvarez, 2020).

Pero ¿Qué tienen que hacer los usuarios para acceder a un asistente personal? En España hay dos opciones por las que acceder a este servicio, por un lado, a través de la PEAP recogida en la Ley LAPAD (2006), aunque también es frecuente que las entidades que trabajan con personas con diversidad gestionen este servicio mediante dicha prestación. La otra opción es a través de prestaciones ofrecidas por algunas Administraciones locales y Comunidades Autónomas “gestionadas por entidades que trabajan con personas con diversidad funcional que ofrecen servicios de asistencia personal” (Bañez y Comas, 2021, p. 102). Pero a pesar del gran número de personas con diversidad, esta prestación no es muy solicitada. Según los datos del mes de abril del 2022 del IMSERSO la PEAP representa solamente el 0,54% de las prestaciones de atención a la dependencia.

Muchas veces la figura del asistente personal es confundida con otros perfiles profesionales como cuidador/a o auxiliar de ayuda a domicilio, en sí las tareas pueden ser muy parecidas, pero lo que realmente diferencia a ambas profesiones es la forma de realizar esas tareas, (López y Álvarez, 2020). Otra diferencia con estos perfiles profesionales es la relación de liderazgo entre el usuario y el asistente personal, por norma general en la relación entre cuidador y persona demandante de cuidados o apoyos, quien toma la iniciativa respecto a las acciones que se llevan a cabo es el cuidador, siendo la persona con diversidad un receptor pasivo. Mientras que en la relación entre demandante y asistente personal los papeles se cambian, es el usuario quien toma la iniciativa y quien marca las acciones que quiere que desarrolle el asistente personal a través de una serie de acuerdos, siendo el asistente un mero ejecutor de las demandas del usuario (Etxeberria y Goicoetxea, 2019). La conjunción de estos aspectos permite a las personas con algún tipo de diversidad asumir responsabilidades y tomar el control de sus vidas, ejerciendo así su derecho de llevar a cabo una vida independiente, y ser partícipe de la sociedad a la que pertenece (López y Ruiz, 2013).

#### ***4.2.2. Origen de la Asistencia Personal y su implantación en España***

La figura del asistente personal nace vinculada al Movimiento de Vida Independiente (en adelante MVI) de EE. UU en la década de los 70. Este movimiento surge con la creación de un Programa de Estudiantes Discapacitados en la Universidad de California, con el que en 1972 se consigue inaugurar el primer Centro de Vida Independiente que ofrecía a sus usuarios la capacitación y entrenamiento de habilidades para la vida independiente, información sobre viviendas y transporte accesible u ofertas de trabajo y asesoramiento entre iguales. En la actualidad EE. UU cuenta con más de cuatrocientos Centros de Vida Independiente (López y Ruiz, 2013).

En la década de los 80 este movimiento llegó a Europa, y fue extendiéndose por diferentes países del continente hasta llegar a formarse la Red Europea de Vida Independiente. Años después se fueron aprobando de manera progresiva diferentes normativas específicas de Vida Independiente en Suecia, Gran Bretaña, Italia o Noruega, países donde la figura del asistente personal ya tiene a día de hoy una larga trayectoria (López y Ruiz, 2013).

No fue hasta 2001 cuando el MVI llegó a España, tras la creación del Foro de Vida Independiente. Pero las reivindicaciones de los derechos de las personas con discapacidad habían aparecido con el inicio de la democracia, donde las asociaciones de personas con discapacidad y sus familiares tuvieron un papel muy importante al poner encima de la mesa todas estas cuestiones en la década de los 80 y los 90 (López y Ruiz, 2013). El Foro de Vida Independiente planteó un nuevo pensamiento teórico-práctico que seguía los principios del MVI. Se rechazaron los cuidados y la institucionalización en centros como medida, puesto que una persona con diversidad no tiene por qué ser una persona dependiente, en el momento que no cuentan con los recursos sociales y técnicos necesarios es cuando pierde su independencia. Así mismo también se reivindican los derechos individuales y colectivos de las personas con diversidad funcional, de ser sujetos activos e independientes que merecen ser tratados como ciudadanos y no como personas enfermas, es por ello por lo que se prefiere utilizar el término de asistente personal y no el de cuidador (Bañez y Comas, 2021). Las personas con diversidad funcional tienen el derecho de ser sujetos activos, capaces de decidir y de tomar decisiones sobre su vida y de ser partícipes de la comunidad y sociedad a la que pertenecen mediante los recursos humanos necesarios. Son precisamente estos recursos los que hacen referencia a la figura de la asistencia personal, que es reclamada

como un derecho de las personas con diversidad funcional por el Foro de Vida Independiente. De este modo como afirman López y Ruiz (2013) los pilares sobre los que se enmarca el MVI, al igual que el Foro de Vida independiente son:

- Valorar toda vida humana.
- Cualquier persona es capaz de tomar decisiones y tiene el derecho de tener el control de su vida, independientemente de su deficiencia.
- Las personas con diversidad lo son por la respuesta de la sociedad a su diversidad física, intelectual o sensorial.
- Las personas con diversidad tienen derecho a ser partícipes de la sociedad.

Gracias a este activismo se consigue introducir en España la asistencia personal en la Ley LAPAD (2006), siendo esta una revolución y evolución en lo que a políticas de protección social se refiere. Entró en vigor en enero de 2007 pero su primer borrador fue bastante cuestionado por algunas organizaciones relacionadas con la discapacidad, estas se pusieron en alerta porque querían que la ley incluyera la especificidad de la atención necesaria a las personas con diversidad, pero por otro lado querían asegurarse su presencia dentro del sistema. A este descontento también se sumó el MVI que tampoco estaba muy conforme con el proyecto de ley. Gracias a que un grupo de personas con diversidad se encerrasen en la sede del IMSERSO de Madrid junto a sus asistentes personales, se consiguieron dos aspectos muy importantes: por un lado, se consiguió que la promoción de la autonomía personal se introdujera en el título de la ley, y por otro lado, se logró que la asistencia personal se introdujera dentro de las prestaciones económicas, que era el objetivo principal de las protestas. Por aquel entonces era solamente el MVI quien reivindicaba la figura del asistente personal (Bañez y Comas, 2021).

Como viene reflejado en el apartado anterior, se puede acceder a la asistencia personal a través de la LAPAD (2006) o mediante organizaciones cogestoras que ofrecen la asistencia personal como servicio. Estas organizaciones sociales pueden ser públicas o privadas, aunque la mayoría de ellas están subvencionadas con dinero público (López y Álvarez, 2020). Según un estudio publicado en 2020 por estas autoras, la mayoría de los servicios de asistencia personal son proporcionados por entidades públicas y una pequeña parte por entidades privadas o mediante la contratación directa con el asistente a través de la PEAP.

Cuando la ley LAPAD (2006) entró en vigor, la PEAP era reconocida

exclusivamente para aquellas personas que tuvieran el Grado III de Gran Dependencia, quedando excluidos de esta prestación económica al resto de grados de dependencia. Esto cambió seis años después con la Resolución del 13 de julio de 2012, donde la PEAP se amplió a cualquier persona en situación de dependencia. Pero esta no fue la única modificación relevante que tuvo la LAPAD (2006), también hubo una unificación de criterios entre las diferentes Comunidades Autónomas, se eliminaron los niveles en los que se dividían los grados de dependencia y se amplió la incompatibilidad entre diferentes prestaciones (López y Álvarez, 2020).

En cuanto al importe que reciben los beneficiarios de la PEAP viene establecido por las cuantías de cada año y la situación económica en la que se encuentre el beneficiario. Por otro lado, en lo que se refiere a las condiciones necesarias para recibir dicha prestación son las Comunidades Autónomas las que establecen una serie de condiciones (López y Álvarez, 2020). En nuestra comunidad, la Junta de Castilla y León establece las siguientes condiciones:

- Estar empadronado y residir en un municipio de Castilla y León.
- Tener tres o más años.
- Tener reconocida la situación de dependencia.
- Recibir el servicio profesional de asistencia personal mediante contrato con empresa o entidad privada o con un asistente personal que reúna condiciones de idoneidad.
- Requisitos específicos previstos en la normativa reguladora de dicha prestación.

Además, en Castilla y León la PEAP es compatible con otras prestaciones como la del Servicio de teleasistencia, el Servicio de prevención de la situación de dependencia o el Servicio de promoción de la autonomía personal.

El problema de esto es que los datos no son muy alentadores respecto a esta prestación, y es que según los resultados del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) la PEAP es la prestación menos solicitada como se puede ver en la tabla 2, siendo actualmente el 0,54% de las prestaciones concedidas. Esto puede deberse al desconocimiento por parte de los beneficiarios o sus familiares acerca de la figura del asistente personal, como afirman López y Álvarez (2020) “Hay un desconocimiento de la asistencia personal por parte de las propias personas con diversidad funcional, de las administraciones públicas, de los servicios sociales y de la

sociedad en general” (p. 252).

**Tabla 2**

*Número y porcentaje de la Prestación económica de Asistencia Personal*

Ámbito territorial	PRESTACIONES		
	Personas beneficiarias de prestaciones N.º	P.E. Asistencia Personal	
		N.º	%
Andalucía	258.649	13	0.00
Aragón	35.560	0	0.00
Asturias	28.117	12	0.03
Baleares	24.525	0	0.00
Canarias	28.416	0	0.00
Cantabria	17.355	0	0.00
Castilla y León	109.734	1.811	1.20
Castilla-La Mancha	63.783	24	0.03
Catalunya	174.354	82	0.04
Comunitat Valenciana	120.959	161	0.12
Extremadura	30.769	0	0.00
Galicia	66.006	108	0.14
Madrid	152.228	84	0.04
Murcia	36.923	4	0.01
Navarra	14.338	32	0.17
País Vasco	65.474	6.194	6.92
La Rioja	8.174	0	0.00
Ceuta y Melilla	3.035	0	0.00
<b>Total</b>	<b>1.238.399</b>	<b>8.525</b>	<b>0.54</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del SAAD (2022)

Como podemos observar en la tabla, hay un total de siete Comunidades Autónomas (Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Extremadura, La Rioja, Ceuta y Melilla) donde ninguno de sus habitantes ha solicitado hasta ahora la PEAP. Sin embargo, también encontramos comunidades donde esta prestación tiene una mayor solicitud como es el caso de Castilla y León con un total de 10.811 solicitudes y el País Vasco con 6.194. Aunque el número de solicitantes sea mayor en Castilla y León, es finalmente el País Vasco quien concede un mayor porcentaje de PEAP (6.92%), superando incluso la media nacional que se encuentra en un 0.54% de las prestaciones concedidas. Finalmente, con lo que nos tenemos que quedar es que, aunque la PEAP sea

una prestación poca solicitada, ha ido aumentando exponencialmente en comunidades como en Castilla y León, puesto que si comparamos el número de solicitantes de la PEAP del 1 de diciembre de 2012, esta solamente había sido solicitada por 8 personas, por lo que el crecimiento en nuestra comunidad ha sido realmente bueno.

#### ***4.2.3. Asistencia Personal en Salud Mental***

La atención a los trastornos mentales principalmente ha estado siguiendo el modelo biologicista el cual pasaba por alto el contexto en el que la persona se desenvuelve en su día a día, sin tener en cuenta los factores sociales y ambientales que pueden provocar la aparición o desaparición de enfermedades mentales. Desde el ámbito de lo social, se apuesta más por un modelo biopsicosocial basado en la interacción de tres factores en el estado de salud que son el biológico, el psicológico y el social (Instituto Salamanca, s.f.). Es precisamente en este modelo donde encaja a la perfección la figura del asistente personal, cuyo servicio ofrece los apoyos necesarios para poder llevar a cabo una vida independiente dentro de la comunidad y permite llevar a cabo esa transición de los modelos de institucionalización hacia un modelo comunitario que se centra en ofrecer a los usuarios los recursos necesarios dentro de su entorno. Ahora bien, se debe de tener especialmente cuidado en no descuidar el soporte social y residencial puesto que, en muchos casos su ausencia puede reducir la eficacia de las intervenciones, lo que a su vez puede derivar en lo que se conoce como puertas giratorias, donde los usuarios son ingresados de manera continuada en un periodo corto de tiempo (Lozano et al, 2020)

La asistencia personal también es un servicio que beneficia no solo a los usuarios, sino también a sus familiares o entorno más cercano, puesto que son ellos los que luchan por su integración y velan por su bienestar, generando en muchas ocasiones una sobrecarga desmedida (Lozano et al, 2020).

