

**Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud
Mental Comunitaria
Trabajo Final de Máster**

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE
REHABILITACIÓN (PIR) DESDE LA
PERSPECTIVA DEL MODELO DE
CALIDAD DE VIDA**

Autora: Alicia Ledesma Hoyos

Tutora: Vanesa Fernández Galindo

Fecha de lectura: Octubre 2022

RESUMEN

El presente trabajo consiste en el desarrollo de un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) de una persona usuaria de la asociación AFENES que presenta un trastorno mental grave, una leve discapacidad intelectual y una discapacidad física. La usuaria, que sufre depresión debido, en gran medida, al maltrato psicológico que ha sufrido durante 29 años por parte de su familia, y que presenta una discapacidad física que la limita y le genera un gran malestar emocional, ha sido la protagonista del proceso, y tanto los objetivos como las intervenciones se han establecido y acordado con ella.

El PIR se ha elaborado según los principios del modelo de recuperación, la planificación centrada en la persona y el modelo de calidad de vida de Schalock et al. (2010), y ha sido este último y sus dimensiones de calidad de vida los que han guiado los procesos de evaluación e intervención. Por ello, el plan se ha centrado en mejorar el bienestar emocional, el bienestar material y las relaciones interpersonales de la usuaria.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental | Rehabilitación Psicosocial | Plan Individualizado de Rehabiliación | Trastorno Mental Grave | Depresión | Discapacidad Intelectual | Discapacidad Física | Recuperación | Planificación Centrada en la Persona | Calidad de Vida

ABSTRACT

The following project consists in the development of an Individual Treatment Plan for a user of the AFENES association, who presents a severe mental illness, a mild intellectual disability and a physical disability. The user, who suffers depression due, to a large extent, to the psychological maltreatment she has suffered for 29 years from her family, and who presents a physical disability that restricts her and produces a great emotional discomfort in her, has been the focus of the process, and both the goals and the interventions have been established and agreed with her.

The Individual Treatment Plan has been developed according to the recovery model, the person-centered planning and the quality of life model from Schalock et al. (2010) principles, and it has been the latter and its quality of life dimensions the ones that have guided the assessment and intervention procedures. Therefore, the plan has focused on improving the emotional well-being, the material well-being and the interpersonal relationships of the user.

KEY WORDS

Mental Health | Psychosocial Rehabilitation | Individual Treatment Plan | Severe Mental Illness
| Depression | Intellectual Disability | Physical Disability | Recovery | Person-centered planning
| Quality of Life

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	9
3. EVALUACIÓN DESCRIPTIVA	12
3.1. Instrumentos de Evaluación	12
3.2. Análisis Histórico.....	13
3.3. Análisis de la Situación Actual	14
3.4. Análisis Descriptivo.....	16
4. ANÁLISIS FUNCIONAL	17
5. FORMULACIÓN DEL CASO	21
5.1. Presentación del Problema.....	21
5.2. Factores de Vulnerabilidad	21
5.3. Factores Precipitantes	21
5.4. Factores Mantenedores	21
5.5. Factores Protectores	21
5.6. Hipótesis de Origen.....	22
5.7. Hipótesis de Mantenimiento	22
6. DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)	22
6.1. Objetivos	23
6.2. Temporalización de los objetivos	24
6.3. Desarrollo del Plan.....	24
7. CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	41
Anexo 1. Perfil de Calidad de Vida	41
Anexo 2. Registro de pensamientos y emociones.....	42
Anexo 3. Registro de pensamientos y emociones rellenado por María.....	43

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consiste en un Plan Individualizado de Rehabilitación de una persona usuaria de la asociación AFENES que presenta una leve discapacidad intelectual, una discapacidad física y sufre un trastorno mental grave.

El trastorno mental grave (TMG) se puede definir como un conjunto de categorías diagnósticas que cursan con síntomas psicóticos y/o prepsicóticos, con una duración de más de dos años, que generan problemas en alguna o algunas áreas del funcionamiento personal y social y que requieren un abordaje multidisciplinar, intersectorial y continuado. Uno de los trastornos incluidos en el concepto de TMG es la depresión, que se encuentra entre los trastornos del humor (afectivos) (Consejería de Salud, 2006; Consejería de Salud y Familias, 2020), trastorno que presenta la usuaria con la que se va a realizar el presente PIR.

Por otro lado, la salud mental, según la OMS (Ministerio de Sanidad, 2022), puede definirse como una situación de satisfacción general en la que la persona conoce cuáles son sus habilidades, es capaz de soportar los inconvenientes de la vida, es capaz de ocuparse productivamente y puede colaborar en su comunidad. Por consiguiente, no comprende solo la falta de problemas de salud mental, sino que está asociado al fomento de la calidad de vida, la prevención de problemas de salud mental, el tratamiento integral y la recuperación de las personas.

En España, en el año 2017, un 10,8% de la población mencionó haber sufrido algún problema de salud mental, y un 3,8% de la población española mencionó tener dificultades para las actividades de la vida diaria ocasionadas por un problema de salud mental. En cuanto a Andalucía, la población en riesgo de mala salud mental en 2017 era del 26,50%, siendo este porcentaje mayor en mujeres, 33,03%; que en hombres, 19,70% (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017).

Según el Ministerio de Sanidad (2022), el cuidado de la salud mental de las personas y las comunidades es imprescindible para la mejora de la calidad de vida de estas y para que puedan desempeñar una adecuada ciudadanía en la que puedan practicar sus derechos y deberes. No obstante, la salud mental no está atendida de manera adecuada.

Una buena manera de atender a las personas con problemas de salud mental es desde el ámbito de la rehabilitación psicosocial. La rehabilitación psicosocial se puede definir como un procedimiento cuyo objetivo general es ayudar a reinsertarse en la comunidad a aquellos individuos que tienen problemas psiquiátricos, y a mejorar su desempeño psicosocial para que puedan desenvolverse en su entorno de la manera más normalizada y autónoma posible (Alonso y Monleón, 2002). La rehabilitación psicosocial considera a la persona como protagonista de su proceso, y es ella la que establece las metas que quiere lograr, teniendo en cuenta su situación vital, sus necesidades, metas y expectativas. El profesional actúa de facilitador, ofreciendo los apoyos y oportunidades necesarios para alcanzar los objetivos establecidos (Fernández y Ballesteros, 2017). En el ámbito de la rehabilitación psicosocial, los objetivos de intervención no solo se centran en el diagnóstico, los síntomas y la adherencia a la medicación, sino que se enfocan más en el soporte familiar y social, la independencia económica y los problemas en las actividades de la vida diaria (Navarro et al., 2008).

El abordaje terapéutico recomendado por el Ministerio de Sanidad (2022) concuerda con estos principios. Según la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”, la atención a las personas con problemas de salud mental debe considerar a estas personas como sujetos de derecho; debe favorecer su participación y la de sus familiares en todos los niveles de la intervención: planificación, desarrollo y evaluación; debe fundamentarse en el diálogo y en la escucha activa; debe basarse en el modelo de recuperación, fomentando el desarrollo de unos objetivos vitales, el restablecimiento de la identidad personal y la recuperación de la funcionalidad en todas las áreas de su vida; la atención debe ser personalizada, segura y centrada en la persona, con un tratamiento individualizado que se ajuste a las necesidades de la persona en todo momento, con un entorno en el que la persona pueda expresar su opinión, y dándole protagonismo en su proceso de recuperación y destacando sus fortalezas, capacidades y recursos; debe asegurarse la continuidad asistencial y de cuidados a lo largo de la vida de la persona; y la relación entre profesionales y personas usuarias debe estar fundamentada en el reconocimiento mutuo, el acompañamiento y la cooperación.

Estos principios, junto a otros basados en los modelos de recuperación, planificación centrada en la persona y calidad de vida, que se explicarán en la siguiente sección, son los que han guiado el presente Plan Individualizado de Rehabilitación.

Este PIR se ha realizado en la asociación AFENES, y para entender el papel que cumple en Málaga y sus funciones, primero hay que conocer cómo se organiza la atención a la salud mental en Andalucía.

En Andalucía, la red de atención a la salud mental está compuesta de los recursos del Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA), los recursos y programas de apoyo social y las asociaciones de apoyo mutuo de personas usuarias y familiares. En el SSPA, el primer contacto que tienen las personas con problemas de salud mental es con la atención primaria. La atención especializada tiene lugar en un sistema de dispositivos sanitarios repartidos por la comunidad andaluza, y organizados en las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM), que dependen de las distintas áreas hospitalarias o áreas de gestión clínica, y que cuentan con distintos tipos de atención: ambulatoria, domiciliaria, hospitalización parcial y completa (Consejería de Salud, 2016; Servicio Andaluz de Salud [SAS], 2014). Esta red está compuesta por los siguientes dispositivos (SAS, 2014):

- **Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC).** Se trata del primer nivel de atención con el que los demás dispositivos de la atención a la salud mental se coordinan, y desde donde se deriva a las personas a los demás dispositivos. Proporcionan una atención integral en régimen ambulatorio o domiciliario.
- **Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J).** Ofrecen una atención ambulatoria, de hospitalización completa o parcial a la población menor de edad.
- **Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM).** Son unidades de hospitalización completa y de corta estancia.
- **Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM).** Son unidades de hospitalización diurna establecidas como recursos intermedios entre las USMC y las UHSM.
- **Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM).** Proporcionan una atención ambulatoria a usuarios con trastorno mental grave para mejorar su desempeño psicosocial.
- **Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM).** Ofrecen un tratamiento intensivo a personas con TMG en régimen de hospitalización completa o parcial y de media estancia.

