
Asistencia personal: un recurso clave para la inclusión social de las personas con problemas de salud mental

Personal assistance: A key resource for the social inclusion of people with mental health problems

Resumen

La asistencia personal es un servicio profesionalizado de apoyo a las personas para promocionar su autonomía personal, alcanzar una vida independiente y participar activamente en la comunidad. En este trabajo se analiza el impacto que tiene la asistencia personal en la inclusión social del colectivo de personas con problemas de salud mental. Para ello, se ha utilizado una metodología de índole cualitativa mediante una prospección bibliográfica, entrevistas individuales y grupos de discusión. La investigación revela los efectos inclusivos que tiene la asistencia personal para el colectivo tanto en la dimensión laboral como social: es un yacimiento de empleo, crea redes nuevas y potencia la participación en su entorno.

Palabras clave

Asistencia personal, personas con problemas de salud mental, estigma, inclusión social.

Abstract

Personal assistance is a professionalised support service for people to promote their personal autonomy, achieve an independent life and participate actively in the community. This paper analyses the impact of personal assistance on the social inclusion of people with mental health problems. For this purpose, a qualitative methodology has been used by means of a bibliographic survey, individual interviews and focus groups. The research reveals the inclusive effects that personal assistance has for the group in both the employment and social dimensions: it is a source of employment, it creates new networks and boosts participation in their environment.

Keywords

Personal assistance, people with mental health problems, stigma, social inclusion.

Raquel Alario Bancells

<r.alario@saludmentalcytl.org>

Federación Salud Mental Castilla y León. España



Para citar:

Alario, R. (2022). Asistencia personal: un recurso clave para la inclusión social de las personas con problemas de salud mental. *Revista Española de Discapacidad*, 10(2), 135-153.

Doi: <<https://doi.org/10.5569/2340-5104.10.02.08>>

Fecha de recepción: 26-09-2021

Fecha de aceptación: 12-09-2022



1. Introducción

En el desarrollo de investigaciones centradas en la salud de las personas, el ambiente social ha sido reconocido como una dimensión determinante y necesaria para el buen funcionamiento de la salud, y en especial de la salud mental. En ellas, se ha observado que la participación comunitaria y la conservación de una red relacional ejercen un efecto protector en la salud mental mejorando la calidad de vida, la autonomía y la capacidad de decisión. Sin embargo, el colectivo de personas con problemas de salud mental¹ se caracteriza por una red social débil y una escasa participación en su entorno.

Los cambios producidos en las últimas décadas en la atención a las personas con problemas de salud mental, orientados hacia un modelo de índole comunitario y más inclusivo, se distinguen por la permanencia y participación de la persona con diagnóstico en su entorno y el desarrollo de su autonomía.

La Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad, en su artículo 19, reconoce el derecho a vivir en la comunidad y a formar parte de ella, sin perjuicio de adoptar las medidas necesarias para lograrlo. Entre las medidas con vocación comunitaria que sugiere se encuentra la asistencia personal. Por tanto, en este contexto, la asistencia personal se ha revelado como una eficaz herramienta comunitaria que facilita la inclusión y participación social favoreciendo la conexión con el entorno mediante la personalización del servicio para conseguir el fin último que es el proyecto de vida de la persona (Alario *et al.*, 2016).

La asistencia personal es un servicio profesionalizado y personalizado de apoyo para desarrollar el proyecto de vida conforme a las necesidades, intereses y expectativas. Es un servicio que promueve la autonomía personal, la vida independiente y la inclusión comunitaria, tal y como menciona el artículo 19 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Mediante este servicio, las personas con problemas de salud mental pueden ejercer el poder de decisión sobre su propia existencia y participar activamente en su comunidad. Por tanto, cabe interrogarse acerca del funcionamiento de la asistencia personal en el colectivo de salud mental y qué efecto tiene en su inclusión social.

Para conseguir descubrir estos interrogantes se aboga por una metodología cualitativa –revisión de la literatura, entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión–, teniendo como objeto principal la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en relación con la asistencia personal. Partiendo de un diagnóstico basado no en las necesidades del colectivo sino en sus potencialidades, el principal objetivo planteado fue determinar la implicación del servicio de asistencia personal en la inclusión social de las personas con problemas de salud mental. Los resultados obtenidos constatan las dos principales formas de exclusión a las que se enfrentan: laboral y social; sin embargo, la asistencia personal se ha mostrado como una herramienta clave en sus vidas, con la que minimizan esta situación. Veremos cómo la asistencia personal se convierte en un yacimiento de empleo para el colectivo, crea redes nuevas y potencia la participación en su medio.