Los proyectos de vida son un elemento esencial a la hora de prestar el servicio de asistencia personal, puesto que este se centra en la planificación que los usuarios han hecho previamente, de esta manera se tienen en cuenta las capacidades de los usuarios por encima de sus limitaciones. Siguiendo esto, conseguimos que las intervenciones sean personalizadas y que se amolden a las necesidades y demandas de los usuarios, que son los protagonistas de la acción en todo momento y tienen un papel activo en la planificación de su vida, promoviendo de esta manera su autodeterminación y la vida independiente. Estos proyectos de vida son una especie de documentos donde los

usuarios marcan sus objetivos de vida, teniendo en cuenta los recursos y los apoyos tanto sociales como familiares como los propios de la comunidad de los que dispone para alcanzar sus metas, junto a esto también se recoge su historia personal. Toda esta información es modificable, puesto que lo más normal es que según pase el tiempo los usuarios tengan nuevas necesidades y expectativas (Lozano et al, 2020).

El perfil demandante de este servicio está formado mayormente por personas con esquizofrenia, trastornos depresivos graves, trastornos de ansiedad, trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar o trastornos obsesivos compulsivos entre otros. Principalmente demandan apoyo para llevar a cabo las tareas de autocuidado, ocio, relaciones familiares y sociales, trabajo... tareas en las que en muchas ocasiones se encuentran en desventaja respecto al resto de la sociedad. Además, este apoyo comunitario que se ofrece también sirve para romper con el estigma que envuelve a la salud mental, provocado por los prejuicios y el desconocimiento por las capacidades de las personas con problemas de salud mental que en ocasiones desencadena situaciones de exclusión (Lozano et al, 2020).

Otra de las ventajas que ofrece la asistencia personal es que esta puede ser una oportunidad laboral para las personas con problemas de salud mental dado que hay una gran apuesta por el apoyo entre iguales, donde el asistente personal sería una persona con problemas de salud mental que previamente haya sido usuario de este servicio y que cuente con la formación necesaria para poder ayudar a otras personas, donde la experiencia previa del asistente personal puede ser de gran ayuda para los usuarios. Este modelo de apoyo entre iguales proporciona y fomenta la igualdad de oportunidades y es beneficioso para las dos partes (Lozano et al, 2020).

En lo que respecta a la asistencia personal dirigida a personas con problemas de salud mental, Castilla y León es todo un referente a nivel nacional. Desde hace unos años la Federación Salud Mental Castilla y León ha estado promoviendo este servicio entre las diferentes asociaciones del sector. La primera entidad que se sumó a esto fue la Asociación de Salud Mental Salamanca (AFEMC) en el año 2005, tras este primer proyecto piloto se fueron sumando otras entidades de la comunidad y cada vez son más las que prestan este servicio a sus usuarios, siguiendo lo estipulado en la Ley 16/2010, de 20 de diciembre de 2010, de Servicios Sociales de Castilla y León (Lozano et al, 2020).

Como conclusión general, la asistencia personal dentro de la salud mental ofrece autonomía personal a los usuarios, facilita la inclusión en la comunidad y genera

empleo dentro del colectivo. ¿Cuál es el problema con el que nos encontramos? Pues que a pesar de su gran desarrollo dentro de la comunidad de Castilla y León la PEAP sigue siendo una prestación muy poco demandada dentro de la salud mental dado que se tiende a vincular a los asistentes personales con las personas con diversidad física o intelectual.

#### ***4.2.4. La Figura del Asistente Personal en el Ámbito Laboral***

La profesión como asistente personal carece de un convenio colectivo específico dentro del Régimen de Cotización de la Seguridad Social que establezca las condiciones laborales de los trabajadores, por lo general se tiende a seguir los convenios de empleadas del hogar, cuidadores profesionales, servicio de ayuda a domicilio, trabajadores familiares o el de atención social a personas con discapacidad. Es precisamente este último el elegido por la mayoría de las entidades a la hora de contratar a los asistentes personales. Actualmente el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (en adelante CERMI) está luchando por conseguir un nuevo convenio que estipule las condiciones laborales de la asistencia personal (López y Álvarez, 2020).

A grandes rasgos se puede decir que la asistencia personal y la precariedad laboral están ciertamente relacionadas. Algunos de los problemas que nos encontramos dentro de esta profesión son la temporalidad, los horarios y el salario. En cuanto a la temporalidad de los contratos según un estudio de López y Álvarez (2020) por lo general estos son temporales, muy pocos son indefinidos, cuya jornada laboral es irregular y flexible puesto que se debe adaptar a las necesidades de los usuarios, aquí es precisamente donde se generan más problemas puesto que es muy difícil encontrar un equilibrio entre satisfacer las necesidades de los usuarios y la posibilidad de que los asistentes tengan derecho a tener su propia vida, puesto que muchas veces se tiende a pensar que estos están en la obligación de estar disponibles en cualquier momento, pero hay que ser conscientes de que estos también tienen una vida propia. Por ello es fundamental que antes de comenzar a prestar el servicio se consensuen una serie de acuerdos entre trabajador y usuario que permitan por un lado satisfacer las necesidades de la parte contratante y respetar los derechos como trabajador de la parte contratada (Bañez y Comas, 2021). En lo que confiere al salario este oscila entre 1.230€ y 893€ mensuales cuando se trabaja en jornada completa y cuando se trabaja a media jornada el sueldo puede variar entre 510€ y 250€ mensuales.

En lo que respecta al ámbito laboral existe una gran controversia en lo que se refiere a la formación que debe tener un asistente personal. Actualmente no existe una regulación estatal que dictamine una titulación específica para poder ejercer esta figura profesional.

Con la implantación de la LAPAD (2006) hubo varias normativas al respecto, la primera exigía que como requisito necesario para poder trabajar como asistente personal había que tener la cualificación profesional de atención sanitaria a personas en el domicilio. Sin embargo, en 2015 tras la segunda regulación FEVI se posicionó en contra de este requisito y defendió que la formación de los asistentes personales tenía que correr a cargo de las personas con diversidad funcional con las que se fueran a trabajar puesto que consideran que la formación formal de los asistentes puede atentar con la capacidad de decisión de las personas destinatarias del servicio. Pero esta idea no es aceptada por todos, el presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal (ASAP) afirma que la formación es necesaria para la profesionalidad y que además si la formación que se recibe corre a cargo de los usuarios puede provocar que los asistentes personales estén a las órdenes de las personas con las que trabajen y que muchas veces la formación por parte de los usuarios puede ser realmente complicada, puesto que si algunos de ellos tienen grandes dificultades para organizar su vida, encargarse de la formación del asistente sería todo un reto (Bañez y Comas, 2021).

La última regulación que data de 2017 dicta que la “cualificación profesional de los asistentes se adaptará a lo que acuerde el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia”. Finalmente no se llegó a un acuerdo respecto a la definición, objetivos, requisitos y formación de los asistentes, pero el CERMI presentó una propuesta en la que se incluía una formación específica para la asistencia personal sobre la vida independiente, la figura de la asistencia personal, productos y herramientas de apoyo, interacción social, relación profesional aspectos jurídicos y morales y primeros auxilios, contenidos muy diferentes a los que se imparten en atención sociosanitaria a personas en el domicilio (Bañez y Comas, 2021).

A su vez PREDIF se reunió con el Instituto Nacional de las Cualificaciones para que la asistencia personal se encontrase dentro del modelo de vida independiente, en lugar de los modelos asistencialistas y de cuidados, pero el resultado no fue el esperado y en la actualidad esto todavía no se ha logrado (López y Álvarez, 2020).

Actualmente ¿Cómo se encuentra esta situación? tras el acuerdo de 19 de

octubre de 2017 el Gobierno de España fijó que a partir del 31 de diciembre de 2022 el único criterio necesario para poder trabajar como asistente personal es tener finalizado un ciclo formativo de grados superior (López y Álvarez, 2020).

Por último, hay que tener en cuenta que el perfil del asistente personal no es universal, no todos deben tener las mismas destrezas o habilidades puesto que este es un trabajo donde una de sus características es la gran variabilidad de funciones que se tienen que llevar a cabo, de esta manera nos podemos encontrar con diferentes perfiles, favoreciendo así que los usuarios dispongan de la posibilidad de contratar a un asistente que se adapte mejor a sus características personales y demandas (Prieto et. al, 2019). Aun así, está claro que cualquiera de estos perfiles debe de tener una serie de características y habilidades comunes como las que aparecen en la tabla 3.

**Tabla 3**

*Cualidades de los asistentes personales*

<b>Habilidades sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empatía</li> <li>- Asertividad</li> <li>- Escucha activa</li> </ul>
<b>Actitudes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flexibilidad</li> <li>- Adaptabilidad</li> </ul>
<b>Competencias personales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciencia</li> <li>- Constancia</li> <li>- Optimismo</li> <li>- Inspirador de confianza</li> </ul>
<b>Competencias profesionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distancia emocional</li> <li>- Destreza técnica</li> <li>- Clarificación del rol profesional</li> <li>- Trabajo en equipo</li> </ul>
<b>Competencias axiológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabilidad</li> <li>- Respeto</li> <li>- Protagonismo y centralidad del usuario</li> </ul>

Fuente: Prieto et. al, 2019

Así a modo de resumen, para que la figura del asistente personal se

profesionalice y vaya teniendo un buen desarrollo, es necesario que se creé un convenio colectivo propio y a su vez que se creé también una nueva rama de formación profesional en la que se incluya este perfil profesional.

### **4.3 RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD MENTAL**

El deporte y la actividad física repercuten de manera beneficiosa en la salud de todas las personas a través de diferentes perspectivas. Por un lado, la actividad física tiene beneficios rehabilitadores puesto que ayuda a recuperar zonas lesionadas y puede frenar algunos efectos negativos de enfermedades con la misma eficacia que los fármacos, produciendo un efecto ansiolítico. Por otro lado, también ejerce una función preventiva puesto que la práctica continuada de actividad física es un factor de protección para el organismo al disminuir el riesgo de aparición de enfermedades como problemas cardiovasculares, hipertensión u osteoporosis. Por último, pero no por ello menos importante, la actividad física también influye en el bienestar de las personas al promover el desarrollo personal y social, mejorando de esta forma su calidad de vida (Airasca y Giardini, 2009).

Ahora bien, no solo ofrece beneficios a nivel físico, sino que también a nivel psicológico, puesto que al igual que previene lesiones físicas, es también un factor protector a la hora de prevenir y reducir los síntomas de diferentes enfermedades mentales como la depresión o la ansiedad. De esta manera la práctica de ejercicio físico aumenta el bienestar de las personas y ayuda a mejorar su autoestima, siendo también una herramienta para infundir valores tales como el esfuerzo, compromiso, compañerismo y respeto.

Tras ver los beneficios que aporta la actividad física a la población en general, vamos a ver cuál es su efecto en las personas con problemas de salud mental. Antes de nada, vamos a destacar que por lo general este colectivo no goza de una buena salud física puesto que suelen padecer enfermedades cardiovasculares, endocrinas, metabólicas o neurológicas, provocadas por un estilo de vida sedentario y poco saludable y por los efectos secundarios del tratamiento farmacológico (Ceballos y Casanova, 2017). Todo ello provoca que su esperanza de vida sea más corta, reduciéndose entre 15 y 20 años respecto al resto de la población. Números estudios afirman que las personas que realizan ejercicio de manera continuada tienen menos probabilidad de padecer depresión o ansiedad en su vida, además las intervenciones con personas con trastornos mentales cuyas acciones se centran en el ejercicio como base

del tratamiento, obtienen resultados muy positivos al reducir los síntomas de depresión o ansiedad.