En lo que respecta a la red de asociaciones de apoyo mutuo de Andalucía, es bastante grande y variada (Consejería de Salud, 2016). Entre ellas se encuentra la Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES Andalucía), de la que forma parte la Asociación para personas con problemas de salud mental y sus familiares (AFENES), en la que he realizado las prácticas del Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria.

AFENES es una asociación sin ánimo de lucro que cuenta con varias sedes en la provincia de Málaga y que atiende a personas con problemas de salud mental y a sus familiares. AFENES desarrolla actividades tanto en las propias sedes como en la comunidad, y también realiza actividades y formaciones junto a otras entidades como FAISEM y Confederación Salud Mental España. Las personas que acuden a AFENES suelen conocer la asociación a través de recomendaciones de conocidos, de los profesionales de los centros de salud o de FAISEM, pero no se produce una derivación propiamente dicha, ya que AFENES es una asociación sin ánimo de lucro, no un recurso del SSPA. No obstante, AFENES está en coordinación con las Unidades de Salud Mental Comunitaria, con las que mantiene reuniones frecuentemente. Los objetivos generales del dispositivo son los siguientes:

- Mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y la de sus familiares.
- Favorecer la recuperación y la inclusión social de las personas con problemas de salud mental.
- Luchar contra el estigma social que sufren las personas con problemas de salud mental.
- Promover el desarrollo de un proyecto de vida.
- Fomentar la autonomía de las personas con problemas de salud mental.
- Favorecer la información y formación sobre salud mental de los familiares de las personas con enfermedad mental.
- Estimular el desarrollo de hábitos saludables de las personas con problemas de salud mental.
- Promover el establecimiento de relaciones personales entre las personas usuarias.
- Fomentar la participación social y realización de actividades en la comunidad de las personas con problemas de salud mental.

Como se ha comentado anteriormente, AFENES realiza actividades en las sedes y en la comunidad, de lunes a viernes, por la mañana y por la tarde. Las principales actividades que se realizan son las siguientes:

- Acompañamiento individual.
- Intervención en crisis.
- Actividades deportivas: senderismo, pádel, fútbol, yoga, aquagym y gimnasia de mantenimiento.
- Club social.
- Arteterapia.

- Taller de habilidades sociales y autoestima.
- Taller de búsqueda activa de empleo.
- Salidas de ocio y tiempo libre.
- Grupo de apoyo familiar.
- Grupo de apoyo mutuo de experiencias en primera persona.
- Grupo de apoyo familiar en patología dual.
- Grupo de empoderamiento femenino.

Por último, en cuanto al plan individualizado de rehabilitación (PIR), consiste en la planificación de la labor rehabilitadora que deriva de la fase de evaluación, en la cual se determinan las competencias y déficits de la persona para desenvolverse de manera independiente e integrada en la comunidad. El PIR se trata de un diseño individualizado, ajustado a la persona y a sus particularidades, que debe incorporar unos objetivos bien definidos y una intervención sistemática, estructurada secuencialmente, dinámica y flexible. El PIR posibilita desarrollar una propuesta operativa y programada de trabajo a través de la información adquirida en la evaluación (Fernández, 2010).

El PIR debe estar consensuado con la persona usuaria, y los objetivos a alcanzar y los medios para conseguirlos deben estar claramente definidos. Para ello, el PIR debe incluir las competencias que la persona usuaria ha de aprender y la manera de aprenderlas, de manera que influyan de manera directa y positiva en su vida; los apoyos y recursos de su entorno que deba aprovechar; y las demandas del entorno que deba enfrentar y cómo hacerlo (Fernández, 2010).

Actualmente en AFENES no se llevan a cabo Planes Individuales de Rehabilitación. Cuando una persona acude a la asociación, se le realiza una entrevista inicial, se recoge la información más relevante y se guarda en una base de datos, y se le explica a la persona las distintas actividades que se realizan, y es la persona quien elige a qué actividades acudir y con qué frecuencia. Las personas usuarias y sus familiares también tienen la opción de tener sesiones individuales con el o la profesional que ellos elijan, con la frecuencia que necesiten. En cada actividad y taller se lleva a cabo un seguimiento de las personas que acuden, y con frecuencia se mantienen reuniones con las USMC o con profesionales de distintos dispositivos, como centros de salud o centros de servicios sociales, para realizar el seguimiento de determinados usuarios, pero de manera general no se realizan evaluaciones mediante instrumentos de evaluación ni se establecen por escrito objetivos de intervención.

Todo esto es debido a la falta de tiempo y de profesionales. En AFENES se atiende a un número aproximado de 800 personas al año, pero solo disponen de cuatro técnicos (con distintas titulaciones: integración social, psicología y/o trabajo social) y cinco monitores para todas las sedes, por lo que resulta difícil recoger por escrito todo lo que se hace y llevar a cabo un seguimiento exhaustivo de los usuarios.

Por todo ello consideré necesario y beneficioso realizar un Plan Individualizado de Rehabilitación a una usuaria de AFENES que acude con regularidad a la asociación, que tiene conciencia de enfermedad y motivación para conseguir sus objetivos, y que presenta un caso complejo, ya que no solo sufre un trastorno mental grave, sino también una discapacidad física y una leve discapacidad intelectual.

2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El presente PIR se ha realizado con un enfoque en la recuperación, la planificación centrada en la persona y el modelo de calidad de vida de Schalock et al. (2010). Se han elegido estos modelos por ser los que dan protagonismo a la persona, por centrarse en las capacidades y fortalezas de esta, por tener como objetivo el desarrollo de un proyecto de vida significativo para la persona y por concordar con los principios que dirigen la práctica en la asociación AFENES. El modelo de calidad de vida de Schalock et al. (2010), con sus ocho dimensiones, que se explicarán en este apartado, es el que va a guiar las fases de análisis descriptivo e intervención.

En primer lugar, la recuperación, según Liberman et al. (2002, en Rosillo et al., 2013), es un concepto que implica el aumento de la autonomía personal, la ejecución de roles sociales significativos, la conservación de relaciones interpersonales valiosas y la aceptación de los síntomas, de manera que la persona consiga una integración en la sociedad que le permita vivir una vida satisfactoria. La recuperación es un proceso continuo, evolutivo y no lineal (Rosillo et al., 2013). El concepto de recuperación en las personas con problemas de salud mental implica la recuperación de las capacidades físicas y sociales, el restablecimiento de unos objetivos vitales realistas y un proceso de búsqueda personal (Guinea, 2021; Henwood et al., en Zaraza y Contreras, 2020). Según Huizing et al. (2013, en Broncano, 2016) la recuperación no siempre implica una recuperación clínica, sino que consiste en vivir una vida con sentido a pesar de los síntomas de la enfermedad mental.

El modelo de recuperación, frente al modelo médico, no se enfoca en la enfermedad, sino en el bienestar de la persona y en sus fortalezas (Broncano, 2016). El foco se coloca en la persona, quien tiene un papel activo en la construcción de una vida satisfactoria y en la recuperación de su identidad, de su vida social y de su proyecto vital, pese a la discapacidad que puede conllevar el trastorno mental (Davidson y González, 2017; Guinea, 2021).

En cuanto a la planificación centrada en la persona (PCP), se trata de un modelo que fomenta la calidad de vida y el bienestar de la persona a través de una atención individualizada y adecuada a las habilidades, fortalezas y necesidades de la persona (Benito et al., 2016). La PCP consiste en un proceso de colaboración establecido con el fin de ayudar a la persona a conseguir los recursos y servicios que necesita para aumentar su calidad de vida según sus preferencias y valores (Mata y Carratalá, 2007).

La planificación centrada en la persona se centra en las fortalezas de la persona, en lugar de en su patología (Taylor y Taylor, 2013). Las limitaciones de la persona solo son tenidas en cuenta para buscar los apoyos necesarios para que la persona alcance sus objetivos (Urizarna et al., 2018). En este modelo, la persona es el centro de la intervención (Mata y Carratalá, 2007). El objetivo de la PCP es que la persona retome el control de su vida (López et al., 2004; Urizarna et al., 2018).

La planificación centrada en la persona ha demostrado ser realmente beneficiosa, ya que cuando las personas con problemas de salud mental participan de manera activa en su atención, obtienen resultados clínicos mejores, entre los que se incluyen una reducción en el uso de los servicios hospitalarios de emergencia, menores periodos de hospitalización, disminución de la ansiedad y el estrés y mejora de la adherencia al tratamiento (de Silva, 2011; Balik et al., 2011; de Silva, 2012; Stanhope et al., 2013; citados en Miller et al., 2017). Stanhope et al. (2021) mencionan varios estudios (Claes et al., 2010; Tondora et al., 2010; Stanhope et al., 2013) que han demostrado que la planificación centrada en la persona aumenta la participación de la persona en la comunidad y en el servicio de atención y mejora la calidad de vida y la adherencia a la medicación. Además, la PCP ha demostrado mejorar la calidad de vida de las personas en sus ocho dimensiones (Urizarna et al., 2015; Ruiz et al., 2014; ambos citados en Urizarna et al., 2018).

Por último, la calidad de vida es un concepto que apareció en los años 80, por un lado, como una idea acerca de lo que es significativo en la vida de las personas, y por otro, como un constructo social que orienta la política y la práctica. Este concepto ha evolucionado, y actualmente la calidad de vida es un factor que se puede medir y que orienta la ejecución de programas y la evaluación de resultados (Schalock y Verdugo, 2007; Verdugo et al., 2013).