1. La *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026* (Ministerio de Sanidad, 2022) hace alusión al término “personas con problemas de salud mental”. En ocasiones, los trastornos mentales desembocan en una discapacidad, puesto que la percepción, el ánimo y el comportamiento de las personas con trastorno mental pueden dificultar su actividad en la sociedad. En el trascurso de este documento no se utilizará el término discapacidad por enfermedad mental porque no todas las personas con problemas de salud mental tienen reconocida una discapacidad (<https://consaludmental.org/informate/>).

Además, si bien el término “enfermedad mental” parece algo neutro, lo cierto es que lleva implícitos muchos estereotipos negativos que inevitablemente acaban vinculándose a la persona. Para evitar esto, podemos sustituir el término “enfermos y enfermas mentales” por “personas con problemas de salud mental” o “personas con trastorno mental”. De esta forma, mostramos el problema de salud mental como una circunstancia más de la persona (Salud Mental España, 2018).

Los resultados y elaboración del presente artículo forman parte del estudio² llevado a cabo por un equipo de investigadores del departamento de Sociología y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid encargado de evaluar el proyecto piloto impulsado por la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León y el Comité Autonómico de Entidades de Representantes de Personas con Discapacidad de Castilla y León (CERMI-CYL) sobre la implantación del servicio de asistencia personal para personas con discapacidad intelectual y personas con problemas de salud mental³. El proyecto piloto tuvo una implementación de tres años (2014-2016) y contó con seis entidades del tercer sector de acción social con implantación regional y provincial de la comunidad de Castilla y León⁴. Para la elaboración de este artículo se ha aislado y tomado en consideración solo las declaraciones concernientes a las categorías de salud mental, inclusión social y participación comunitaria. Asimismo, la producción de este *paper* forma parte de mi tesis doctoral en proceso, en la Escuela de Doctorado de la Universidad de Valladolid, en el programa Investigación Transdisciplinar en Educación.

2. La asistencia personal: una herramienta de inclusión comunitaria

En el año 1948 la Organización Mundial de la Salud adoptó un cambio en el concepto de salud dejando de entenderlo como la ausencia de enfermedad, para asumir y promulgar la definición de “bienestar físico, psíquico y social”. Sin embargo, no es hasta el año 1983, cuando este cambio conceptual significó desarrollar nuevos paradigmas de atención a la salud de las personas, acentuando el carácter social de la misma hasta ahora testimonial (Idareta, 2018). Desde entonces se ha producido un interés creciente por los determinantes sociales de la salud y la evidencia empírica sobre su influencia en los problemas físicos y mentales.

En la literatura destacan conceptos como redes sociales, apoyo social, relaciones sociales, sistemas de apoyo comunitario e inclusión social, entre otros, como elementos clave para la salud (House *et al.*, 1982; Blazer, 1982; Welin *et al.*, 1985; Nebot *et al.*, 2002). Por ejemplo, teóricos como John Cassel y Sydney Cobb investigaron la influencia del apoyo social en la salud y el bienestar, y los mecanismos y procesos de esa influencia. Demostraron que el apoyo social ejerce de rol protector de acontecimientos vitales estresantes (Cobb, 1976). Gerald Caplan se centró en el papel del apoyo social en la intervención social y comunitaria, con especial atención en los sistemas formales e informales de apoyo, determinando el carácter preventivo de ellos (Lin *et al.*, 1979; Weiss, 1974).

En el ámbito de la salud mental, distintos estudios sugieren que ciertas variables sociales como el aislamiento, la desorganización social, la falta de lazos sociales y una baja densidad de la red social son determinantes para generar una mala salud mental (Faris, 1934; Kadushin, 1983; Kawachi y Berkman, 2001); y, en cambio, unos vínculos sociales fuertes, una participación comunitaria significativa y un capital social sólido son factores protectores para generar una buena salud mental (Fratiglioni *et al.*, 2000; Lahuerta *et al.*,

2. El equipo estaba compuesto por: Juan M^a Prieto Lobato (coord.), Pablo de la Rosa Gimeno, José Luis Izquieta Etulain, Rafael de la Puente Llorente, Eduardo J. Esteban Sancho y Raquel Alario Bancells.