Por ello es importantísimo que este colectivo incluya dentro de su rutina realizar algún tipo de actividad física, para reducir los efectos de su patología y retrasar o detener la aparición de otras posibles enfermedades. Ahora bien, debemos de ser conscientes de que esto no es algo sencillo puesto que nos podemos encontrar con dificultades tales como deterioro físico, dificultad para mantener hábitos saludables en el tiempo o el estigma y rechazo social que reciben por parte de la sociedad que les frenan a la hora de llevar a cabo actividades en el entorno comunitario. Aun así, merece la pena esforzarse por ello, ya que según Ceballos y Casanova (2017) la práctica deportiva ofrece que los usuarios:

- Descubran sus capacidades y motivaciones propias, a la vez de que recuperan aficiones que consideraban parte del pasado.
- Disfrutan con la consecución de los objetivos establecidos, mejorando de esta manera su confianza y autoestima.
- Lleven a cabo hábitos saludables y un ocio de manera planificada.
- Se potencia su autodeterminación al llevar a cabo un rol nuevo en el que tienen que tomar decisiones sobre lo que quieren hacer y hasta donde quieren llegar.
- Puede ser un desencadenante motivacional que les ayude a realizar otras actividades diferentes.

Tras el aumento de casos en los últimos años de personas con problemas de salud mental, los servicios sanitarios se encuentran saturados, por lo que se ha optado por buscar alternativas eficaces y complementarias a los tratamientos farmacológicos, siendo la práctica de actividad física la mejor opción (Pappous y Zafeiri, 2019). Esta es una forma alternativa de tratar la sintomatología de las personas con trastornos mentales, varios análisis han demostrado que es un tratamiento rentable y accesible para este colectivo, que apenas produce efectos secundarios, los cuales se limitan a posibles lesiones (Szuhany et al, 2014, citado en Giambelluca y Pizzo, 2019).

Zschucke et al, (2013) descubrieron que apenas había diferencias en la reducción de los síntomas de la depresión al comparar intervenciones a través del ejercicio e intervenciones cognitivas, demostrando de esta manera que el ejercicio ofrece el mismo efecto que los tratamientos tradicionales. Se ha observado que cualquier tipo de ejercicio es válido y aporta beneficios, pero es sobre todo el ejercicio aeróbico y los

entrenamientos de resistencia aportan una mayor efectividad a corto plazo.

Pero aun estando respaldado por los numerosos estudios y beneficios que aporta al campo de la salud mental, hay ciertas barreras por parte de los psicoterapeutas a la hora de incorporar la práctica de la actividad física como parte del tratamiento, solamente el 10% de los profesionales lo recomiendan (Walsh, 2010, citado en Giambelluca y Pizzo, 2019). El tratamiento farmacológico no deja de ser la primera opción para intervenir y paliar los síntomas de los trastornos mentales, a pesar de los numerosos efectos secundarios que provocan y que a su vez alteran el estado físico y mental de los pacientes, convirtiéndose así en un tratamiento que parchea un problema pero que ocasiona otros.

Es aquí donde el asistente personal puede entrar, proponiendo al usuario realizar ejercicio como parte de su proyecto de vida y de su rutina, puesto que como ya hemos visto, es importante incluir la actividad física dentro de sus hábitos. Además, el asistente se encargaría de apoyar y asesorar al usuario a la hora de proponer una serie de objetivos, los cuales deben de ser realistas y alcanzables a corto plazo para que la persona beneficiaria no se desenganche al no ver resultados. También tiene una función importante al ser el encargado de proporcionarle los recursos necesarios para poder llevar a cabo la acción, siendo estos preferiblemente los que ofrece la comunidad para romper con esas barreras sociales y normalizar la utilización de servicios y recursos públicos por parte de las personas con problemas de salud mental (Mullor et al, 2017).

## **5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: DEL SOFÁ AL GIMNASIO**

### **5.1 Introducción**

La presente intervención se ha llevado a cabo con uno de los usuarios de la Fundación INTRAS (Investigación y Tratamiento en Salud Mental y Servicios Sociales), esta entidad trabaja con el colectivo de personas con trastornos mentales y uno de sus múltiples servicios es el de asistencia personal. Esta Fundación es una de las pioneras en incorporar la actividad física y el deporte como parte fundamental para romper con el estigma que existe respecto a este colectivo. Formaron el Club Duero, un club deportivo que permite federar a los usuarios que así lo deseen y que se encarga de llevar a cabo una gran variedad de deportes como fútbol, baloncesto, natación, pádel o escalada dentro de los entornos comunitarios, con el fin de normalizar la inclusión de este colectivo en espacios públicos y romper con el estereotipo que envuelve a estas personas.

La intervención surgió a través de una reunión con el responsable del Club Duero y varios trabajadores de la Fundación, los cuales expresaron su deseo de trabajar de manera individual con uno de los usuarios de la entidad, puesto que llevaba una vida muy sedentaria y sus malos hábitos estaban repercutiendo de manera muy negativa en su salud. Tras esta reunión se contactó con el asistente personal de dicho usuario y se le propuso desarrollar una intervención vinculada con la actividad física para intentar mejorar la situación en la que se encontraba. En todo momento se tuvo en cuenta que si el usuario no quería llevar a cabo dicha acción esta no se realizaría, puesto que desde la asistencia personal es el usuario quien toma las decisiones, en ningún momento se le puede obligar a hacer algo que él no quiera, aunque esto sea beneficioso para él.

Tras el visto bueno del asistente personal ante dicha propuesta, el siguiente paso fue hablar con el usuario y comentarle la propuesta, tras el visto bueno se acordaron una serie de objetivos que alcanzar junto con la práctica deportiva que se realizaría, la cual era empezar a ir al gimnasio y a la piscina, puesto que eran las actividades que más le motivaban.

## 5.2 Descripción y Necesidades del Usuario

Para proteger la intimidad y salvaguardar la confidencialidad del usuario a lo largo del desarrollo de la intervención, se le hará referencia a través de las siglas M.A. Los datos e información que se recogen a continuación han sido extraídos a través de la información proporcionada por el propio usuario y de su asistente personal.

M.A es una persona de 52 años que actualmente reside en Valladolid, en el barrio de las Delicias, vive solo pero frecuentemente recibe la visita de su asistente personal y de una persona que se encarga de hacerle la comida y de limpiarle la casa. Es una persona muy sedentaria, solo sale de casa para hacer la compra o cuando va el asistente personal, pero por lo demás está todo el día sentado en el sofá. A esto hay que añadirle que consume una cantidad de tabaco desproporcionada, fuma alrededor de 100 cigarros al día, lo que le ha provocado varios problemas respiratorios. Al estar todo el día en casa y tumbado en el sofá le ha llevado a desarrollar también sobrepeso, a pesar de llevar una alimentación relativamente sana, puesto que la personas que le hace la comida intenta seguir una dieta equilibrada, el problema es que él suele comerse 4 donuts todos los días, y el único líquido que ingiere es Coca-Cola, a penas toma algo de agua, lo que repercute negativamente en su salud y estado físico. Respecto a su higiene y aseo personal no tiene unos hábitos muy establecidos y por lo general su asistente personal le tiene que insistir para que se duche; junto con todo esto la ropa que suele llevar tiende a estar sucia o quemada de la ceniza que le cae de los cigarros. En cuanto a su rutina de descanso, está totalmente descompensada, no tiene unos horarios para dormir, simplemente duerme cuando le entra el sueño, puede pasarse toda la noche sin dormir y descansar a ratos por la tarde, además siempre se queda dormido en el sofá, lo que le ha generado dolores y problemas de espalda.

Desde la Fundación se ha intentado reiteradamente que participase en alguna actividad de ocio o de deporte, pero al llevarse a cabo lejos de su casa no acudía, dado que moverse en bus por la ciudad no es algo que le guste. Apenas tiene relación con otros usuarios de la Fundación, y reiteradamente comenta que se siente solo y que le gustaría conocer a gente, pero al no participar en ninguna de las actividades que se le proponen desde la Fundación apenas tiene oportunidad de conocer a gente nueva con la crear un vínculo de amistad.

La relación con su familia es buena, mantiene un contacto casi diario con sus padres y frecuentemente recibe también la visita de sus hermanos en casa con los que

suele salir a tomar un café. La casa en la que vive se la están pagando sus padres, así como los gastos y el servicio de comida y limpieza que tiene contratado, tiene la suerte de que cuenta con el respaldo de sus padres porque si no seguramente su situación sería mucho peor. Él mismo es consciente de que la vida que lleva no es nada buena, a menudo repite que debería cambiar ciertas cosas, pero afirma que tiene muy poca falta de voluntad. Esto también se puede ver potenciado por su baja autoestima, a menudo suele repetir que para qué va a hacer talleres si él no sirve para nada y no sabe hacer nada.

No debemos caer en el error de pensar que M.A. es una persona solitaria y poco sociable, al poco de compartir tiempo con él pude descubrir que tiene unas excelentes habilidades sociales, es capaz de hablar con todo el mundo con una facilidad y naturalidad envidiable. Además, está siempre al tanto de la actualidad y es muy fácil mantener una conversación con él, independientemente del tema que sea. Una de sus pasiones es el cine español, le gusta mucho ver las películas que tiene en DVD en la televisión sobre todo si son películas de humor.

Tras esta pequeña descripción de la vida de M.A, algunas de las necesidades con las que habría que trabajar son:

- Reducir el consumo de tabaco.
- Establecer hábitos saludables.
- Salir más del domicilio.
- Mejorar sus hábitos de higiene
- Mejorar su rutina de descanso
- Mejorar su autoestima

### **5.3 Objetivos**

Los objetivos están divididos en dos partes por un lado están los objetivos que se pretenden lograr con el desarrollo de la intervención que están establecidos desde un primer momento, y por otro lado están los objetivos que el propio usuario ha establecido y que pretende lograr.

El objetivo general de la intervención es:

- Mejorar la calidad de vida del usuario a través de la realización de actividad física.

Los objetivos específicos de la intervención son:

- Realizar de manera habitual actividades físicas
- Reducir el consumo de tabaco
- Aumentar su autoestima
- Establecer un buen hábito de sueño
- Reducir el sedentarismo
- Conocer gente nueva
- Hacer uso de los servicios comunitarios (gimnasios, piscina...)

Los objetivos generales que el usuario se ha propuesto son:

- Realizar ejercicio de manera constante

Los objetivos específicos que el usuario se ha propuesto son:

- Asistir a todas las sesiones de gimnasio y de piscina
- Bajar de peso
- Reducir el consumo de tabaco
- Dormir exclusivamente por las noches

## **5.4 Metodología**

Esta intervención se ha llevado a cabo a través de una metodología de participación activa donde el usuario es el protagonista de la acción y es el encargado de tomar todas las decisiones, puesto que la característica fundamental de la asistencia personal es que el encargado de tomar las decisiones es el propio usuario, el asistente simplemente es un apoyo que le ayuda a llevar a cabo sus demandas. Desde un principio se le propuso la posibilidad de hacer algo de deporte o actividad física, al dar el visto bueno, él fue el responsable de decidir qué actividad quería hacer, donde quería llevarla a cabo y durante cuánto tiempo. Darle esa posibilidad de elección y de control a la hora de decidir qué es lo que quería hacer y cómo iba a llevarlo a cabo provoca que el usuario se sienta más motivado y tenga una actitud más positiva.

Una de las funciones que se debe desarrollar a lo largo de la intervención por parte del asistente personal es reforzar de manera positiva todo aquello que vaya realizando el usuario, es muy importante que se sienta respaldado y apoyado en todo momento, puesto que durante la intervención es muy posible que haya momento de desmotivación o incluso de abandono, sobre todo al ser un usuario que lleva mucho tiempo sin realizar ningún tipo de ejercicio, es por ello por lo que el asistente personal

debe ser un elemento motivacional. Eso sí, si el usuario decide en algún momento dejar de llevar a cabo la actividad se debe de respetar su decisión, aunque es importante que el asistente personal valore si es una decisión que se ha tomado de manera impulsiva o si es una decisión que se ha tomado de manera firme por el motivo que sea. Si fuese una decisión más impulsiva el asistente debería hablar con el usuario para ver cuál es el motivo e intentar cambiar cosas para que el usuario no acabe abandonando la actividad.