Según autores como Schalock et al., (2010) y Gómez et al. (2010), la calidad de vida individual es un constructo con numerosas dimensiones constituido por elementos objetivos y subjetivos y por dominios centrales influidos por factores personales y ambientales. Estos dominios son los mismos para todas las personas, pero sufren modificaciones individuales en valor relativo e importancia. Además, según el modelo conceptual de calidad de vida (Schalock et al., 2010), la calidad de vida se compone de ocho dominios: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Estos indicadores están influidos por la cultura y el entorno en el cual se aplican (Schalock y Verdugo, 2007, en Verdugo et al., 2013).

El modelo de calidad de vida es útil y beneficioso en el ámbito de la salud mental, tanto a nivel individual para proponer los objetivos de intervención y los apoyos, como a nivel organizacional para programar y valorar los servicios (Verdugo y Martín, 2002). Según Van Loon (2015, en Aja et al., 2020), los planes individuales deben diseñarse con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, y deben recoger lo que la persona quiere y necesita. Son numerosos los estudios que han validado de manera transcultural el marco conceptual y de evaluación de calidad de vida (Schalock et al., 2010). Según un estudio realizado por Morisse et al. en 2013, el modelo conceptual de calidad de vida de ocho dominios es válido para evaluar la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental. Además, el modelo de calidad de vida puede orientar el diseño de programas individuales y la evaluación de resultados individuales. En la Planificación Centrada en la Persona, la calidad de vida es el núcleo de las intervenciones de mejora personal (Verdugo et al., 2013). El uso de la PCP implica la participación del usuario en el establecimiento de los objetivos del plan de intervención y en la toma de decisiones. Esto supone una mejora en la calidad de vida de los usuarios, ya que sienten que tienen el control de sus vidas (Schalock y Siperstein, 1999, en Aja et al., 2020). Llevar a cabo un plan individualizado de tratamiento mediante un modelo que considera a la persona como un todo y que contempla su situación desde distintas perspectivas, con el objetivo de que la persona cumpla sus metas vitales, conlleva un aumento de la calidad de vida de la persona (Aja et al., 2020).

Por ello, es compatible desarrollar un Plan Individualizado de Rehabilitación conforme a los principios de recuperación, planificación centrada en la persona y el modelo de calidad de vida.

3. EVALUACIÓN DESCRIPTIVA

3.1. Instrumentos de Evaluación

Los instrumentos de evaluación utilizados para obtener información sobre la situación psicopatológica y las áreas vitales de María han sido las siguientes:

- **Entrevista semi-estructurada.** Entrevista con preguntas abiertas acerca de aspectos clínicos, biográficos, personales, sociales y familiares, y sobre las áreas vitales.
- **Escala Fumat.** Esta escala tiene como finalidad valorar de manera objetiva la calidad de vida de personas con diversidad funcional y personas mayores beneficiarias de algún servicio social. Este instrumento es válido y fiable para los planes de intervención individualizados e intervenciones centradas en la persona (Gómez et al., 2008; Verdugo et al., 2009). La escala consta de 57 afirmaciones repartidas en ocho bloques, que corresponden a las ocho dimensiones del modelo de calidad de vida anteriormente mencionado: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. La persona debe responder a las afirmaciones siguiendo una escala de cuatro opciones: “siempre o casi siempre”, “frecuentemente”, “algunas veces” o “nunca o casi nunca”. Posteriormente, se suman las puntuaciones de cada dimensión y se interpretan los resultados como se describe en el documento “Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala Fumat” (Verdugo et al., 2009).
- **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).** Este instrumento es útil para identificar síntomas depresivos en población normal y clínica. Este instrumento tiene unas cifras de fiabilidad, de validez convergente y de validez discriminante altas (Sanz y Vázquez, 1998). El test consta de 21 ítems, correspondientes a síntomas depresivos, que la persona debe calificar del 0 al 3 (a mayor puntuación, mayor gravedad), en función de cómo se ha sentido la persona en las últimas dos semanas. Al finalizar, se suman las puntuaciones y, en función de estas, se le asigna al evaluado uno de los siguientes grados de depresión: 0-13 puntos, mínima depresión; 14-19 puntos, depresión leve; 20-28 puntos, depresión moderada; y 29-63 puntos, depresión grave.

3.2. Análisis Histórico

Para preservar el anonimato de la usuaria, se utilizará el nombre de María para referirse a ella.

María tuvo una infancia dura, ya que nació con cifoescoliosis, lo que ocasionó que le realizaran varias operaciones cuando era pequeña. Además, tenía un escaso contacto con su padre y sufrió maltrato psicológico por parte de su familia paterna y de su tío Juan (hermano de su madre). María vivió en Álora con su madre, su abuela Salvadora y su tío Juan hasta 2019, cuando se mudó a Málaga con su madre, con la que vive actualmente. Tiene muy malos recuerdos de cuando vivía en Álora, ya que su tío Juan y su familia paterna la maltrataban psicológicamente; le hablaban de manera agresiva, le criticaban continuamente, le pedían y exigían favores frecuentemente y no se preocuparon por ella en ninguna de sus operaciones, entre otras cosas. Lo único que echa de menos de esa época es el perro que tuvo desde los 15 a los 28 años, ya que a María le encantan los animales, especialmente los perros.

En cuanto a su padre, se separó de la madre de María cuando esta tenía un año. Veía a su padre una vez al mes aproximadamente, y se iba el fin de semana con él, pero María refiere pasar poco tiempo con él, ya que él se iba y la dejaba con su novia o con su familia. Cuando María tuvo las operaciones, su padre no iba a visitarla con frecuencia, y cuando lo hacía no se quedaba más de 10 minutos. Cuando María cumplió los 10 años, su padre empezó a acercarse más a ella, y le veía cada 15 días aproximadamente, pero de nuevo no pasaba mucho tiempo con él, ya que la dejaba con su familia, quienes según refiere María, le decían continuamente lo que tenía que hacer y “no aceptaban un no por respuesta”. En 2013, cuando María tenía 23 años, se cansó del maltrato que sufría por parte de su familia paterna y se alejó de ellos, a lo que ellos respondieron acosándola por la calle, llamándole y mandándole mensajes de whatsapp insultándola y amenazándola. Finalmente, María acabó denunciando a su padre y a su tía Inés. Desde entonces no mantiene contacto ni con su padre ni con nadie de su familia paterna.

Por lo que respecta a su etapa educativa, María estudió hasta la ESO y posteriormente realizó el grado medio de gestión administrativa y un curso de auxiliar de veterinaria. En toda su época escolar tuvo pocos amigos, y en el instituto sufrió bullying. Además, tenía problemas para los estudios ya que presenta trastorno de déficit de atención y un coeficiente intelectual por debajo de la media.

Con 24 años trabajó de barrendera durante un mes. Refiere que al principio le daba vergüenza que la vieran trabajar, pero que le gustaba el trabajo, aunque se cansaba mucho debido a su discapacidad física. Posteriormente, con 28 años, estuvo un mes de prácticas en una veterinaria lavando y pelando a perros, lo que refiere que disfrutaba ya que le encantan los animales.

En cuanto a su historia clínica, en 2009 acudió por primera vez al psiquiatra, ya que se sentía triste, decaída y apática. Le diagnosticaron un episodio depresivo leve y le prescribieron antidepresivos, los cuales estuvo tomando durante un año, pero dejó de tomarlos ya que refiere no haber sentido mejora. En 2013 volvió a acudir al psiquiatra ya que se sentía triste, apática y con ansiedad, ya que no aguantaba la situación con su familia paterna. Le volvieron a recetar antidepresivos, pero no sentía mejora. Acudía al psiquiatra una vez al año, y también acudió a un psicólogo durante 4 años, pero refiere que ninguno de estos servicios le ayudaron.

En 2019 se mudó a Málaga, lo que hizo que se encontrara mejor ya que se alejó de su familia, pero en 2021 volvió a acudir a una psiquiatra ya que sentía ansiedad, muchos miedos e inseguridades y baja autoestima. Le prescribieron antidepresivos, los cuales sigue tomando, aunque sin notar mucha mejora. Con la psiquiatra ha tenido tres citas en total, y ha tenido cita con dos psicólogas distintas, pero solo ha tenido una sesión con cada una de ellas, todo debido a que en el centro de salud le dan cita con los profesionales cada 6-12 meses.

Conoció la asociación AFENES ya que en 2021 María asistía a un taller de reiki en su centro de salud, y el instructor, David (actual coordinador de AFENES), le comentó que en AFENES había un taller de reiki los viernes por la tarde, así que María empezó a acudir a este taller. En AFENES le comentaron los talleres que se realizaban, y a María le interesó el taller de habilidades sociales, al que comenzó a asistir. También empezó un acompañamiento con la psicóloga de la asociación, con la que todavía tiene citas semanales o quincenales, en función de las necesidades de María.

3.3. Análisis de la Situación Actual

María tiene diagnóstico de depresión, ansiedad y estrés postraumático por maltrato psicológico por parte de su familia. En el BDI-II ha obtenido una puntuación total de 29, lo que determina que María sufre una depresión grave. Sus síntomas actuales son tristeza, apatía, anhedonia, falta de motivación, falta de energía, irritabilidad, cansancio, sentimientos de inutilidad y de culpa, dificultad para concentrarse, sentimientos de desesperanza y baja autoestima.

Según refiere, la causa de su trastorno mental es el maltrato psicológico que ha sufrido durante 29 años por parte de su familia. También sufre un leve trastorno del desarrollo intelectual, trastorno de déficit de atención y cifoescoliosis.

Con su familia materna mantiene una relación cordial (excepto con su tío Juan), no siente que la hayan apoyado con su discapacidad física, y actualmente no queda ni habla con ellos con frecuencia. Su familia no sabe que María padece un trastorno mental, solo lo sabe su madre.