3. Para más información del estudio: Prieto, J. M. *et al.* (2019): Asistencia personal y discapacidad intelectual: un servicio para la inclusión social. *Revista Española de Discapacidad*, 7(2), 7-27. <https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/530/377> y <https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/dependencia-discapacidad/asistencia-personal.html>

4. Asprodes, Asociación Salud Mental Salamanca, Federación Autismo, Futudis, Fundación Intras y Respirávila.

2004). El ocio estructurado y satisfactorio y las redes sociales tienen grandes beneficios en la evolución de la enfermedad, tales como: reducción significativa de algunos comportamientos y mejora en la motivación y expectativas sobre la enfermedad (Gisbert, 2003).

Con la llegada de la reforma psiquiátrica se produjeron los cambios más radicales y profundos en la atención a la salud mental. El movimiento de la reforma psiquiátrica se inició a nivel internacional después de la Segunda Guerra Mundial. En España, debido a las circunstancias sociales y políticas –Guerra Civil, postguerra, Dictadura– no llegaría hasta la década de los años 80 (Fernández-Catalina y Ballesteros-Pérez, 2017). Hasta entonces, la atención se había basado en paradigmas asistencialistas que convertían a la persona en un “objeto” pasivo de cuidados y atención. Sin embargo, la reforma supuso adoptar un enfoque comunitario y más humanista, donde predominaba la desinstitucionalización y, por tanto, la socialización y la vuelta de la persona al entorno. Como indica Desviat (2011), este enfoque permitiría la integración y el acercamiento de la población a la comunidad. Pero como sigue indicando el autor, el desarrollo de la reforma se caracterizó por las desigualdades territoriales, el débil subsistema de salud mental y la insuficiencia de recursos y programas comunitarios. El objetivo de la inclusión comunitaria y el acercamiento a su entorno no se produjo hasta varios años después. En el imaginario del modelo comunitario se reconocía a la persona con problemas de salud mental como verdadera protagonista “en primera persona” de su proceso de recuperación, entendiendo que los apoyos deben de ofrecerse en el entorno habitual de la persona y promover al máximo su autonomía personal y su inclusión en la sociedad (Gisbert, 2003).

No obstante, la participación comunitaria, las relaciones sociales y la dificultad de acceso a un empleo son los principales aspectos de la vida de las personas que se ven afectadas por la presencia de un problema de salud mental (Goldberg *et al.*, 2003). El documento *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*, señala que “los trastornos mentales, especialmente los graves, conlleva múltiples consecuencias sociales, laborales, legales, educativas, etc., que deben ser consideradas componentes de la enfermedad y por tanto objeto de atención” (Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad, 2011, p. 57). Tanto es así, que un estudio realizado por la Confederación Salud Mental España (Cazzaniga y Suso, 2015) señala que ciertas características de la persona producidas por el problema de salud mental hacen que la utilización del tiempo libre no sea del todo complaciente. La actual *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2030* (Ministerio de Sanidad, 2022) tiene la misión de promover el modelo de atención integral y comunitaria que favorezca la recuperación y la inclusión social, al detectar que esta última sigue siendo una carencia entre el colectivo.

Asimismo, el colectivo de personas con problemas de salud mental se encuentra entre los grupos de población que más dificultades encuentran para el acceso al empleo (según datos del Instituto Nacional de Estadística (2021), en 2020 las personas con problemas de salud mental alcanzaron una tasa de empleo del 17,1%), debido, en gran parte, a las barreras que genera el estigma social. Y si atendemos al hecho de que la participación en el mercado laboral es un componente importante en la socialización y en la estructuración del tiempo vital de las personas, la inclusión laboral es considerada como una vía de inclusión social (Subirats, 2004).

La suma de estas dificultades hace que disminuyan sus apoyos sociales, lo que conlleva que aumente la prevalencia del problema de salud mental que presenta (Bones *et al.*, 2010). Sin embargo, el apoyo social influye de manera positiva en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y con la recuperación (Barrón y Sánchez, 2001). La participación comunitaria y social en el colectivo de personas con problemas de salud mental supone un reto en base a las dificultades que presentan a raíz de su estado.