Los objetivos de la intervención serán establecidos de manera consensuada entre el usuario y el asistente personal, estos deben de ser objetivos que se alcancen a corto plazo para que el usuario sea consciente de sus avances y sobre todo que sean alcanzables, para evitar la desmotivación y frustración.

A la hora planificar y diseñar la intervención se siguieron los pasos establecidos por Carlson y Bourd (2011) para llevar a cabo una intervención centrada en la actividad física como se recoge en la tabla 4.

**Tabla 4**

*Pasos a seguir a la hora de llevar a cabo la intervención*

<b>PASOS</b>	<b>ACCIONES</b>
<b>Primer paso</b>	En primer lugar se evaluará el nivel deportivo que tiene el usuario, se establecerá de manera consensuada con el usuario cuanto tiempo durará cada sesión y se valorará de manera conjunta las dificultades y desafíos con los que se puede encontrar.
<b>Segundo paso</b>	El siguiente paso será asesorar al usuario acerca de los riesgos y de los beneficios que puede aportarle la actividad física a su salud. También se hablará acerca de la frecuencia, intensidad, tipo de actividades físicas y del tiempo de duración. Es recomendable que la duración de las sesiones sean cortas al tratarse de un usuario con un estilo de vida muy sedentario
<b>Tercer paso</b>	Lo siguiente será establecer una serie de objetivos de manera conjunta con el usuario, el cual debe involucrarse tanto en los objetivos generales como en los específicos.
<b>Cuarto paso</b>	A continuación se ayudará al usuario a ponerse en contacto

	con los recursos comunitarios y se le proporcionará una serie de recursos locales a los que pueda acceder.
<b>Quinto paso</b>	Por último, se diseñará una evaluación con la que hacer un seguimiento a lo largo de la intervención.

Fuente: elaboración propia a raíz de Carlson y Bourd (2011)

Una de las características fundamentales de esta intervención es la flexibilidad, desde un principio se establecerá un horario que seguir para que haya un orden y sobre todo para intentar crear una rutina con el usuario, pero al estar trabajando con personas se debe tener en cuenta que en cualquier momento puede surgir algún inconveniente que impida llevar a cabo la acción tal y como se tenía planeada, por lo que es muy importante adaptarse a las distintas situaciones que se den. Así mismo también pueden surgir modificaciones propuestas por parte del mismo usuario.

## 5.5 Temporalización

El desarrollo de la intervención tuvo una duración de casi cuatro meses, desde el día 21 de febrero, hasta el 13 de mayo. El mes de febrero, como se recoge en la tabla 5, estuvo dedicado al conocimiento en primera persona de M.A mediante varias reuniones, con el fin de conocer su opinión acerca de la propuesta de intervención y sobre todo para que se fuera estableciendo un vínculo de confianza entre ambos.

**Tabla 5**

*Calendario con las intervenciones del mes de febrero*

<b>Febrero 2022</b>						
<b>Lun</b>	<b>Mar</b>	<b>Mier</b>	<b>Jue</b>	<b>Vie</b>	<b>Sab</b>	<b>Dom</b>
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						

Fuente: elaboración propia

El día 21 de febrero se llevó a cabo la primera reunión con M.A para proponerle llevar a cabo una intervención relacionada con la actividad física. Se le explicó que, dada su situación, llevar a cabo una propuesta de estas características podría ser muy

beneficiosa para él. Desde el primer momento le gustó la idea, por lo que se le propuso que pensase que es lo que más le gustaría hacer y que nos lo contase en la siguiente reunión.

El siguiente encuentro fue el 24 de febrero, en esta reunión nos informó de que lo que más le gustaría hacer era apuntarse al gimnasio e ir a la piscina puesto que cuando era más joven estuvo haciendo natación y le gustaba mucho.

**Tabla 6**

*Calendario con las intervenciones del mes de marzo*

<b>Marzo 2022</b>						
<b>Lun</b>	<b>Mar</b>	<b>Mier</b>	<b>Jue</b>	<b>Vie</b>	<b>Sab</b>	<b>Dom</b>
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Fuente: elaboración propia

El mes de marzo fue un periodo repleto de actividad como recoge la tabla 6. El día 1 nos reunimos nuevamente para ofrecerle un listado de los recursos a los que se podía ir, finalmente eligió ir al gimnasio de la Federación Municipal de Deportes de Valladolid y hacer uso de la sala de máquinas del Complejo Deportivo de Canterac que se encuentra muy cerca de su casa y de la Piscina Municipal Henar Alonso-Pimentel.

El día 4 fuimos al Polideportivo de Huerta del Rey para que M.A se sacase el bono para poder acceder a las diferentes instalaciones de la Federación Municipal de Deportes.

El miércoles siguiente nos volvimos a reunir y estuvimos hablando acerca de cómo íbamos a planificar las sesiones siguiendo, el horario de apertura de las instalaciones. De esta manera se elaboró un horario semanal como el de la tabla 7, en el que se acordó ir todos los lunes de 10:00 a 11:00 y los viernes de 11:00 a 12:00 a la sala de máquinas y los miércoles a las 14:00 a la piscina cubierta hasta las 15:00.

**Tabla 7**

*Días de la semana en los que se desarrolla la intervención*

<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
Sala de máquinas de 10:00 a 11:00		Piscina de 14:00 a 15:00		Sala de máquinas de 11:00 a 12:00

Fuente: elaboración propia

Finalmente, el lunes 14 fue el primer día que se acudió al gimnasio y el miércoles se acudió por primera vez a la piscina también. Durante el resto del mes se siguió en todo momento lo acordado previamente.

**Tabla 8**

*Calendario de las intervenciones del mes de abril*

<b>Abril 2022</b>						
<b>Lun</b>	<b>Mar</b>	<b>Mier</b>	<b>Jue</b>	<b>Vie</b>	<b>Sab</b>	<b>Dom</b>
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Fuente: elaboración propia

La primera semana de abril, M.A tuvo una pequeña lesión en la espalda por lo que durante dos semanas se dejó de ir a la sala de máquinas del gimnasio, pero se siguió trabajando en la piscina dado que le venía bien para recuperar la zona afectada. De esta forma se consiguió que no parase la actividad en todo el mes como se puede apreciar en la tabla 8.

**Tabla 9***Calendario de las intervenciones del mes de mayo*

<b>Mayo 2022</b>						
<b>Lun</b>	<b>Mar</b>	<b>Mier</b>	<b>Jue</b>	<b>Vie</b>	<b>Sab</b>	<b>Dom</b>
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Fuente: elaboración propia

El mes de mayo transcurrió sin ninguna novedad, el día 13 fue el último día que se acudió con el usuario al gimnasio y por lo tanto se finalizó la intervención, como se muestra en la tabla 9.

## **5.6 Desarrollo**

Como aparece recogido en el apartado 5.1, desde la Fundación INTRAS Valladolid la situación en la que se encontraba M.A preocupaba bastante a sus trabajadores, es una persona bastante autónoma, pero los hábitos que tiene repercuten de manera muy negativa en su vida y en su salud, por lo que era urgente hacer algo al respecto para intentar mejorar su bienestar y su calidad de vida. Tras esta demanda surge la idea de llevar a cabo una intervención centrada en la actividad física, con la que poder trabajar de manera paralela diferentes aspectos de su vida como mejorar sus hábitos de alimentación, salir de su zona de confort, conocer gente nueva, hacer uso de los servicios comunitarios, llevar a cabo una rutina saludable y sobre todo hacer algo de ejercicio.

El primer paso que se dio fue hablar con el asistente personal de M.A para valorar la viabilidad de dicha intervención, él en todo momento consideró que era una propuesta que podría llegar a funcionar. Esa misma mañana también se concretó el día en el que nos reuniríamos todos para presentarle la idea a M.A y ver si le gustaría llevarla a cabo. De esta manera nos reunimos el 21 de febrero con él y le propusimos

llevar a cabo una intervención basada en la actividad física. Enseguida dijo que sí y se mostró bastante entusiasmado ante la posibilidad de hacer algo de ejercicio.

La presente intervención está dividida en dos tipos de acciones, por un lado, están los encuentros que se llevan a cabo con el usuario para conocer su opinión acerca de la propuesta y para diseñar y planificar, dicha intervención se explica de manera más extensa en la tabla 10. Por otro lado, están las acciones de acompañamiento a la hora de desempeñar la actividad física tanto en el gimnasio (aparece desarrollado en la tabla 11) como en la piscina (aparece explicado en la tabla 12).

**Tabla 10**

*Desarrollo de la actividad I: Toma de decisiones*

<b>ACTIVIDAD I</b>	<b>TOMA DE DECISIONES</b>
<b>Contenido</b>	La actividad se desarrolló a lo largo de 5 sesiones en las que se pretendía conocer al usuario y establecer un vínculo de confianza con él. Durante las sesiones se presentó la propuesta al usuario y se diseñó la intervención de manera conjunta con M.A en base a sus preferencias.
<b>Objetivos específicos</b>	Los objetivos específicos de la actividad fueron: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conocer al usuario</li> <li>✓ Crear un vínculo de confianza con el usuario</li> <li>✓ Diseñar la intervención de manera conjunta con el usuario</li> <li>✓ Concretar los objetivos de la intervención de manera consensuada con el usuario.</li> <li>✓ Delegar responsabilidades en el usuario</li> <li>✓ Participar en un servicio comunitario</li> </ul>
<b>Tareas</b>	<u>Sesión 1</u> : la primera sesión fue una toma de contacto para conocer al usuario y para presentarle la iniciativa de llevar a cabo una intervención relacionada con la actividad física y ver que le parecía. Se le estuvo informando acerca de los beneficios que podía proporcionarle y sobre todo de que él sería quien marcara los pasos a seguir. Desde el principio a M.A le gustó la idea, por lo que se le encargó que pensase

que actividad le gustaría desarrollar.

Sesión 2: en este segundo encuentro M.A nos dijo que a él lo que le gustaría era ir al gimnasio para poder perder peso y que también le gustaría ir a natación porque de pequeño iba y le gustaba mucho. Una vez que nos trasladó la idea se le preguntó cuantos días le gustaría ir a cada actividad y se le propuso que las sesiones durasen al principio un máximo de treinta minutos, puesto que como llevaba mucho tiempo sin hacer nada relacionado con la actividad física podría tener agujetas o sufrir alguna lesión muscular. También se estuvo hablando acerca de las dificultades y obstáculos que nos podríamos encontrar a lo largo de la intervención para intentar anticipar a cualquier inconveniente.

Sesión 3: en esta sesión se le dio a M.A un listado con las diferentes instalaciones donde se podía llevar a cabo las actividades de natación y gimnasio para que eligiera donde quería ir. Finalmente eligió el Complejo Deportivo de Canterac dado que se encuentra a escasos diez minutos de su casa. Sin embargo, en vez de acudir a la piscina de esas instalaciones prefirió ir a la Piscina Municipal Henar Alonso-Pimentel puesto que esta tiene una piscina pequeña y la de Canterac solamente tiene piscina grande.

Tras elegir el lugar donde se llevaría a cabo la intervención, el siguiente paso fue ver qué objetivos se iba a proponer M.A a nivel personal (aparecen recogidos en el apartado 5.3). También se le propuso un reto que consistía en ver si estaba dispuesto a no fumar durante el trayecto hacia las instalaciones y a comerse una pieza de fruta una vez finalizada la actividad. El reto del tabaco dijo que no estaba seguro si lo iba a poder cumplir siempre, pero estaba dispuesto a intentarlo.