Actualmente no tiene muchos amigos, queda con poca frecuencia con algunos conocidos, y mantiene contacto por whatsapp con dos amigos y algunos conocidos. Su mayor apoyo es su madre, quien siempre la ha apoyado y ayudado.

Vive con su madre en un piso que pagan con la prestación económica que recibe su madre por cuidar de ella. Actualmente María no recibe ningún ingreso, quien lo recibe es su madre, que además de recibir la prestación económica por cuidados familiares también recibe una prestación por desempleo. Se administran el dinero entre las dos. Tienen dificultades económicas y con frecuencia solicitan ayudas y prestaciones sociales, además de gestionar el dinero para no realizar muchos gastos.

Es independiente para la mayoría de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, aunque necesita ir acompañada cuando acude a algún lugar o servicio para gestionar documentos, ya que no comprende todo lo que le explican, y tiene que apuntar lo que le dicen en un papel para que no se le olvide. También, debido a su discapacidad física, no puede coger mucho peso, por lo que en ocasiones tiene que realizar la compra acompañada de su madre.

Su rutina suele consistir en levantarse, desayunar, hacer la cama, vestirse, ordenar y limpiar la casa si tiene tiempo, acudir a AFENES los martes, jueves y viernes, volver a casa, comer o hacer la comida (se reparten esta tarea entre su madre y ella), descansar una o dos horas, ver la tele o estudiar, dar un paseo por el barrio con su madre, ducharse, ver la tele o utilizar el móvil, cenar o hacer la cena, ver la tele con su madre y acostarse. Refiere que no le gusta su rutina y que le gustaría hacer más cosas, pero que todavía no sabe qué le gusta ni qué le gustaría hacer.

En cuanto a sus ocupaciones están ordenar y limpiar su casa, preparar la comida y la cena a veces, salir a dar un paseo sola o con su madre, salir a tomar café con su madre o con algún amigo, estudiar, acudir a AFENES y acudir a las salidas de ocio que organiza AFENES.

Entre sus intereses están la semana santa, las procesiones de santos, los animales, el patinaje artístico y la gimnasia rítmica. Le gustaría practicar estos deportes, pero debido a su discapacidad física no puede. También le gustaría tener un perro, pero no puede permitírselo económicamente.

Actualmente María está desempleada y no está en búsqueda activa de empleo ya que está estudiando para presentarse a las oposiciones de telefonista del Servicio Andaluz de Empleo (SAS), y también quiere presentarse a las oposiciones de auxiliar administrativo del SAS. Además, está realizando cursos del SAS para obtener puntos para la bolsa de telefonista y de auxiliar administrativo. Su objetivo laboral es conseguir un puesto de trabajo fijo que le aporte estabilidad económica y le permita costearse un fisioterapeuta y actividades de ocio como tomar alguna bebida o comida en un bar o restaurante.

3.4. Análisis Descriptivo

El análisis descriptivo no se va a realizar por áreas de funcionamiento, sino por las ocho dimensiones del modelo de calidad de vida, que van a guiar la posterior intervención. Las dimensiones en las cuales María ha obtenido menores puntuaciones y, por tanto, son las dimensiones en las que presenta una peor calidad de vida, son las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales y bienestar material. También presenta déficits en las dimensiones de bienestar físico e inclusión social. A continuación, se detallan los problemas que presenta en cada dimensión, y en el Anexo 1 se muestra el perfil de calidad de vida de María.

- **Bienestar emocional:** presenta significativos síntomas depresivos (anhedonia, apatía, tristeza, sentimientos de culpa e inutilidad y baja autoestima).
- **Relaciones interpersonales:** su único apoyo es su madre. Mantiene escasas relaciones de amistad, y apenas tiene contacto con su familia.
- **Bienestar material:** no posee suficiente dinero para poder acudir a un fisioterapeuta ni para realizar todas las actividades de ocio que le gustarían, como tomarse un refresco o comer en un restaurante cuando sale a dar paseos por el centro de la ciudad.
- **Bienestar físico:** presenta una discapacidad física que le genera en ocasiones fuertes dolores de espalda y que le limita en algunas actividades, como la realización de algunos deportes, trabajos y tareas, además de generarle un gran malestar emocional.
- **Inclusión social:** realiza pocas actividades de ocio, y la mayoría las realiza sola, ya que no tiene amigos o familiares con los que realizarlas.

4. ANÁLISIS FUNCIONAL

A continuación, en la Tabla 1, se expone el análisis funcional de los problemas de María, especificando los estímulos o situaciones que anteceden a los problemas, las respuestas que María da ante ellos y las consecuencias a medio y largo plazo de estas respuestas.

Tabla 1. Análisis Funcional

DIMENSIÓN	ANTECEDENTES	RESPUESTAS	CONSECUENCIAS
Bienestar emocional	Cuando va al pueblo, se siente culpable por haber cortado la relación con su tío Juan.	No va a ver a su tío y queda con su familia materna.	- <i>A corto plazo</i> : siente culpabilidad y tristeza. - <i>A medio-largo plazo</i> : piensa que es mala persona por haberle puesto límites a su tío.
	Tiene dolores muy fuertes de espalda.	Toma medicación y descansa. Si le duele mucho acude a urgencias.	- <i>A corto plazo</i> : siente tristeza, frustración y desesperanza. - <i>A medio-largo plazo</i> : se siente inútil, piensa que no puede hacer todo lo que le gustaría, y siente que no es capaz de hacer lo que los demás hacen y llevar el ritmo que ellos llevan.
	No sabe si le va a dar tiempo a estudiarse todos los temas de las oposiciones y le cuesta concentrarse.	Intenta estudiar todos los días un rato.	- <i>A corto plazo</i> : siente ansiedad. - <i>A medio-largo plazo</i> : piensa que no va a ser capaz de estudiarse todos los temas.

	<p>Cuando acude a actividades culturales o de ocio al aire libre a las que acude mucha gente (por ejemplo, un desfile de moda al aire libre), debe tener cuidado para que nadie le roce la espalda¹.</p>	<p>Tiene que alejarse de la gente, por lo que tiene que colocarse lejos y no ve bien el desfile.</p>	<p>- <i>A corto plazo</i>: siente frustración. - <i>A medio-largo plazo</i>: se siente inútil e inferior a los demás.</p>
Bienestar material	<p>No tiene dinero para acudir a un fisioterapeuta.</p>	<p>Solo acude al fisioterapeuta si encuentra alguna promoción.</p>	<p>- <i>A medio-largo plazo</i>: le duele la espalda, lo que le dificulta la realización de algunas actividades y le genera malestar emocional.</p>
	<p>No tiene dinero para tomarse algo de beber o comer cuando va al centro de la ciudad.</p>	<p>Solo pasea, no va a ningún bar o restaurante.</p>	<p>- <i>A corto plazo</i>: siente frustración y tristeza. - <i>A medio-largo plazo</i>: siente insatisfacción con su situación económica y con sus escasas actividades de ocio.</p>

¹: Si le tocan o le dan un golpe en la espalda a María, le produce un dolor muy intenso y puede incluso desmayarse.

	<p>Quiere ver películas y series, pero no tiene dinero para suscribirse a plataformas de streaming, además de no tener wifi en casa.</p>	<p>No ve las películas y series que le gustaría ver.</p>	<p>- <i>A corto plazo</i>: siente aburrimiento y frustración. - <i>A medio-largo plazo</i>: siente insatisfacción con su situación económica y con sus escasas actividades de ocio.</p>
<p>Relaciones interpersonales</p>	<p>Quiere realizar una actividad de ocio con alguien, como salir a tomar algo o dar un paseo, pero no tiene con quién hacerlo y no tiene dinero.</p>	<p>No sale.</p>	<p>- <i>A corto plazo</i>: siente aburrimiento y frustración. - <i>A medio-largo plazo</i>: siente insatisfacción con su vida social y baja autoestima.</p>

5. FORMULACIÓN DEL CASO

5.1. Presentación del Problema

María sufre depresión, y sus principales síntomas son la tristeza, apatía, anhedonia, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa e inutilidad y baja autoestima. También sufre un leve trastorno del desarrollo intelectual, trastorno de déficit de atención y cifoescoliosis. Según refiere, la causa de su trastorno mental es el maltrato psicológico que ha sufrido durante 29 años por parte de su tío Juan y de su familia paterna.

5.2. Factores de Vulnerabilidad

Como se ha comentado anteriormente, María sufre depresión, trastorno del desarrollo intelectual, TDA y cifoescoliosis. Es una persona amable, educada y empática, aunque con baja autoestima y notables sentimientos de culpabilidad e inutilidad. María mantiene pocas relaciones de amistad actualmente, y apenas tiene contacto con su familia.

5.3. Factores Precipitantes

María sufrió maltrato psicológico por parte de su familia paterna y por parte de su tío Juan, con el que vivió durante 29 años. Además, durante su infancia y adolescencia no sintió el apoyo de su familia, y apenas tenía amigos.

5.4. Factores Mantenedores

María se siente culpable por haber cortado la relación con su familia paterna y con su tío Juan, además de sentirse inútil debido a su discapacidad física, que no le permite realizar todas las actividades que le gustarían, como realizar gimnasia artística o trabajar con animales.

5.5. Factores Protectores

María tiene un estilo de afrontamiento productivo, aunque padece depresión desde hace años, siempre ha buscado soluciones a sus problemas, como irse a vivir a Málaga para no vivir con su tío y alejarse de su familia paterna. También busca continuamente recursos y ayudas para su discapacidad física y su situación económica. Se propone objetivos, como presentarse a las oposiciones de auxiliar administrativo y conseguir un empleo fijo, y trabaja para conseguirlos. Aunque no tiene muchos apoyos sociales, su madre es su mayor apoyo, y en AFENES también le ofrecen apoyo psicosocial.