Esta problemática afecta no solamente a quien lo padece sino también a las familias que cuidan y conviven con ellas, y que en la mayoría de los casos son el único soporte de cuidados con los que cuenta. En el tránsito de la vida, “la enfermedad mental produce en muchos casos una ruptura, un corte, una grieta entre el sujeto y el otro” (Sánchez, 2013, pp. 35-36). Como resultado de esta fractura, tanto la persona con problemas de salud mental como su familia precisan de apoyos y servicios que reconstruyan la relación y fomenten su inclusión.

Consecuentemente, lo social, la dotación de herramientas para una vida en comunidad y la provisión de todo lo que les vincule con su entorno, son piezas clave en la recuperación de las personas con problemas de salud mental (Davidson y González-Ibañez, 2017). En la construcción de esta vinculación con el entorno, la asistencia personal se descubre como una herramienta idónea, tal y como lo exhorta la Observación general nº5 (ONU, 2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.

Entre los preceptos de la observación, diferencia la asistencia personal de otros tipos de ayuda personal en los que: la financiación debe de ser personalizada y controlada por la persona, en este caso, con problemas de salud mental; el servicio lo controla la persona decidiendo quién ejercerá de asistente personal, cómo, cuándo, dónde y de qué manera; es una relación personal por lo que el asistente personal es supervisado por la propia persona que va a recibir los apoyos; y, por último, la persona elegirá libremente el grado de control a ejercer sobre la asistencia personal. Este modelo de gestión es el que siguen las entidades de salud mental de Castilla y León.

Enmarcada bajo el paradigma de la autonomía personal y la concepción de vida independiente, y asumiendo que la esencia de la vida independiente es la libertad de tomar decisiones sobre la propia vida y de participar plenamente en la comunidad (Hasler *et al.*, 2003), a través de esta herramienta se reivindica la participación en todos los ámbitos de la vida en igualdad de condiciones y la oportunidad para llevar a cabo las actividades de cada día.

Oliver (1996) señala que las políticas sociales deben priorizar el enfoque basado en derechos, ya que implicará pasar de la caridad al derecho, de la pasividad a la actividad y de la dominación profesional a la autodeterminación. La asistencia personal se convierte en una fuente valiosa de apoyo para participar y vivir en la comunidad, facilitando el acceso a recursos comunitarios, evitando el aislamiento y fomentando las relaciones sociales y la priorización de la autodeterminación.

Hidalgo (2010, p. 114) precisa que la asistencia personal es un elemento clave sin el cual resultaría imposible la inclusión social, la participación y la vida independiente, porque garantiza que la persona con discapacidad sea “la dueña de sus propias decisiones y ejecutarlas en todos los espacios de su vida”, aunque estas sean equivocadas, sin necesidad de intermediarios. Miembros del Movimiento de Vida Independiente en España como Rodríguez-Picavea y Romañach (2006, p. 19) van más allá y conceptualizan la asistencia personal como el instrumento que garantiza “ser y sentirse una ciudadana o ciudadano más”, en todos los ámbitos de la vida. Es decir, no solamente estar o tener presencia en la comunidad sino decidir, tener el control y participar activamente, atendiendo al proyecto de vida elegido.

Atendiendo al modelo de la diversidad, la asistencia personal se configura con un derecho y un valor social suponiendo el reconocimiento de la dignidad humana y de la capacitación de la autonomía y la vida independiente (Palacios y Romañach, 2006). La asistencia personal implica un cambio fundamental en el modelo de apoyos y de atención a las personas basado en los principios de autodeterminación, atención individualizada y flexible e inclusión comunitaria, según su proyecto de vida (Vasey, 2004).

En España, la asistencia personal está reconocida como una prestación económica en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Incipiente y todavía sin cristalizar a nivel nacional, la asistencia personal y la figura del asistente personal en Castilla y León se ha ido incorporando paulatinamente y se plantea como alternativa y complemento de los servicios y de las figuras de apoyo ya existentes para la prevención de posibles recaídas, la recuperación o adquisición de capacidades y habilidades sociales y la vuelta a la participación social. Se entiende como una nueva forma de apoyo comunitario y de inclusión en la comunidad.

A raíz de esta normativa, la asistencia personal se ha configurado como un servicio profesionalizado regulado por un contrato laboral dirigido y planificado por la persona que recibe los apoyos, en este caso con problemas de salud mental, y un asistente personal. Esta relación contractual, tal y como establece el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se puede realizar mediante dos fórmulas: a través de un contrato con una empresa o entidad gestora del servicio de asistencia personal, debidamente acreditada; o mediante la contratación directa de un/a asistente personal. Independientemente de la opción a la que opte, la persona elegirá al asistente personal y determinará las funciones y tareas a desempeñar, es decir, pondrá en valor su derecho a tomar el control sobre su vida para llevar la vida independiente que ella quiera (Rodríguez-Picavea, 2007).