Antes de finalizar la sesión, se le pidió a M.A que buscara información acerca de los tramites que había que hacer

	<p>para poder hacer uso de las diferentes instalaciones.</p> <p><u>Sesión 4:</u> en esta sesión hubo un pequeño incidente dado que M.A se quedó dormido y hubo que ir a su casa a despertarle. Tras esto nos contó que las instalaciones a las que quería ir pertenecen a la Federación Municipal de Deportes de Valladolid y que los trámites que había que hacer para poder hacer uso de ellas, se hacía en el Polideportivo de Huerta del Rey. Él tenía todo preparado para inscribirse, por lo que le acompañamos hacia allí para que hicieran los tramites.</p> <p><u>Sesión 5:</u> en esta última sesión estuvimos viendo el horario de las instalaciones y se acordó ir todos los lunes de 10:00 a 11:00 y los viernes de 11:00 a 12:00 a la sala de máquinas y los miércoles a las 14:00 a 15:00 a la piscina.</p> <p>Por otro lado, le propusimos a M.A dejarle un reloj inteligente durante las sesiones para que viera el progreso que iba teniendo según iban avanzando las sesiones. Esta idea la encantó.</p>
<b>Inicio de la actividad</b>	La actividad comenzó el 21 de febrero y finalizó el 9 de marzo. Las sesiones tuvieron una duración de aproximadamente una hora, aunque hubo algunas que fueron más extensas.
<b>Resultados esperados</b>	Los resultados esperados con el desarrollo de las diferentes sesiones era que el usuario comprendiera la importancia de llevar a cabo la intervención y que se implicase lo máximo posible.
<b>Limitaciones y oportunidades</b>	<p>Las limitaciones con las que nos encontramos es que el usuario se quedó dormido en una de las sesiones y por lo tanto esta empezó más tarde.</p> <p>Una gran oportunidad fue la actitud positiva del usuario frente a la propuesta, lo que simplificó la actividad y conllevó a la participación activa del usuario a la hora de diseñar las siguientes acciones.</p>

<b>Responsable de la ejecución de las sesiones</b>	El responsable principal de la ejecución de las sesiones fue el propio usuario, puesto que él era el protagonista en todo momento de la acción. El responsable secundario fue el asistente personal que se encargó de concretar los días en los que se llevaron a cabo las sesiones y fue el encargado de informar del desarrollo de la intervención a M.A.
<b>Recursos necesarios</b>	Los recursos que fueron necesarios para llevar a cabo las diferentes sesiones fueron solamente espaciales. Las reuniones con M.A se llevaron a cabo en cafeterías del barrio de las Delicias, para que él se encontrase en un entorno conocido y estuviese cómodo.
<b>Observaciones</b>	Cuando se decidió que M.A iba a ir a las instalaciones de la Federación Municipal de Deportes de Valladolid, se les mandó un correo informándoles acerca de la intervención que se iba a llevar a cabo y se les preguntó si el asistente personal al entrar solamente para acompañar a M.A tenía que pagar la misma inscripción que él. Tras varios días de espera no se obtuvo ninguna contestación por lo que se pagó el mismo importe.

Fuente: elaboración propia

**Tabla 11**

*Desarrollo de la actividad II: Gimnasio*

<b>ACTIVIDAD II</b>	<b>GIMNASIO</b>
<b>Contenido</b>	Esta actividad se centró en acompañar a M.A al gimnasio del Complejo Deportivo de Canterac para que realizase actividad física a través de la sala de máquinas de las instalaciones.
<b>Objetivos específicos</b>	Los objetivos específicos fueron: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar actividad física</li> <li>✓ Reducir el consumo de tabaco</li> <li>✓ Mejorar la alimentación</li> </ul>

<b>Tareas</b>	<p>La actividad consistió en guiar y acompañar a M.A al gimnasio.</p> <p>Antes de comenzar cada sesión se pasaba por su casa para recogerle y para comprobar que había preparado bien la mochila. Muchas veces antes de ir al gimnasio pasábamos por el supermercado para comprar fruta y Aquarius.</p> <p>Una vez que llegábamos al gimnasio lo primero que se hacía en todas las sesiones era realizar ejercicios de calentamiento para evitar que M.A sufriera alguna lesión. Del mismo modo, una vez finalizada la sesión, antes de irnos del gimnasio siempre realizaba ejercicios de estiramiento.</p> <p>Durante las tres primeras semanas (durante seis sesiones) únicamente hacíamos dos ejercicios en el gimnasio, que consistía en que M.A hiciese 15 minutos de bicicleta estática y otros 15 minutos andando a paso ligero en la cinta de correr.</p> <p>Tras estas primeras semanas de asentamiento y de primer contacto M.A fue a hablar con el monitor de la sala para pedirle que le hiciera una rutina de entrenamiento. De este modo las siguientes sesiones seguían lo pautado por el monitor. Un día trabajaba el tren superior y el otro el tren inferior, de esta manera se consiguió que trabajase todo su cuerpo.</p>
<b>Inicio de la actividad</b>	<p>La actividad comenzó el 14 de marzo y finalizó el 13 de mayo. Se llevaron a cabo dos sesiones por semana, los lunes y los viernes.</p>
<b>Resultados esperados</b>	<p>Con el desarrollo de esta actividad se pretendió que el usuario adquiriese una rutina saludable y que incluyera dentro de su vida la actividad física, puesto que es beneficiosa tanto para su salud física como mental. Además, esta actividad es transversal, puesto que no incide solamente en su bienestar físico y mental, sino que también</p>

	repercute positivamente en otros aspectos de su vida.
<b>Limitaciones y oportunidades</b>	<p>Las limitaciones con las que nos encontramos es que las maquinas con las que ibas a trabajar algunas veces estaban ocupadas y nos tocaba esperar a que quedasen libres.</p> <p>Otra limitación con la que nos encontramos es que el uso de la mascarilla dentro de las instalaciones fatigaba con frecuencia al usuario debido a sus problemas respiratorios.</p> <p>La limitación que más repercusión tuvo en el desarrollo de la actividad es que M.A tuvo una pequeña lesión en la espalda, lo que produjo que no se asistiera al gimnasio durante unos días. Aun así, esos días se siguió quedando con él y se dieron pequeños paseos por el barrio para que no perdiera el hábito de salir de casa e hiciese algo de ejercicio.</p> <p>Las oportunidades que nos ofreció esta actividad fue poder romper con el estigma que envuelve a la salud mental puesto que, al llevar a cabo la actividad dentro de un gimnasio, la gente puede normalizar el compartir espacios con este colectivo y romper con esas ideas equivocadas acerca de las personas con trastornos mentales.</p> <p>Otra oportunidad relacionada con la anterior, es que, al compartir espacio con otras personas, M.A pudo entablar conversación con un grupo nuevo de personas.</p> <p>Junto con esto, al realizar actividad física y sudar, M.A se duchaba en los vestuarios de las instalaciones, con lo que se mejoró de esta forma sus hábitos de aseo personal.</p>
<b>Responsable de la ejecución de las sesiones</b>	<p>El responsable de la sesión fue el asistente personal que acompañó a M.A a las sesiones.</p> <p>Según fueron pasando las sesiones y M.A iba cogiendo ritmo y confianza, se le pidió al monitor de la sala que le hiciese una rutina de entrenamiento.</p>
<b>Recursos necesarios</b>	Los recursos que se necesitaron para desarrollar esta actividad fueron las instalaciones del Complejo Deportivo

	<p>de Canterac y un reloj inteligente.</p> <p>Por otro lado, fue necesario que el usuario llevase:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mascarilla</li> <li>✓ Toalla</li> <li>✓ Gel y champú</li> <li>✓ Chanclas</li> <li>✓ Ropa de cambio</li> </ul>
<b>Observaciones</b>	<p>En cuanto llegamos al gimnasio el primer día M.A estaba muy contento, quería probar todas las máquinas y tocarlo todo, por lo que se tuvo que hablar con él para decirle que cada cosa a su tiempo, que como habíamos acordado previamente las primeras semanas íbamos a trabajar haciendo muy poquitas cosas.</p> <p>En la primera sesión, el monitor de la sala me preguntó que si era la primera vez que M.A iba a un gimnasio, a lo que se le contestó que se lo preguntase a él, que le iba a contestar encantado.</p> <p>Resultó bastante curioso ver como al principio se dirigían al acompañante de M.A para saber cosas acerca de él, cuando podían preguntárselo a él directamente sin ningún problema.</p> <p>Según fueron transcurriendo las semanas finalmente se dirigían directamente a él.</p> <p>Un comentario muy frecuente de M.A durante las sesiones era que agradecía que alguien le acompañase al gimnasio porque si tuviera que ir él solo seguramente no iría porque se aburriría.</p>

Fuente: elaboración propia

**Tabla 12***Desarrollo de la actividad III: Piscina*

<b>ACTIVIDAD III</b>	<b>PISCINA</b>
<b>Contenido</b>	Esta actividad consistió en acudir a la Piscina Cubierta Municipal Henar Alonso-Pimentel. En un principio se trabajó con el usuario en la piscina pequeña y en las últimas sesiones se trabajó en la piscina grande.
<b>Objetivos específicos</b>	Los objetivos específicos fueron: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar actividad física en la piscina</li> <li>✓ Reducir el consumo de tabaco</li> </ul>
<b>Tareas</b>	<p>El trabajo en la piscina consistió en trabajar sobre todo la movilidad de M.A. Antes de comenzar cada sesión hacíamos un pequeño calentamiento para evitar lesiones.</p> <p>Principalmente se trabajó en la piscina pequeña, ya que M.A nos comunicó al principio que se agobiaba mucho al no hacer pie y hundirse. Aun así, se consiguió que en las dos últimas semanas se trabajase una parte de la sesión en la piscina grande para que poco a poco fuera cogiendo confianza y perdiese el miedo.</p> <p>Durante las sesiones en la piscina pequeña hacíamos diferentes ejercicios como andar, dar patadas con ambas piernas de manera alterna, saltar con los pies juntos, hacer equilibrios con una pierna, saltar a la pata coja, dar brazadas, flotar boca arriba, aguantar la respiración debajo del agua etc.</p> <p>En las sesiones que se trabajó en la piscina grande se utilizó un chorro para que M.A flotase y no tuviese tanto miedo. De esta forma se consiguió que hiciera varios largos nadando dando patadas y yendo a espalda.</p>
<b>Inicio de la actividad</b>	La actividad comenzó el 16 de febrero y finalizó el 11 de mayo. Las sesiones se llevaron a cabo los miércoles de 14:00 a 15:00.

<b>Resultados esperados</b>	Con el desarrollo de esta actividad se pretendió que el usuario adquiriese una rutina saludable y que incluyera dentro de su vida la actividad física, puesto que es beneficiosa tanto para su salud física como mental. Además, esta actividad es transversal, puesto que no incide solamente en su bienestar físico y mental, sino que también repercute positivamente en otros aspectos de su vida.
<b>Limitaciones y oportunidades</b>	<p>La única limitación con la que nos encontramos fue que en algunas ocasiones la piscina pequeña estaba ocupada por mucha gente y no pudimos llevar a cabo los ejercicios previstos, pero aun así se trabajó dentro de la piscina.</p> <p>La oportunidad que nos ofrece las instalaciones es que M.A al estar rodeado de mucha gente pudo entablar conversación con algunos de ellos.</p> <p>Otra oportunidad que nos ofreció esta actividad es que al trabajar en la piscina M.A se duchaba al acabar para quitarse el cloro, lo que mejoró sus hábitos de aseo personal.</p> <p>La oportunidad que nos ofreció la piscina fue trabajar en el agua para recuperar la pequeña lesión que tuvo M.A en la espalda.</p>
<b>Responsable de la ejecución de las sesiones</b>	El responsable de llevar a cabo las sesiones fue el asistente personal, simplemente acompañó a M.A y se encargó de indicarle una serie de ejercicios.
<b>Recursos necesarios</b>	<p>Los recursos necesarios fueron por un lado el acceso a las instalaciones de las Piscinas Municipales de Henar Alonso-Pimentel y un reloj inteligente.</p> <p>Por otro lado, fue necesario que el usuario llevase a cada sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bañador</li> <li>✓ Toalla</li> <li>✓ Gorro</li> <li>✓ Gafas de buceo</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Chanclas</li> <li>✓ Ropa de cambio</li> <li>✓ Gel y champú</li> </ul>
<b>Observaciones</b>	En las primeras sesiones M.A se sentía un poco incomodo al tener que hacer la actividad en bañador, se intentaba tapar siempre con la toalla hasta que se metía en la piscina.