5.6. Hipótesis de Origen

María ha tenido una vida difícil. Sufrió maltrato psicológico por parte de su familia, lo que ha hecho que tenga una autoestima muy baja, que se sienta culpable por ponerle límites a sus familiares y, debido a los síntomas de la depresión, muchas veces piensa que merece haber sufrido ese maltrato. María nunca se ha sentido apoyada ni valorada por sus familiares y amigos, lo que ha contribuido a que tenga baja autoestima y sea muy crítica y exigente consigo misma. Además, su madre y su abuela Salvadora eran muy protectoras con ella, por lo que María sentía que no confiaban en ella y que no la veían capaz de ser responsable e independiente. Por otro lado, algunos familiares hacían comentarios respecto a su discapacidad física, incluso su familia paterna le llegó a decir que su padre se avergonzaba de ella por su enfermedad, lo que también ha contribuido a que María tenga baja autoestima y piense que sus amigos y conocidos no quieren relacionarse con ella por su discapacidad física.

5.7. Hipótesis de Mantenimiento

María tiene pocos amigos y tiene un contacto escaso con su familia materna, por lo que no se siente apoyada ni siente que sea “suficiente” para los demás, además de sentir que no merece ser querida y valorada. Además, al no tener dinero suficiente para realizar actividades de ocio, fomenta algunos síntomas de la depresión, como la apatía y la anhedonia. También, al tener una discapacidad física que le limita y en ocasiones le genera dolores intensos de espalda, María se siente inútil e inferior a los demás, y en muchas ocasiones se siente desesperanzada y cree que cada vez va a tener más dolores y más limitaciones. Además, al ser su madre sobreprotectora, María siente que su madre no confía en ella y no la considera capaz de hacer actividades sola, lo que fomenta su sentimiento de inutilidad.

6. DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)

Tanto los objetivos como las intervenciones y acciones planteadas se han establecido con María, siendo esta el centro de todas las acciones y decisiones, acorde a la planificación centrada en la persona. Como se ha comentado anteriormente, la intervención se va a basar en las ocho dimensiones de calidad de vida.

Se le explicó a María que las dimensiones en las que había obtenido menores puntuaciones eran el bienestar emocional, las relaciones interpersonales y el bienestar material. Se le preguntó qué objetivos quería conseguir ella o qué áreas o factores de su vida le gustaría cambiar, aparte de las anteriores dimensiones de calidad de vida, y refirió que le gustaría aumentar sus actividades de ocio, mejorar sus habilidades sociales (en concreto, iniciar y mantener conversaciones, comunicarse de manera asertiva y poner límites) y mejorar sus funciones cognitivas, por lo que también se incluyeron en los objetivos del PIR.

6.1. Objetivos

Objetivos generales:

- Mejorar la calidad de vida.
- Mejorar el bienestar emocional.
- Mejorar el bienestar material.
- Mejorar la situación laboral.
- Promover la inclusión social en la comunidad.
- Lograr y mantener relaciones sociales satisfactorias.

Objetivos específicos:

- Aumentar la aceptación de su discapacidad.
- Reducir los sentimientos de culpabilidad e inutilidad.
- Mejorar la autoestima.
- Promover la adquisición de un empleo estable.
- Mejorar el acceso a internet.
- Incrementar la realización de actividades de ocio y tiempo libre.
- Establecer relaciones sociales.
- Mejorar las habilidades sociales.
- Estimular las funciones cognitivas.

Una vez establecidos estos objetivos de manera conjunta con María, se le preguntó cuáles eran prioritarios para ella, estableciendo el siguiente orden de prioridades:

1. En primer lugar, desea mejorar su bienestar emocional (aceptación de su discapacidad, reducción de sentimientos de culpabilidad e inutilidad y mejora de la autoestima).
2. En segundo lugar, quiere aumentar la realización de actividades de ocio y tiempo libre.

3. En tercer lugar, desea incrementar sus relaciones sociales.
4. En cuarto lugar, quiere mejorar su bienestar material, en concreto, mejorar el acceso a internet y conseguir un empleo estable para mejorar su situación económica.

Los demás objetivos, por falta de tiempo, no se van a trabajar en este PIR, pero se tendrán en cuenta para futuras intervenciones con María.

6.2. Temporalización de los objetivos

El presente PIR tiene una duración estimada de seis meses, y los objetivos tienen la siguiente temporalización:

- A corto plazo (1^{er} mes), se procurará mejorar el bienestar material.
- A medio plazo (3^{er} mes), se procurará haber aumentado las actividades de ocio que realiza María, que también van a fomentar el establecimiento de relaciones sociales.
- A largo plazo (6^o mes), se procurará haber mejorado el bienestar emocional de María.

Para comprobar si se han cumplido los objetivos planificados y si hace falta realizar alguna modificación de los objetivos o de las intervenciones planteadas, a los tres meses se tendrá una sesión con María para preguntarle si está satisfecha con las acciones realizadas hasta el momento, si sus prioridades han cambiado o si hay algún aspecto del PIR que le gustaría cambiar, y se le volverá a aplicar el BDI-II, que se le administrará también al principio del PIR. Al finalizar el PIR, es decir, a los seis meses, se le volverán a aplicar a María la Escala Fumat y el BDI-II para valorar si realmente se ha producido una mejora en la calidad de vida de María, preguntarle si está satisfecha con lo que se ha conseguido y las intervenciones realizadas, y considerar la opción de alargar el PIR y plantear otros objetivos e intervenciones si existen los recursos necesarios, como que haya algún profesional disponible para llevar a cabo el PIR.

6.3. Desarrollo del Plan

A continuación, en la Tabla 2, se detallan las acciones a realizar para conseguir los objetivos planteados. Todas las intervenciones serán realizadas por mí, terapeuta ocupacional en prácticas, excepto la terapia psicológica individual, que la realizará la psicóloga de AFENES.

Tabla 2. Desarrollo del Plan

DIMENSIÓN	OBJETIVOS	ACCIONES
Bienestar material	Mejorar la preparación del estudio de las oposiciones para promover la adquisición de un empleo estable.	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una rutina de estudio. - Buscar y adquirir material de estudio. - Buscar exámenes de anteriores convocatorias de oposiciones.
	Mejorar el acceso a internet.	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar y adquirir una tarifa asequible que incluya wifi en casa.
Inclusión social (ocio)	Incrementar la realización de actividades de ocio y tiempo libre.	<ul style="list-style-type: none"> - Proponerle actividades de ocio, culturales y deportivas gratuitas. - Enseñarle dónde y cómo buscar actividades de ocio, culturales y deportivas. - Acudir a la asociación ASPAYM (Asociación de personas con lesión medular y otras discapacidades físicas) y realizar actividades allí.
Relaciones interpersonales	Establecer relaciones sociales.	<ul style="list-style-type: none"> - Acudir al grupo del empoderamiento de la mujer, al grupo de habilidades sociales y a las salidas de ocio que se realizan en AFENES. - Acudir al viaje que organiza AFENES en septiembre.

<p>Bienestar emocional</p>	<p>Aceptar su discapacidad física.</p> <p>Reducir los sentimientos de culpabilidad e inutilidad.</p> <p>Mejorar la autoestima.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Acudir a sesiones de psicoterapia individual (con la psicóloga) quincenalmente.- Trabajar de manera individual los sentimientos de culpabilidad e inutilidad, la baja autoestima y las distorsiones cognitivas utilizando la terapia cognitivo-conductual.
----------------------------	--	---

A continuación, se describen las sesiones individuales que se han tenido hasta ahora con María. La primera sesión tuvo lugar el 28 de junio, y desde entonces se han tenido sesiones individuales semanalmente, con una duración cada una de una hora aproximadamente.

Unos días antes de la primera sesión, se le preguntó a María si estaba de acuerdo con realizar un Plan Individualizado de Rehabilitación; se le explicó en qué consistía un PIR, que lo iba a realizar la alumna de prácticas y que tanto los objetivos como las intervenciones se iban a establecer de manera conjunta con ella. María mostró su conformidad y aceptó realizar el PIR.

1ª sesión (28-06-2022)

En la primera sesión se le hicieron preguntas a María acerca de su infancia, su etapa escolar, su historia laboral, sus relaciones, su situación financiera, sus hábitos y rutinas, sus intereses, los eventos críticos de su vida y sus metas y proyectos futuros.

2ª sesión (05-07-2022)

En la segunda sesión se le hicieron más preguntas a María sobre su historia clínica, su medicación actual, su familia, su autonomía en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y su historia de afrontamiento.

3ª sesión (12-07-2022)

En la tercera sesión se le administró la Escala Fumat. Había algunas oraciones que María no entendía, por lo que se le tuvieron que explicar. Esto causó que pasáramos casi la hora entera rellenando la escala.

Al finalizar, se le propuso a María que acudiera al viaje que había organizado AFENES para ir a Lanzarote del 12 al 19 de septiembre con algunos usuarios de la asociación y de FAISEM, ya que sería muy beneficioso para ella para entablar relaciones sociales, poner en práctica sus habilidades sociales, salir de su zona de confort y disfrutar de una semana de vacaciones. Posteriormente, la psicóloga y el trabajador social le explicaron todos los aspectos del viaje, y María se apuntó.

4ª sesión (19-07-2022)

En la cuarta sesión se le administró el BDI-II. Como en la sesión anterior, había oraciones que no entendía, o ítems en los que no sabía qué puntuación reflejaba mejor cómo se sentía, por lo que hubo que explicarle qué significaba cada puntuación.

Al terminar de rellenar la escala, se le expusieron los objetivos planteados tras la información obtenida a través de las entrevistas y de la Escala Fumat, y se le preguntó si estaba de acuerdo con ellos y si quería incluir algún objetivo más, y respondió que estaba conforme con los objetivos planteados y que quería aumentar sus actividades de ocio, mejorar sus habilidades sociales y mejorar sus funciones cognitivas, por lo que se incluyeron en los objetivos del PIR. Posteriormente se le preguntaron cuáles eran sus objetivos prioritarios, a lo que respondió que eran mejorar su bienestar emocional, aumentar sus actividades de ocio, establecer relaciones sociales y mejorar su bienestar material.

5ª sesión (26-07-2022)

En esta sesión se empezaron a trabajar los objetivos planteados en el PIR, específicamente el de mejorar la preparación del estudio de las oposiciones, por ser el más urgente, ya que las oposiciones de telefonista del SAS a las que se va a presentar María son en noviembre. Se le enseñó a María a buscar el temario de las oposiciones desde la página web del SAS, y se le preguntó si tenía todo el temario, a lo que respondió que le faltaban algunos temas pero que había pedido los libros de la editorial MAD. También se le enseñó a buscar exámenes de convocatorias anteriores de oposiciones, para que pudiera ver cómo es el examen y que pudiese practicar. Posteriormente se estableció una rutina de estudio con ella, para que estudiara una hora al día. Se le recomendaron varios horarios, ya que dependiendo del día tenía más tiempo por la mañana o por la tarde. También se le recomendó que estudiara dos temas a la semana para que le diera tiempo a estudiar todos los temas y poder repasarlos antes del examen. A partir de esta sesión, todas las semanas se le pregunta a María cómo lleva el estudio, y si está siguiendo el plan de estudio establecido.

6ª sesión (02-08-2022)

En esta sesión se le habló a María de la asociación ASPAYM (Asociación de personas con lesión medular y otras discapacidades físicas), y se le comentó que en esa asociación se realizan muchas actividades, y que recientemente habían publicado en las redes sociales que iban a impartir clases de baile inclusivo para personas con discapacidad de manera gratuita, subvencionado por el Ayuntamiento de Málaga, en los meses de septiembre, octubre y noviembre. A María le interesó mucho esta actividad, así que se acordó con ella que se pusiera en contacto con ASPAYM para apuntarse a las clases.

En esta sesión también se buscó con María tarifas que incluyeran wifi y datos para el móvil, tanto para que María pudiese ver series y películas en su casa, aumentando así sus actividades de ocio y tiempo libre, como para que pudiera realizar los cursos online del SAS en su casa, o buscar información sobre las oposiciones. Se encontró una tarifa que María se podía permitir, y se acordó con ella que se acercaría a la tienda de la compañía para contratar la tarifa.

Por último, se le propuso a María realizarle una entrevista a su madre, ya que en la Planificación Centrada en la Persona se interviene también con el entorno más cercano de la persona usuaria, que en este caso es su madre. Se le preguntó a María si estaba de acuerdo con realizarle una entrevista a su madre y quizá realizar alguna intervención con ella, y María dijo que sí, así que se acordó tener una cita con su madre el día 5 de agosto.

7ª sesión (05-08-2022)

Esta sesión se realizó con María y con su madre (a la que me referiré con el nombre de Carlota a partir de ahora para conservar su anonimato). Antes de comenzar con la entrevista a Carlota, se le preguntó a María si había contactado con ASPAYM para apuntarse a las clases de baile inclusivo, y si había contratado la tarifa que encontramos en la anterior sesión, a lo que contestó que había realizado ambas cosas.

A continuación, se le explicó a Carlota que se había desarrollado un PIR con María; se le explicó en qué consistía y los objetivos planteados. Seguidamente se le realizaron preguntas a Carlota acerca de cómo había vivido la infancia de María y su convivencia con su hermano Juan y su madre, por qué decidieron venirse a vivir a Málaga, si había notado algún cambio en María en los últimos años, qué piensa sobre que María esté aprendiendo a poner límites y a decir que no, y qué le parece que María vaya al viaje de AFENES. La información obtenida a partir de la entrevista fue la siguiente:

Carlota sufrió mucho durante la infancia de María, ya que esta tuvo muchas operaciones. En una de ellas, María tuvo que estar ingresada en el hospital durante tres meses, y ningún familiar fue a visitarla. Su padre la visitaba en pocas ocasiones, y cuando lo hacía no se quedaba más de 10 minutos, por lo que Carlota tuvo que pasar mucho tiempo con María en el hospital, sin la ayuda ni apoyo de su familia. La convivencia con su hermano Juan no era buena, ya que según refiere Carlota, su hermano era muy egoísta y en muchas ocasiones le gritaba e insultaba. Decidieron mudarse a Málaga por trabajo, ya que en Álora había poco trabajo, y para alejarse de su hermano. Actualmente Carlota no mantiene contacto con su hermano Juan.

En cuanto a la opinión de Carlota sobre María, refiere que esta habla y sale más, y que está más “desenvuelta” desde que se mudaron a Málaga. Se alegra de que esté aprendiendo a poner límites, incluso cree que debería haber aprendido antes. Carlota es muy sobreprotectora, y le da miedo que María salga sola a la calle, sobre todo por la noche, por ejemplo, cuando María va a ver las procesiones de santos. Por ello, cuando María sale a ver procesiones, la mayoría de las veces Carlota la acompaña, y no se quedan hasta tarde ya que a Carlota le da miedo. En cuanto al viaje, Carlota está preocupada de que a María le pase algo, ya que Carlota siempre ha estado con ella, y es la primera vez que María viaja sola. Según refiere, Carlota “siempre ha estado pendiente de ella”, y María debe tener cuidado porque si alguien le da un golpe en la espalda o se cae, “la pueden destrozar”. No obstante, le parece bien que María vaya de viaje y quiere que disfrute.

Por último, se le preguntó a Carlota si le gustaría que María cambiase o consiguiese algo, y dijo que quería que María consiguiese lo que ella quisiera, pero que no le gustaría que cambiase o consiguiese algo en concreto.

En conclusión, Carlota apoya a María y siempre ha estado ahí para ella, siempre ha estado atenta a ella y la ha cuidado y protegido. No obstante, es demasiado protectora, y en ocasiones limita a María, por ejemplo, cuando María sale a ver procesiones, tiene que volverse temprano aunque quiera quedarse más tiempo, ya que a Carlota le preocupa que se queden hasta muy tarde, o que María se vuelva a casa sola por la noche y le pase algo.

8ª sesión (09-08-2022)

En esta sesión, como siempre, se le preguntó a María cómo llevaba el estudio, y esta respondió que bien, y que estaba siguiendo el plan establecido de estudiar dos temas por semana. También trajo los apuntes que se había hecho con la información más importante de los temas.

Seguidamente, se le enseñaron distintas páginas web donde podía encontrar actividades de ocio y culturales a las que podía acudir. También se le mandó un documento con todos los enlaces a estas páginas web. Por último, se le propusieron a María dos actividades de ocio y culturales para realizar durante el fin de semana: una visita teatralizada por el centro de Málaga llamada “La Peste”, ya que a María le gustan las historias paranormales; y visitar la exposición en el museo CAC “Silencio (Mann)” de la artista Alexandra Ranner, cuyas obras invitan a reflexionar sobre la importancia de las emociones. María dijo que quizá iría al museo CAC el domingo, ya que los domingos la entrada a los museos es gratuita.

9ª sesión (23-08-2022)

Esta sesión tuvo lugar después de que María pasara unos días en el pueblo, por lo que venía triste y con sentimientos de culpabilidad, y dedicamos la sesión a hablar de estos sentimientos y de lo que había hecho en el pueblo. María se sentía culpable ya que no había ido a visitar a su tío Juan, y se siente culpable por haber cortado la relación con él. Se le explicó que no es malo poner límites, y que no es mala persona por haber cortado la relación con una persona que la maltrató psicológicamente durante 29 años. Se le comentó también que ella tiene que priorizar su salud mental y su bienestar, por lo que, si no está cómoda con ciertas personas, no tiene por qué quedar con ellas, aunque sean personas de su familia.

Por último, se le entregó a María una hoja con un registro de pensamientos y emociones elaborado por mí, y que se puede ver en el Anexo 2, para conocer mejor cuáles son las situaciones que activan pensamientos y sentimientos negativos en María, qué pensamientos y sentimientos generan en ella, qué hace para manejar esos sentimientos, y qué siente al intentar gestionar esos sentimientos. Se le explicó a María cómo tenía que rellenar la tabla, y se le pidió que la rellenara con algunas situaciones para trabajar sobre su patrón de pensamientos y creencias y su manera de gestionar sus emociones.

10ª sesión (30-08-2022)

En esta sesión, María trajo el registro de pensamientos y emociones relleno con dos situaciones, como se puede ver en el Anexo 3. Ambas situaciones se dieron porque María estuvo un par de días con un dolor muy intenso de espalda, y este tipo de situaciones le generan emociones desagradables como tristeza, frustración, enfado y desesperanza, ya que piensa que cada vez es más inútil por las limitaciones que le causa su enfermedad y que no puede mantenerse activa y realizar todas las actividades que le gustarían. Se comentaron con ella estas situaciones, ya que además María está preocupada por su futuro laboral, ya que piensa que, si consigue un trabajo, va a haber días que no pueda acudir por estos dolores tan intensos, y que puede que la despidan por esto. Se le explicó a María que, cuando esté trabajando, si tiene dolores muy intensos que le impidan trabajar, su médico de cabecera le puede dar de baja. Además, si aprueba las oposiciones y consigue una plaza fija, es muy complicado que la despidan. María se mostró más tranquila, incluso comentó que cuando consiga un trabajo estable, tendrá dinero para acudir a un fisioterapeuta, por lo que no tendrá dolores tan fuertes de espalda.