Fuente: elaboración propia

## 5.7 Evaluación

### 5.7.1 Evaluación previa a la intervención

Para evaluar la intervención se llevaron a cabo dos evaluaciones antes de realizar la intervención para valorar la autoestima de M.A y el nivel de calidad de vida con el que partía. Para valorar su calidad de vida se utilizó la Escala Gencat (Verdugo et al, 2008) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) actualizada por Atienza et al en 2000 para evaluar su autoestima. La primera (tabla 13) es una rubrica que evalúa un total de ocho áreas diferentes de la vida de las personas las cuales son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Esta fue realizada (anexo1) por el asistente personal de M.A puesto que conoce de primera mano al usuario y es la mejor opción para recoger dicha información, puesto que para poder cubrir la rúbrica es necesario conocer al usuario al menos desde hace tres meses.

**Tabla 13**

*Parte de los resultados de la escala Gencat antes de realizar la intervención*

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
1. Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2. Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3. Está alegre y de buen humor	4	3	2	1
4. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad	1	2	3	4
5. Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6. Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
7. Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8. Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
<b>Puntuación total: 19</b>				

Fuente: elaboración propia a partir de la Escala Gencat (Verdugo et al, 2008)

Por otro lado, la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) está formada por un total de diez ítems que deben ser valorados por una escala del 1 al 4, siendo 1 muy en desacuerdo y 4 muy de acuerdo. Esta fue completada por M.A (tabla 14) antes de comenzar la intervención con el fin de contrastar los resultados una vez finalizada dicha acción.

**Tabla 14**

*Escala de Autoestima realizada por M.A antes de comenzar la intervención*

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Me siento una persona tan valiosa como las otras.	1	2	3	4
Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.	1	2	3	4
Creo que tengo algunas cualidades buenas.	1	2	3	4
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.	1	2	3	4
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	1	2	3	4
Me gustaría tener más respeto por mí mismo.	1	2	3	4
Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.	1	2	3	4
A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4
En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4

Fuente: elaboración propia a partir de la Escala de Autoestima (Atienza et al en 2000)

### 5.7.2 Evaluación continua

Para evaluar el desarrollo de la intervención se llevó a cabo una evaluación continua acerca de dos aspectos. Por un lado, se contabilizó, como aparece en la tabla 15, cuantos días consiguió M.A no fumar en el trayecto hacia las instalaciones.

Por otro lado, antes de comenzar cada sesión se le preguntó a M.A que valorase del 1 al 3 cuantas ganas tenía de realizar la actividad para valorar su motivación (tabla 16) siendo 1 la puntuación que indica que el usuario no tiene ganas de ir a la sesión, 2 que tiene ganas de ir y 3 que tiene muchas ganas de ir.

**Tabla 15**

*Contabilización de los días que M.A no ha fumado*

Marzo									Abril									Mayo									
	14	16	18	22	23	25	28	31	1	4	6	7	11	13	15	18	20	22	25	27	29	2	4	6	9	11	13
Si																											
No																											

Fuente: elaboración propia

**Tabla 16**

*Ganas de M.A de ir a la actividad*

Marzo									Abril									Mayo									
	14	16	18	22	23	25	28	31	1	4	6	7	11	13	15	18	20	22	25	27	29	2	4	6	9	11	13
1																											
2																											
3																											

Fuente: elaboración propia

### 5.7.3 Evaluación tras realizar a la intervención.

Una vez finalizada la intervención se volvieron a rellenar las dos escalas que se habían realizado antes de comenzar la acción. Por un lado, la Escala de Gencart que parte del cuestionario aparece recogido en la tabla 17 (escala completa en el anexo 2) y

por otro lado la Escala de Autoestima (tabla 18) con el fin de comparar los resultados y observar si se había aumentado la calidad de vida de M.A y si este había mejorado su autoestima.

**Tabla 17**

*Parte de la escala Gencat al final de la intervención*

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
1. Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2. Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3. Está alegre y de buen humor	4	3	2	1
4. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad	1	2	3	4
5. Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6. Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
7. Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8. Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
<b>Puntuación total: 23</b>				

Fuente: elaboración propia a partir de la Escala Gencat (Verdugo et al, 2008)

**Tabla 18**

*Escala de Autoestima realizada por M.A al final de la intervención*

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Me siento una persona tan valiosa como las otras.	1	2	3	4
Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.	1	2	3	4
Creo que tengo algunas cualidades buenas.	1	2	3	4
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.	1	2	3	4
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	1	2	3	4
Me gustaría tener más respeto por mí mismo.	1	2	3	4
Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.	1	2	3	4
A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4
En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4

Fuente: elaboración propia a partir de la Escala de Autoestima (Atienza et al, 2000)

## 5.8 Análisis de los resultados

En lo que respecta a la comparación de resultados de la Escala Gencat (tabla 19) ha habido cambios en todas las dimensiones excepto en las de bienestar material y derechos. En este último, no ha habido cambios porque al iniciar la intervención M.A tenía ya la puntuación máxima, mientras que en el apartado de bienestar material tampoco ha habido cambios puesto que no se ha trabajado en la obtención de recursos. Los cambios más significativos se han llevado a cabo en las dimensiones de bienestar físico y desarrollo personal, en la primera ha habido un aumento de siete puntos y en la segunda un aumento de 5 puntos. En el resto de áreas, ha habido también cambios positivos, aunque en menor medida. También es importante valorar que tras la intervención ninguna dimensión ha obtenido una valoración inferior en comparación a los valores obtenidos previamente, por lo que a priori se puede afirmar que la intervención ha incidido de manera positiva en la calidad de vida de M.A.

**Tabla 19**

*Resultados de la Escala Gencat antes y después de realizar la intervención*

<b>Dimensiones de calidad vida</b>	<b>Antes de la intervención</b>	<b>Después de la intervención</b>
Bienestar emocional	19	23
Relaciones interpersonales	25	27
Bienestar material	31	31
Desarrollo personal	24	29
Bienestar físico	14	21
Autodeterminación	31	32
Inclusión social	23	26
Derechos	40	40

Fuente: elaboración propia

**Tabla 20**

*Resultados de la calidad de vida de M.A antes de iniciar la intervención*

<b>Dimensiones de calidad de vida</b>	<b>Puntuaciones directas totales</b>	<b>Puntaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
Bienestar emocional	19	7	16
Relaciones interpersonales	25	9	37
Bienestar material	31	12	75
Desarrollo personal	24	12	75
Bienestar físico	14	1	<1
Autodeterminación	31	14	91
Inclusión social	23	10	50
Derechos	40	14	91
<b>Puntuación Estándar total</b>		79	
<b>Índice de Calidad de Vida</b>		99	
<b>Percentil del Índice de Calidad de Vida</b>		48	

Fuente: elaboración propia a partir de la Escala Gencat (Verdugo et al, 2008)

Los valores que se recogen en la tabla 19 se traspasan a la tabla 20 pero ¿Cómo se traduce todo esto y de dónde han salido todos los valores? Las puntuaciones directas que observamos en la tabla 20 son el resultado de sumar todos los ítems de las diferentes dimensiones de calidad de vida. A la hora de hallar las puntuaciones estándar, estas deben buscarse en el baremo del colectivo con el que trabajamos, en este caso sería el baremo D (ver en anexo 3) que se denomina: el resto de colectivos. Este incluye a personas con drogodependencia, VIH/SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental. Por otro lado, los percentiles señalan el porcentaje de la población que se encuentra en una posición superior o inferior, por lo que por ejemplo el percentil 16 indica que tiene una puntuación superior al 16% de la gente y que el 74% tienen una puntuación por encima de él. Estos percentiles se encuentran también en el baremo D. Tanto las puntuaciones estándar como los percentiles de las dimensiones, cuanto mayor

sean las puntuaciones, mayor será la calidad de vida de la persona (Verdugo et al, 2008).

Por lo tanto, como recoge la tabla 20 antes de comenzar con la intervención M.A partía con unos valores muy bajos en diferentes dimensiones como es el caso del bienestar físico y del bienestar emocional. Dentro del bienestar físico es totalmente normal encontrarnos con esos resultados, dada la situación de M.A que aparece recogida en el apartado 5.2. Los percentiles indican que el 99% de la población tiene una valoración superior a la de él en el área de bienestar físico, por lo que a priori el aumento de este valor debería ser uno de los objetivos principales de la intervención al ser el parámetro que más repercute de manera negativa en su calidad de vida.

El Índice de Calidad de Vida con el que parte M.A es de 99 siendo la puntuación máxima de 138 puntos y el Percentil del Índice de Calidad de Vida es de 48, este último se halla a través de la figura 2 del anexo 4. Por lo tanto, se estima que su calidad de vida está por debajo del 52% de la población, es decir estaría por debajo de la media y se podría afirmar que no tiene una calidad de vida optima y que sería necesario intervenir para aumentar estos valores.

**Tabla 21**

*Resultados de la calidad de vida de M.A después de la intervención*

<b>Dimensiones de calidad de vida</b>	<b>Puntuaciones directas totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
Bienestar emocional	23	10	50
Relaciones interpersonales	27	10	50
Bienestar material	31	12	75
Desarrollo personal	29	15	95
Bienestar físico	21	3	1
Autodeterminación	32	14	91
Inclusión social	26	13	84
Derechos	40	14	91

<b>Puntuación Estándar total</b>	91
<b>Índice de Calidad de Vida</b>	110
<b>Percentil del Índice de Calidad de Vida</b>	75

Fuente: elaboración propia a partir de la Escala Gencat (Verdugo et al, 2008)

Los datos que nos encontramos en la tabla 21 son muy diferentes a los valores de la tabla anterior. Una vez finalizada la intervención se puede observar cómo han aumentado las diferentes puntuaciones y los percentiles. El cambio más significativo lo podemos ver en los percentiles de bienestar emocional, M.A partía con un percentil muy bajo, tan solo el 16% de la población tenía una valoración inferior a la de él, pero tras la intervención el bienestar emocional ha aumentado considerablemente y ahora solamente el 50% de la población tiene unos valores superiores a las de M.A. Por lo tanto, ha habido un aumento del 34% en lo que respecta a este valor. En el desarrollo personal ha habido también un aumento en el que casi se alcanza el 100%, ha habido un aumento de un 20% en comparación a los datos previos a la intervención. Dentro del área de inclusión social también ha habido un aumento considerable, se partía de un percentil de un 50% y se ha conseguido que M.A esté por encima del 84% de la población en lo que respecta a esta dimensión. Aparentemente no ha habido cambios en algunas dimensiones como en bienestar material y derechos, sin embargo, en bienestar físico ha habido un aumento no muy significativo si ponemos el foco en los percentiles de las dimensiones, puesto que M.A ha pasado de estar en un valor menor de 1% a un 1%, es decir, una vez finalizada la intervención M.A solamente está por encima del resto de la población en un 1%, estando por encima de él el 99% restante.

Así mismo, debemos fijarnos sobre todo en el Índice de Calidad de Vida y en el Percentil del Índice de Calidad de Vida puesto que estos datos son los que nos van a dar la información necesaria para comprobar si una vez finalizada la intervención se ha logrado aumentar la calidad de vida del usuario. Partíamos de unos datos previos de 99 de Índice de Calidad de Vida y de 48 de Percentil del Índice de Vida y como recoge la tabla 21 ha habido un aumento considerable en estos valores dado que los valores del Índice de Calidad de Vida han aumentado en 110 y el Percentil del Índice de Vida ha aumentado hasta el 75%. Por lo tanto, M.A ha pasado a tener una calidad de vida cuya puntuación es superior al 75% e inferior al 25% de la población.