Se le comentó a María que estos pensamientos son muy positivos y son señal de recuperación, ya que tiene esperanza en el futuro, tiene objetivos y trabaja para conseguirlos.

11ª sesión (06-09-2022)

Esta sesión se empezó preguntándole a María si había asistido a las clases de baile inclusivo de la asociación ASPAYM, que empezaron el 2 de septiembre. María respondió que sí y que le habían gustado mucho. Seguidamente se le preguntó si estaba emocionada por el viaje a Lanzarote al que iba a ir la semana siguiente (del 12 al 19 de septiembre). María dijo que tenía ganas de ir pero que también estaba un poco preocupada por si en algún momento le dolía mucho la espalda y no podía andar ni asistir a las excursiones, y por si no sabía relacionarse ni entablar conversaciones con los demás usuarios. Se le comentó que ir al viaje iba a ser una experiencia muy enriquecedora para ella, ya que iba a visitar un sitio nuevo e iba a tener la oportunidad de divertirse, entablar relaciones con los demás usuarios y desarrollar sus habilidades sociales. Además, también iba a tener la oportunidad de salir de su zona de confort y enfrentarse a sus miedos.

Por último, se le comentó a María que ya llevábamos casi tres meses con el PIR, y se le preguntó si le gustaría modificar alguno de los objetivos o de las acciones planteadas en él, y si estaba satisfecha con las intervenciones que se habían realizado hasta el momento. María dijo que estaba contenta y que no quería cambiar nada, y que le gustaría buscar alguna actividad de bordado sobre santos o vírgenes. Se tomó nota y se acordó con ella buscar esta actividad en futuras sesiones.

12ª sesión (22-09-2022)

En esta sesión se le preguntó a María cómo se lo había pasado en el viaje a Lanzarote. Dijo que había disfrutado mucho, que no había tenido pensamientos ni emociones negativas y que “se había olvidado de todo”. También comentó que había mantenido conversaciones con todos sus compañeros, aunque solo fuera para saludar y preguntarles cómo estaban, y que había entablado relaciones con algunos de ellos, especialmente con las dos compañeras con las que compartió habitación.

A continuación, se le administró el BDI-II para comprobar si se ha producido una mejora en el bienestar emocional de María a raíz de la puesta en marcha del PIR, por un lado, porque se trata de la segunda dimensión en la que mostraba una peor calidad de vida, y además su máxima prioridad era mejorar esta dimensión; y, por otro, para valorar si las acciones llevadas a cabo hasta ahora están siendo efectivas para conseguir los objetivos planteados.

Tras aplicarle el BDI-II a María, se comprobó que se ha producido una mejoría en la sintomatología depresiva. Hace dos meses obtuvo una puntuación de 29 y, en esta sesión, obtuvo una puntuación de 24, lo cual significa que María padece una depresión moderada, y no una depresión grave como hace dos meses. Los síntomas que han disminuido son la tristeza, el sentimiento de fracaso, la anhedonia, la pérdida de energía, el cansancio y la fatiga. La disminución de estos últimos tres síntomas puede deberse al descenso de temperatura, ya que la primera vez que se le administró el BDI-II a María fue a mediados de julio, cuando hacía mucho calor, y esto le afectaba a María produciendo que se sintiera más cansada y con menos energía. No obstante, la reducción de estos síntomas, al igual que el de la anhedonia y los sentimientos de tristeza y fracaso, pueden deberse también a las intervenciones realizadas hasta ahora, y al diseño y ejecución del PIR, ya que, como muchos autores (Aja et al., 2020; Miller et al., 2017; Urizarna et al., 2018) señalan, el uso de la planificación centrada en la persona y el implicar a la persona en el establecimiento y desarrollo de su PIR conlleva un aumento en su calidad de vida.

La sesión terminó comentándole a María que había obtenido una puntuación más baja en la escala, lo cual significaba que sus síntomas y su estado emocional habían mejorado. María refirió que no era consciente de esta mejora, ya que nunca percibe que mejore; en el último año los trabajadores de AFENES le han dicho en varias ocasiones que notan una mejoría en ella, pero María refiere que ella no nota este cambio. Se le aconsejó a María que intentase ser más consciente de estos cambios y de las mejorías que estaba consiguiendo, ya que tenemos una prueba objetiva de que ha mejorado.

Esta es la última sesión que se ha tenido hasta ahora con María. Se seguirá trabajando con ella, especialmente la dimensión del bienestar emocional, para conseguir los objetivos planteados en el PIR y, como se comentó anteriormente, cuando se finalice el PIR planteado, dentro de tres meses, se le volverán a administrar la Escala Fumat y el BDI-II a María para comprobar si se ha producido una mejora en su calidad de vida y en sus síntomas depresivos, y si los objetivos planteados se han cumplido.

A continuación, en la Tabla 3, se muestra un resumen de los objetivos específicos conseguidos hasta ahora. Las acciones que se han realizado para conseguirlos son las mencionadas en la Tabla 2 en el apartado de Desarrollo del Plan.

Tabla 3. Objetivos conseguidos

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CUMPLIMIENTO
Mejorar el bienestar material	Mejorar la preparación del estudio de las oposiciones para promover la adquisición de un empleo estable	SI
	Mejorar el acceso a internet	SI
Promover la inclusión social	Incrementar la realización de actividades de ocio y tiempo libre	Parcialmente ¹
Lograr y mantener relaciones sociales satisfactorias.	Establecer relaciones sociales	SI
Mejorar el bienestar emocional	Aceptar su discapacidad física	Parcialmente ²
	Reducir los sentimientos de culpabilidad e inutilidad	
	Mejorar la autoestima	

¹: María ha aumentado la realización de actividades de ocio, ya que acude a clases de baile inclusivo en la asociación ASPAYM y ve series y películas en casa, actividad que antes no podía hacer, pero podría realizar más actividades de ocio los fines de semana, por lo que este objetivo no se ha alcanzado en su totalidad.

²: como se ha comentado anteriormente, María ha obtenido una leve mejora en su bienestar emocional, concretamente en los sentimientos de tristeza, fracaso, anhedonia, pérdida de energía, cansancio y fatiga. La reducción en el sentimiento de fracaso puede relacionarse con una mejora de su autoestima y una reducción de su sentimiento de inutilidad. No obstante, la reducción de sus sentimientos depresivos ha sido leve, por lo que los objetivos planteados no se han alcanzado en su totalidad todavía.

7. CONCLUSIONES

En mi opinión, las acciones realizadas hasta ahora han sido adecuadas, y ha habido una mejoría objetiva, aunque leve. Además, hasta el momento se han conseguido la mayoría de los objetivos específicos planteados, como aumentar la realización de actividades de ocio y tiempo libre; incrementar sus relaciones sociales; mejorar el acceso de María a internet; y se le ha ayudado a organizarse el estudio y prepararse el examen de las oposiciones, pues si aprueba conseguirá un empleo fijo y mejorará su situación económica.

Creo que un factor clave ha sido realizar el PIR según los principios de la planificación centrada en la persona, implicando a María en su proceso, siendo esta quien ha propuesto objetivos y quien ha establecido las prioridades del plan. Como se ha mencionado en otros apartados del presente trabajo, el uso de la planificación centrada en la persona reporta grandes beneficios, ya que la persona retoma el control de su vida y decide qué quiere hacer y cómo hacerlo. También considero que emplear el modelo de calidad de vida con sus ocho dimensiones ha sido realmente útil, ya que ha ayudado a conocer con qué aspectos de su vida María no estaba satisfecha y, por tanto, se podían mejorar y eran susceptibles de incluirse en los objetivos del plan. Además, creo que en el ámbito de la rehabilitación psicosocial se debe trabajar desde el modelo de recuperación, y el fin último debe ser que la persona recupere o reconstruya su identidad y desarrolle su proyecto vital. María está construyendo su proyecto vital, tiene claros sus objetivos y está trabajando para conseguirlos.

Desde que empezamos a desarrollar el PIR hace casi tres meses, se ha producido una mejoría en la sintomatología depresiva de María y, por tanto, en su calidad de vida. No obstante, no se puede negar que, para verdaderamente alcanzar los objetivos planteados, especialmente el de mejorar el bienestar emocional, el PIR debería estar establecido para nueve o doce meses. El presente PIR tiene una duración de seis meses debido a que mis prácticas finalizan a principios de octubre, y empecé a realizar el PIR a finales de junio, y no quería diseñar un PIR que no pudiese llevar a cabo en su totalidad, ya que al finalizar el periodo de prácticas seguiré acudiendo a AFENES como voluntaria, pero no sé durante cuánto tiempo podré acudir ni con qué frecuencia, por lo que quise diseñar un plan que pudiese llevar a cabo desde principio a fin, ya que considero que va a ser más enriquecedor para mí y para la usuaria, pues creo que tampoco sería beneficioso para ella plantear unos objetivos y unas intervenciones, tener sesiones con ella para conseguir estos objetivos, y dejar el plan a mitad de camino y sin finalizar.

Si trabajase en AFENES, habría diseñado un PIR de nueve meses, con opción a alargarlo tres o seis meses más, ya que María sufre una depresión grave, y necesita mucho tiempo, muchas sesiones de terapia psicológica y aumentar la realización de actividades significativas, entre otros aspectos, para mejorar su bienestar emocional.

En cuanto a los aspectos a mejorar o trabajar en un futuro, además de prolongar la duración del PIR, se podrían trabajar las habilidades sociales de manera individual, pues ya se trabajan de manera grupal en el taller de habilidades sociales; y sería beneficioso realizar sesiones de estimulación cognitiva, en especial para mejorar la capacidad de concentración, pues le ayudaría para estudiar las oposiciones y, en un futuro, para mantener la concentración en su puesto de trabajo y ser eficiente. También creo que sería oportuno intervenir con la madre, ya que es muy sobreprotectora y en ocasiones limita las actividades de María, además de a veces decirle comentarios a María que le hacen sentir que su madre no confía en ella.

Por último, quiero destacar la importancia y utilidad que tiene diseñar, desarrollar y ejecutar un PIR, ya que ayuda a conocer a la persona en su totalidad, conocer qué factores y situaciones han causado los problemas actuales de la persona, qué factores y situaciones generan que esos problemas se mantengan, y conocer tanto las limitaciones como las fortalezas de la persona, ya que los objetivos deben basarse y apoyarse en ellos. Es cierto que, en algunos centros, debido a la falta de profesionales, resulta complicado desarrollar un PIR para cada una de las personas usuarias, pero creo que sería realmente beneficioso, especialmente para que los usuarios se propongan objetivos, los temporalicen, trabajen para conseguirlos y puedan ver su progreso. En muchas ocasiones, los usuarios no son conscientes de su mejoría y su recuperación, como le ocurre a María, por lo que utilizar instrumentos de evaluación antes y después de la intervención no solo nos sirve a los profesionales para comprobar si las intervenciones realizadas han sido efectivas, sino que también contribuye a que los usuarios sepan si ha habido mejora y están avanzando en su proceso de recuperación.

También quiero destacar la gran labor que realiza la asociación AFENES, a pesar de los insuficientes recursos económicos y humanos de los que dispone. Los trabajadores de AFENES se entregan en cuerpo y alma para ayudar a las personas con problemas de salud mental, y lo hacen desde la perspectiva de la recuperación, considerando a las personas con problemas de salud mental como iguales y como verdaderos expertos en salud mental. Mi experiencia en esta asociación ha sido inmejorable y la más enriquecedora sin duda de toda mi etapa académica y laboral. Aunque el presente PIR tenga una duración corta, sé que en AFENES van a ayudar y apoyar a María para que tenga una mejor calidad de vida y consiga los objetivos que se proponga.

BIBLIOGRAFÍA

- Aja, R. E., Rus, J. A., Ezquerro, A., Gerolin, M., Illera, A., Martínez, S., Montes, C., & Pernía, G. (2020). Resultados personales: una perspectiva longitudinal de la calidad de vida. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 51(3), 61-82. <https://doi.org/10.14201/scero20205136182>
- Alonso, A., & Monleón, P. (2002). Evaluación de la calidad de vida del enfermo mental desde un programa de rehabilitación psicosocial. *Informació Psicológica*, 79, 70-73. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/513>
- Benito, E., Alsinet, C., & Maciá, A. (2016). La planificación centrada en la persona y su pertinencia práctica en los servicios sociales: opinión de los profesionales. *Zerbitzuan*, 62. 115-126. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.62.08>
- Broncano, M. (2016). Hacia la recuperación en la salud mental. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 3, 13-20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6146144>
- Consejería de Salud. (2006). *Trastorno mental grave: Proceso Asistencial Integrado*. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-trastorno-mental-grave.html>
- Consejería de Salud. (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/iii-plan-integral-de-salud-mental-de-andalucia-2016-2020>
- Consejería de Salud y Familias. (2020). *Trastorno mental grave: Proceso Asistencial Integrado* (2ª ed.). <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/3226>
- Davidson, L., & González, A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16997/16867>
- Fernández, J. (2010). El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), su evaluación y reformulación. En J. A. Fernández, R. Touriño, N. Benítez & C. Abelleira (Eds.), *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial* (pp. 39-49). FEARP. <https://consaludmental.org/publicaciones/Evaluacionrehabilitacionpsicosocial.pdf>

- Fernández, P., & Ballesteros, F. (2017). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *Edpsykhé*, 16(1), 15-36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428606>
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A., & Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Psicología Conductual*, 18(3), 453-472. <https://www.researchgate.net/publication/236117332>
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A., Arias, B., & Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 189-199. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814018007>
- Guinea, R. (2021). Rehabilitación psicosocial y adicción: hacia la recuperación. *Revista Española de Drogodependencias*, 46(3), 5-6. https://www.aesed.com/upload/files/v46n3_editorial1.pdf
- López, M. A., Marín, A. I., & de la Parte, J. M. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 35(2), 45-55. <http://hdl.handle.net/11181/3093>
- Mata, G., & Carratalá, A. (2007). *Planificación Centrada en la Persona*. FEAPS. <https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/bp-planificacion-centrada-persona.pdf>
- Miller, E., Stanhope, V., Restrepo-Toro, M., & Tondora, J. (2017). Person-centered planning in mental health: A transatlantic collaboration to tackle implementation barriers. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(3), 251-267. <https://doi.org/10.1080/15487768.2017.1338045>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estrategia-salud-mental-2022-2026/>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Encuesta Nacional de Salud de España*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

- Morisse, F., Vandemaele, E., Claes, C., Claes, L., & Vandeveldde, S. (2013). Quality of Life in Persons with Intellectual Disabilities and Mental Health Problems: An Explorative Study. *The Scientific World Journal*, 2013, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2013/491918>
- Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O., & Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 321-336. <https://doi.org/10.4321/S1132-05592008000300008>
- Rosillo, M., Hernández, M., & Smith, S. P. K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000200003>
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318. <https://www.psicothema.com/pi?pii=167>
- Schalock, R. L., Keith, K. D., Verdugo, M. A., & Gómez, L. E. (2010). Quality of Life Model Development and Use in the Field of Intellectual Disability. En R. Kober (Ed.), *Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disabilities* (pp. 17-32). Springer. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9650-0_2
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(4), 21-36. <http://hdl.handle.net/11181/3169>
- Servicio Andaluz de Salud. (2014). *La Salud Mental en Andalucía 2008-2013*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/la-salud-mental-en-andalucia-2008-2013>
- Stanhope, V., Choy-Brown, M., Williams, N., & Marcus, S. C. (2021). Implementing Person-Centered Care Planning: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*, 72(6), 641-646. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000361>
- Taylor, J. E., & Taylor, J. A. (2013). Person-Centered Planning: Evidence-Based Practice, Challenges, and Potential for the 21st Century. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 12(3), 213-235. <https://doi.org/10.1080/1536710X.2013.810102>

- Urizarna, S., Ruiz, P., Naharro, L., Martínez, I., Saez, I., & Carriquiri, J. C. (2018). Planificación Centrada en la Persona: metodología de apoyo para que cada persona dirija su vida. La experiencia de ASPRODEMA. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 8, N° extraordinario, 164-187. <http://hdl.handle.net/10481/51313>
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., & Arias, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. <https://inico.usal.es/evaluacion-de-la-calidad-de-vida-en-personas-mayores-la-escala-fumat/>
- Verdugo, M. A., & Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25(4), 68-77. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/912
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Arias, B., Gómez, L. E., & Jordán de Urríes, B. (2013). Calidad de vida. En M. A. Verdugo & R. L. Schalock (Coords.), *Discapacidad e Inclusión: Manual para la docencia* (pp. 443-461). Amarú. https://www.researchgate.net/publication/283211086_Calidad_de_Vida
- Zaraza, D. R., & Contreras, J. R. (2020). The mental health recovery model and its importance for Colombian nursing. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 305-310. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2018.10.007>

ANEXOS

Anexo 1. Perfil de Calidad de Vida

A continuación, en la Tabla 4, se muestra la representación gráfica de las puntuaciones estándar, el Índice de Calidad de Vida y el Percentil del Índice de Calidad de Vida obtenidas por María en la Escala Fumat.

Tabla 4. Perfil de Calidad de Vida

Percentil	BE ¹	RI ²	BM ³	DP ⁴	BF ⁵	AU ⁶	IS ⁷	DR ⁸	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80									112-114	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									107-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60									103-104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	50
45									98	45
40									95-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20									87-89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

¹: BE: Bienestar Emocional.

²: RI: Relaciones Interpersonales.

³: BM: Bienestar Material.

⁴: DP: Desarrollo Personal.

⁵: BF: Bienestar Físico.

⁶: AU: Autodeterminación.

⁷: IS: Inclusión social.

⁸: DR: Derechos.

Anexo 2. Registro de pensamientos y emociones

Tabla 5. Registro de emociones y pensamientos

Situación ¿Qué ha pasado?	¿Qué piensas?	¿Qué sientes?	¿Qué haces?	¿Qué sientes después?

Anexo 3. Registro de pensamientos y emociones rellenado por María

Figura 1. Registro de pensamientos y emociones rellenado por María

Situación ¿Qué ha pasado?	¿Qué piensas?	¿Qué sientes?	¿Qué haces?	¿Qué sientes después?
Dolor costado derecho (mucho dolor)	que cada vez sirvo para menos por tener + limitaciones por los dolores	Tristeza, cabreo, desesperanza	Tomar medicación; reposo; urgencias (pinchazo)	algo de alivio
dolencias fuertes costado	que no puedo ir al ritmo que me gusta, tengo que ir + lenta	frustración, tristeza, cabreo	acupuntura, medicación, reposo, ir + lenta andando	dolor - fuerte; + lenta, inestable de movilidad reducida