De esta manera se puede concluir con que la intervención ha sido todo un éxito puesto que ha aumentado la calidad de vida de M.A en un 27%. De esta manera se ha

podido ver como a través de la actividad física se pueden trabajar diferentes áreas de la vida de una persona.

En segundo lugar, vamos a comparar los resultados obtenidos de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). Como podemos observar en las tablas 14 y 18 los resultados han sido bastante positivos. En la escala realizada tras finalizar la intervención ha habido un cambio en más de la mitad de los ítems, todos ellos en positivo, tan solo ha habido cuatro valores que no han variado en comparación de una escala a otra. Algunos de los cambios que más incidencia han tendido en el usuario es en la imagen que tiene M.A de sí mismo. Como se observa, antes de comenzar la intervención consideraba que estaba muy en desacuerdo con la afirmación de “Tengo una actitud muy positiva hacia mí mismo”, pero tras finalizar el resultado es bien distinto puesto que considera que está de acuerdo con dicha afirmación.

También es importante destacar otro de los aspectos en los que ha habido un cambio tras la intervención. Al principio de esta, valoraba que estaba muy de acuerdo con la afirmación de “Realmente me siento inútil en algunas ocasiones”, pero tras finalizar señaló que estaba en desacuerdo. Es un cambio bastante importante y que no se debe pasar por alto, porque ha pasado de sentirse inútil, a considerar que es capaz de hacer cualquier cosa que se proponga, lo que puede provocar que tenga una mayor iniciativa y comience a llevar a cabo otras actividades por su cuenta.

Por último, destacar también el cambio que ha habido respecto al ítem “Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás”, al principio afirmó estar en desacuerdo, pero tras finalizar la intervención, estaba de acuerdo con dicha afirmación. Este cambio ha podido ser fruto de realizar una actividad en conjunto con otras personas, él ha podido ver y comprobar que es capaz de hacer lo mismo que los demás.

De este modo, se puede concluir que la realización de actividad física ha ayudado a mejorar la autoestima de M.A y que es una buena herramienta con la que poder trabajar, teniendo en cuenta que es muy importante marcarse unos objetivos realistas y que se puedan alcanzar en un periodo de tiempo corto, porque si esto no se plantea bien y el usuario no ve resultados puede que se consiga el efecto contrario, que su autoestima baje.

En cuanto a la reducción del consumo de tabaco los resultados (tabla 15) no han sido tan positivos como los anteriores. Antes de comenzar con la intervención se le propuso a M.A que no fumase en los trayectos hacia las instalaciones, pero esto no siempre se cumplió. De los 27 días que duró la intervención, en 16 de ellos no fumó y

en 11 de ellos sí. Hay que tener en cuenta que los días en los que estuvo lesionado y en vez de ir al gimnasio se fue a dar paseos, al estar más tiempo en la calle finalmente siempre acababa fumando. Algo similar pasaba con los días que se iba a la piscina, puesto que al estar las instalaciones más lejos alguna vez fumaba por el camino. Aun así, los resultados no son del todo malos, puesto que no fumó en más de la mitad de los días, pero los resultados que se esperaban eran más positivos.

Por último, en cuanto a la motivación de M.A de cara a llevar a cabo las sesiones los resultados son bastantes positivos. Como se observa en la tabla 16 tan solo hubo cuatro días en los que no le apetencia llevar a cabo la sesión, que justo coincide con los días que no se fue al gimnasio debido a la pequeña lesión que tuvo en la espalda. El resto de días sí que quería ir, sobre todo los días de piscina dado que siempre tenía muchas ganas en todas las sesiones. En cambio, a la hora de ir al gimnasio era un poco más irregular, siempre tenía ganas de ir, pero la motivación iba variando de unos días a otros, aunque por lo general siempre tenía muchas ganas de ir.

Por lo tanto, a modo de resumen se podría decir que la intervención ha sido todo un éxito. Se ha conseguido alcanzar el objetivo general al aumentar su calidad de vida en un 27%. Por otro lado, también se ha logrado mejorar su autoestima a través de la realización de actividad física y se ha conseguido que redujese un poco el consumo de tabaco, aunque esto último en menor medida en comparación con los otros logros.

## 6.CONCLUSIONES

Una vez finalizada la intervención y como punto final del presente trabajo se afirman las siguientes conclusiones.

En primer lugar, es necesario que la Prestación Económica de Asistencia Personal tenga una mayor difusión, no es normal que una prestación que busca la independencia de las personas, sea tan desconocida y por lo tanto no sea tan demandada, incluso hay Comunidades Autónomas en las que apenas se han demandado como es el caso de Canarias, Cantabria o La Rioja entre otras. Sin embargo, Castilla y León es todo un ejemplo a seguir en lo que respecta a esta prestación, es junto al País Vasco la comunidad que más solicita dicha ayuda con un total de 1.811 demandas.

Las personas que tienen problemas de salud mental tienen una esperanza de vida menor que la del resto de la población, tienden a sufrir diferentes enfermedades cardiovasculares, endocrinas o neurológicas, entre otras. A esto también debemos añadirle los efectos secundarios que les provoca el tratamiento farmacológico como el aumento de peso o los espasmos musculares. Por lo tanto, es recomendable que intenten llevar a cabo un estilo de vida saludable para evitar que su calidad y esperanza de vida se vean mermadas.

Por otro lado, numerosos estudios han corroborado que la inclusión de la actividad física dentro de la rutina de las personas con algún problema de salud mental tiene casi los mismos efectos que el tratamiento farmacológico en aquellas personas que padecen ansiedad o depresión. Del mismo modo, aquellas personas que practican actividad física de manera continuada reducen la probabilidad de padecer alguno de estos trastornos. A pesar de estos beneficios, la inclusión de la actividad física como parte del tratamiento de las personas con problemas de salud mental es todavía una utopía.

De este modo la inclusión de la actividad física dentro de las funciones de la asistencia personal es una herramienta realmente poderosa con la que se pueden trabajar diferentes aspectos de la vida de una persona y por lo tanto con la que mejorar su calidad de vida.

Por lo general, desde el ámbito social no es una práctica con la que se trabaje demasiado, por lo que se debería potenciar más este tipo de acciones basadas en la actividad física, por todos los beneficios que aporta al colectivo de personas con

problemas de salud mental en este caso.

También es importante destacar varios aspectos fundamentales a la hora de incorporar la actividad física dentro de la asistencia personal. Por un lado, es primordial que sea el usuario la persona que elija que tipo de actividad física es la que quiere realizar, para que de este modo él se sienta motivado y tenga ganas, también es importante que se establezcan unos objetivos a corto plazo con los que él usuario pueda ir viendo los avances que va logrando y potenciar de esta manera su motivación. Por otro lado, el asistente personal debe retroalimentar positivamente todo aquello que el usuario vaya consiguiendo, y animarle de manera continuada para que siga alcanzando sus metas.

Por último, la realización de cualquier actividad llevada a cabo con personas con trastornos mentales dentro de los recursos comunitarios facilita la ruptura de estereotipos y prejuicios acerca de este colectivo. Es idóneo para que la gente se dé cuenta de que son personas que pueden hacer lo mismo que cualquier otra, de este modo se normalizaría el compartir espacios públicos y nos centraríamos más en las similitudes que en las diferencias entre unos y otros.

La aportación de este trabajo se basa en que a través de algo tan sencillo como realizar actividad física de manera continuada con personas con problemas de salud mental, se puede mejorar e incidir en diferentes ámbitos de la vida de estos. Como se ha visto con el desarrollo de la intervención, se ha podido mejorar varios aspectos de la vida del usuario de manera indirecta simplemente yendo al gimnasio y a la piscina, invirtiendo un máximo de 3 horas semanales en la realización de dichas actividades. Con esto se pretende animar a las personas que trabajan con este colectivo a llevar a cabo acciones similares, dado que es una actividad accesible para todas las personas, que se puede adaptar a las habilidades y cualidades de cada individuo y con la que poder hacer uso de los espacios comunitarios. Además, no es necesario llevarlo a cabo en espacios como gimnasios o piscinas municipales, la calle puede ser el espacio donde realizar cualquier actividad física.

Dentro de las limitaciones que tiene la propuesta de intervención es que esta depende del momento en el que se encuentra el usuario y de la adherencia que este tenga al tratamiento. Si nos encontrásemos con que el usuario está en un periodo de inestabilidad, donde no toma la medicación según lo pautado por los profesionales, seguramente el desarrollo de la intervención hubiera sido muy diferente. Es por ello que hay que tener siempre en cuenta estos aspectos a la hora de hacer una intervención de

este estilo. En cuanto a la limitación que ha tenido en sí la puesta en práctica de dicha acción, es que no se le ha conseguido dar la autonomía e independencia suficiente al autónomo como para que este fuera de manera individual a las actividades. Como la intervención acabó a mediados de mes, se tenía la esperanza de que fuese él de manera autónoma al gimnasio y a la piscina al menos hasta que acabase el mes, pero esto no fue así, por lo que habría que plantearse trabajar esta dependencia con el asistente a la hora de realizar actividades.

En cuanto a la propuesta de mejora, sería interesante realizar la intervención con más de un usuario, que ambos hicieran actividad física de manera conjunta y que con el paso de las semanas estos fueran ganando confianza y autonomía y no tuvieran la necesidad de que les acompañase el asistente personal, reforzando de esta manera el apoyo entre iguales. Por otro lado, también hubiera sido interesante comprobar cuáles hubieran sido los resultados si en vez de haber realizado ejercicio de manera individual (en el gimnasio y en la piscina) este se hubiera llevado a cabo de manera colectiva a través de las diferentes clases que ofrecen las instalaciones polideportivas, es probable que de esta manera el usuario hubiera conocido e interactuado con más gente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (5 de octubre, 2021). La Junta esperará a la Estrategia Nacional de Salud Mental para implementar una regional. *El Español*. [La Junta esperará a la Estrategia Nacional de Salud Mental para implementar una regional \(elespanol.com\)](https://www.elspanol.com/salud/la-junta-esperara-a-la-estrategia-nacional-de-salud-mental-para-implementar-una-regional/)
- Airasca, D., y Giardini, H. (2011). *Actividad física, salud y bienestar*. Editorial Nobuko.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Atienza, F. L., Moreno, Y. y Balaguer, I (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universidad Tarraconensis*, 23(1-2), 29-42.
- Bañez, T., y Comas, D. (2021). El asistente personal como trabajador/a: su implantación en España. *Revista de servicios sociales*, 74, 99-113.  
<https://doi.org/10.5569/1134-7147.74.06>
- Carlson, A.M. y Bourd, R.J. (2011). *Counseling on physical activity to promote mental health. Practical guidelines for family physicians. Can Fam Physician*, 57(4), 399-401.
- Ceballos, I., y Casanova, R. (2017). La función y el valor del deporte en AFIVES. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 65, 124–140.
- Centro de Investigaciones Sociales. (2021, febrero). *Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19* (N.º 3312).
- Etxeberria Mauleón, X., y Goicoetxea Iturregui, M. J. (2019). Marco ético de la asistencia personal. *La Asistencia Personal en salud mental* (pp. 25–48). EDINTRAS.

Eurostat Statistics Explained. (4 abril de 2022). *Mental Health and Related Issues Statistics*. [.https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics)

[explained/index.php?title=Mental\\_health\\_and\\_related\\_issues\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics)

Giambelluca, S., y Pizzo, I. (2019). La actividad física en salud mental: necesidades formativas de los profesionales. En Mental European Network of Sport Event (Ed.), *12 artículos que conectan salud mental con deporte y actividad física* (119-124). Comisión Europea.

Guzman, R., y Silva, P. (s. f.). *Modelo Biopsicosocial en Salud ¿Cuál es la importancia?* Instituto Salamanca. <https://institutosalamanca.com/blog/modelo-biopsicosocial-en-salud-cual-es-la-importancia/#:~:text=El%20Modelo%20Biopsicosocial,-A%C3%B1ade%20importancia%20a&text=Consiste%20en%20integrar%20los%20factores,el%20psicol%C3%B3gico%20y%20el%20social.>

Junta de Castilla y León. (2006). *Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica*.

Junta de Castilla y León. (s. f.). *Prestación económica para la asistencia personal en situación de dependencia*. Recuperado 16 de mayo de 2022, de [http://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/\\_/1284657345640/Informe#:~:text=Estar%20empadronado%20y%20residir%20en,que%20re%C3%BAa%20condiciones%20de%20idoneidad](http://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/_/1284657345640/Informe#:~:text=Estar%20empadronado%20y%20residir%20en,que%20re%C3%BAa%20condiciones%20de%20idoneidad)

Kinti, R. (2018). El papel de la administración pública en la reducción del estigma a través del deporte. En Mental European Network of Sport Event (Ed.), *12 artículos que conectan salud mental con deporte y actividad física* (87-95). Comisión Europea.

- Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. 15 de diciembre 2006, Boletín Oficial del Estado, N°299.
- López, M., y Álvarez, C. (2020, julio). La asistencia en personal en España. Perspectiva de sus protagonistas: personas beneficiarias, responsables de la asistencia personal de las entidades proveedoras y asistentes personales. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 10 (19), 224-256. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i19.11811>
- López, M., y Ruiz, S. (2013). Asistencia personal: herramienta para una vida independiente. Situación actual. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*, 59, 6-33.
- Lozano, A. Robles, E. y Quezada, M.Y. (2020). *Asistencia personal en salud mental. Experiencia de salud mental Castilla y León*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2017). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Encuesta nacional de salud*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, Período 2022–2026*. Madrid.
- Mullor, D., Januario, N., Cangas, A. J., Gallego, J., Aguilar, J. M., y Ferreira, V. (2017, diciembre). Efectos de un programa inclusivo de deporte y actividad física en la autoestima y la ansiedad en personas con trastornos mentales graves, *Medi@ções*, 5(2), 97–111.
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001:*

*Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.*

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental.*

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013–2020.*

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Mental Health Atlas 2020.*

Organización Mundial de la Salud.(2022). CIE-11 Clasificación *Internacional de Enfermedades. para estadísticas de mortalidad y morbilidad.*

Pappous, A., y Zafeiri, A. (2018). Indicadores de salud mental y actividad física. En Mental European Network of Sport Event (Ed.), *12 artículos que conectan salud mental con deporte y actividad física (55-60).* Comisión Europea.

Prieto Lobato, J. M. <sup>a</sup>, de la Rosa Gimeno, P., y Izquieta Etulain, J. L. (2019). La asistencia personal para personas con discapacidad y enfermedad mental grave en Castilla y León. En T.Orihuela, L. Cantero y A. Lopez(Ed.), *La Asistencia Personal en salud mental* (pp. 251–272). EDINTRAS.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

SAAD. (2022, abril). *Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.* IMSERSO.

Secretaría de Estado de Comunicación. (2021, 3 diciembre). *Consejo de Ministros.*

Consejo de la Moncloa.

<https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/documents/2021/refc20211203.pdf>

Universidad de Valladolid. (s. f.). *Memoria del Grado de Educación Social de la Universidad de Valladolid* (N.º 5).

<http://www.feyts.uva.es/sites/default/files/MemoriaEDUCACIONSOCIAL%28v5%29.pdf>

Verdugo Alonso, M. Á., Arias Martínez, B., Gómez Sánchez, L. E., y Schalock, R. L. (2008). *Escala GENCAT: formulario de la Escala GENCAT de calidad de vida*. Àgora Solucions Logístique.

Zschucke, E., Gaudlitz, K., y Ströhle, A. (2013). Exercise and physical activity in mental disorders: clinical and experimental evidence. *Journal of preventive medicine and public health*, 46(1), 12–21.

<https://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S.S12>

# ANEXOS

## Anexo 1: Escala Gencat (Verdugo et al, 2008) al inicio de la intervención

Tabla 22

*Escala Gencat realizada antes de realizar la intervención*

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
1. Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2. Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3. Está alegre y de buen humor	4	3	2	1
4. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad	1	2	3	4
5. Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6. Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
7. Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8. Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
<b>Puntuación total: 19</b>				
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10. Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11. Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12. Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13. Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14. Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	4	3	2	1
15. Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo	4	3	2	1
16. La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
17. Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
<b>Puntuación total: 25</b>				
<i>ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valorar su relación con los compañeros del centro</i>				
<i>ITEM 17: si tienen discapacidad, son personas mayores, tienen problemas de salud mental</i>				
<b>BIENESTAR MATERIAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
18. El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	4
19. El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1

20. Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
21. Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
22. El lugar donde vive está limpio	4	3	2	1
23. Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
24. Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos	1	2	3	4
25. El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades	4	3	2	1
<b>Puntuación total: 31</b>				
<i>ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valorar la seguridad del centro</i>				
<b>DESARROLLO PERSONAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
26. Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan	1	2	3	4
27. Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
28. El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
29. Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
30. Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable	4	3	2	1
31. El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
32. Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
33. Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
<b>Puntuación total: 24</b>				
<i>ITEMS 29, 31, 34: si la persona no tiene trabajo, valorar respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.</i>				
<b>Bienestar físico</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
34. Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
35. Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
36. Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
37. Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
38. Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
39. En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma	4	3	2	1
40. Sus problemas de salud le producen dolor y malestar	1	2	3	4
41. Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4
<b>Puntuación total: 14</b>				

<p><i>ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas</i></p> <p><i>ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.</i></p> <p><i>ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente</i></p> <p><i>ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o casi nunca"</i></p>				
<b>AUTODETERMINCIÓN</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
42.Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
43.Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
44.En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
45.Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
46.Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
47.Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
48.Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
49.Organiza su propia vida.	4	3	2	1
50.Elige con quién vivir.	4	3	2	1
<b>Puntuación total: 31</b>				
<p><i>ITEM 43, 44 Y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuando" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas</i></p>				
<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
51.Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
52.Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
53.Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
54.Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad	1	2	3	4
55.Sus amigos le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
56.El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad	4	3	2	1
57.Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
58.Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
<b>Puntuación total: 23</b>				
<b>DERECHOS</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
59.Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
60.En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
61.Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
62.Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados	1	2	3	4

63.En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
64.En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad	4	3	2	1
65.Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.	1	2	3	4
66.En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos 4 3 2 1 (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
67.El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
68.Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
<b>Puntuación total: 40</b>				

Fuente: elaboración propia a partir de Escala Gencat (Verdugo et al, 2008)

## Anexo 2. Escala Gencat (Verdugo et al, 2008) al acabar la intervención

**Tabla 23**

*Escala Gencat después de realizar la intervención*

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
1.Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2.Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3.Está alegre y de buen humor	4	3	2	1
4.Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad	1	2	3	4
5.Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6.Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
7.Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8.Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
<b>Puntuación total: 23</b>				
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
9.Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10.Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11.Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12.Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13.Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14.Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	4	3	2	1

15.Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo	4	3	2	1
16.La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
17.Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
<b>Puntuación total: 27</b>				
<i>ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valorar su relación con los compañeros del centro</i> <i>ITEM 17: si tienen discapacidad, son personas mayores, tienen problemas de salud mental</i>				
<b>BIENESTAR MATERIAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
18.El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	4
19.El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
20.Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
21.Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
22.El lugar donde vive está limpio	4	3	2	1
23.Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
24.Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos	1	2	3	4
25.El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades	4	3	2	1
<b>Puntuación total: 31</b>				
<i>ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valorar la seguridad del centro</i>				
<b>DESARROLLO PERSONAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
26.Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan	1	2	3	4
27.Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
28.El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
29.Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
30.Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable	4	3	2	1
31.El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
32.Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
33.Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
<b>Puntuación total: 29</b>				

ITEMS 29,31, 34: si la persona no tiene trabajo, valorar respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.

<b>BIENESTAR FÍSICO</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
34.Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
35.Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
36.Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
37.Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
38.Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
39.En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma	4	3	2	1
40.Sus problemas de salud le producen dolor y malestar	1	2	3	4
41.Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

**Puntuación total: 21**

ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas

ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.

ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente

ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o casi nunca"

<b>AUTODETERMINACIÓN</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
42.Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
43.Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
44.En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
45.Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
46.Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
47.Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
48.Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
49.Organiza su propia vida.	4	3	2	1
50.Elige con quién vivir.	4	3	2	1

**Puntuación total: 32**

ITEM 43, 44 Y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adequando" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas

<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
51.Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
52.Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1

53.Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
54.Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad	1	2	3	4
55.Sus amigos le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
56.El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad	4	3	2	1
57.Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
58.Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
<b>Puntuación total: 26</b>				
<b>DERECHOS</b>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca o casi nunca
59.Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
60.En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
61.Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
62.Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados	1	2	3	4
63.En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
64.En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad	4	3	2	1
65.Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.	1	2	3	4
66.En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
67.El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
68.Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
<b>Puntuación total: 40</b>				

Fuente: Elaboración propia a partir de Escala Gencat (Verdugo et al, 2008)

**Anexo 3. Baremo D para personas del resto de colectivos (personas con drogodependencia, VIH/SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)**

**Tabla 24**

*Baremo D de la Escala Gencat*

Puntuación estándar	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Percentil
20									>99
19		40							>99
18		39							>99
17		37-38		31-32			31-32		99
16	32	36		30		35-36	30		98
15	31	34-35		28-29		33-34	29		95
14	29-30	33		27	32	31-32	28	40	91
13	28	31-32	32	26	31	29-30	26-27	39	84
12	26-27	29-30	31	24-25	30	27-28	25	37-38	75
11	25	28	30	23	29	25-26	24	36	63
10	23-24	26-27	29	21-22	28	22-24	23	35	50
9	21-22	25	28	20	27	20-21	21-22	33-34	37
8	20	23-24	27	19	26	18-19	20	32	25
7	18-19	22	26	17-18	25	16-17	19	30-31	16
6	17	20-21	25	16	24	14-15	18	29	9
5	15-16	18-19	24	14-15	23	12-13	16-17	28	5
4	14	17	23	13	22	10-11	15	26-27	2
3	12-13	15-16	22	12	21	9	14	25	1
2	11	14	21	10-11	20		13	23-24	<1
1	8-10	8-13	8-20	8-9	8-19		8-12	10-22	<1

Nota: BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP=

Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DR=

Derechos. Fuente: Escala Gencat (Verdugo et al, 2008)

**Anexo 4. Tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida.**

**Figura 2**

*Tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida*

Total (suma de las PE)	ICV (PE compuesta)	Percentil	Total (suma de las PE)	ICV (PE compuesta)	Percentil	Total (suma de las PE)	ICV (PE compuesta)	Percentil
120	138	>99	88	107	69	57	78	8
119	137	>99	87	107	67	56	78	7
118	135	>99	86	106	65	55	77	6
117	135	99	85	105	62	54	76	5
116	134	99	84	104	60	53	75	5
115	133	99	83	103	57	52	74	4
114	132	98	82	102	55	51	73	4
113	131	98	81	101	53	50	72	3
112	130	98	80	100	50	49	71	3
111	129	97	79	99	48	48	70	2
110	128	97	78	98	45	47	69	2
109	127	97	77	97	43	46	68	2
108	126	96	76	96	40	45	67	1
107	125	95	75	95	38	44	66	1
106	124	95	74	94	35	43	65	1
105	123	94	73	93	33	42	64	1
104	122	93	72	92	31	41	63	1
103	122	93	71	92	29	40	62	1
102	121	92	70	91	27	39	61	1
101	120	91	69	90	25	38	60	<1
100	119	89	68	89	23	37	60	<1
99	118	88	67	88	21	36	59	<1
98	117	87	66	87	19	35	58	<1
97	116	86	65	86	17	34	57	<1
96	115	84	64	85	16	33	57	<1
95	114	83	63	84	14	32	56	<1
94	113	81	62	83	13	31	56	<1
93	112	79	61	82	12	30	55	<1
92	111	77	60	81	11	29	54	<1
91	110	75	59	80	9	28	53	<1
90	109	73	58	79	8	27	52	<1
89	108	71						

Fuente: Escala Gencat (Verdugo et al, 2008)