3. Metodología

Como se ha precisado en la introducción, los resultados que aquí se presentan forman parte del estudio de un proyecto piloto sobre el servicio de asistencia personal para personas con discapacidad intelectual y personas con problemas de salud mental⁵. Los resultados extraídos y expuestos más adelante corresponden a los testimonios referentes a la salud mental, el empleo y la dimensión comunitaria en relación con la asistencia personal.

La metodología empleada es cualitativa y obedece a la naturaleza, alcance y orientación del objeto y objetivo planteados. La principal motivación fue captar el significado de actos, comportamientos, sentimientos y procesos caracterizados por su complejidad desde la perspectiva de sus protagonistas (Corbetta, 2003). Para ello, se asumió que “las realidades son múltiples y socialmente construidas a través de las percepciones individuales” (Denzin y Lincoln, 2011, p. 3) de los protagonistas de la implementación, gestión, provisión y recepción del servicio de asistencia personal. Por tanto, una investigación de carácter cualitativo nos va a permitir producir y analizar discursos y, a la vez, poner el énfasis en las cualidades y procesos de las entidades, y en los significados de las personas participantes, sin hacerlo de manera experimental o medido en términos de frecuencia, intensidad y cantidad. Con el fin de llevar a cabo este propósito se han utilizado dos principales técnicas de investigación social: la entrevista individual y el grupo de discusión.

Para la selección de los participantes se entendió que la opinión de los gerentes y coordinadores del servicio de las entidades participantes eran claves para conocer aspectos determinantes sobre la implantación y

5. Véase Prieto, J. M. *et al.* (2019). Asistencia personal y discapacidad intelectual: un servicio para la inclusión social. *Revista Española de Discapacidad*, 7(2), 7-27. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.07.02.01>.

gestión del servicio en el ámbito comunitario. También se concluyó que era necesario escuchar las opiniones de las personas implicadas y beneficiarias directas del servicio –asistentes personales, familiares y personas que reciben los apoyos del servicio de asistencia personal–, por lo que se contó con la colaboración de las distintas entidades implicadas. Esta variedad de participantes garantiza la diversidad y heterogeneidad de discursos en torno al objeto de investigación.

Tabla 1. Ficha técnica de la investigación

| | | |
|---------------------------|---|--|
| Objeto | La inclusión social de las personas con problemas de salud mental en relación con la asistencia personal. | |
| Objetivo principal | Determinar la implicación del servicio de asistencia personal en la inclusión social de las personas con problemas de salud mental. | |
| Metodología | Cualitativa. | |
| Herramientas | Estudio documental. | 53 referencias bibliográficas. 13 normativas. 11 páginas web. |
| | 27 entrevistas semiestructuradas. | 4 personas que reciben los apoyos del servicio. 5 familiares. 6 asistentes personales. 6 coordinadores del servicio. 6 gerentes. |
| | 4 grupos de discusión. | 3 personas que reciben los apoyos y 1 familiar. 5 asistentes personales. 4 coordinadores del servicio. 5 gerentes. |
| Temporalidad | 11 meses: de mayo de 2015 a abril de 2016. | |

Fuente: elaboración propia.

El proceso de búsqueda de información es fundamental para establecer una aproximación conceptual del objeto de investigación. Esta revisión literaria comprendió la identificación y análisis crítico y descriptivo del servicio de asistencia personal. Este proceso sirvió de orientación para la elaboración de los guiones de las entrevistas individuales a los principales actores.

El uso de la entrevista como técnica de recogida de información se presenta como estrategia de investigación para conocer en profundidad las experiencias, opiniones, creencias y sentimientos de personas frente a determinados hechos o situaciones (Cáceres *et al.*, 2000), es decir, se recoge información a la que no se podría acceder a través de las respuestas de un cuestionario. Es un instrumento que toma la forma de relato de un suceso, con el fin de obtener respuestas que permiten entender ciertos significados (Ruiz, 2012); en este caso, distintas cuestiones según el rol de cada persona entrevistada en dirección a comprender aspectos distintivos de la salud mental, de la asistencia personal y su dimensión social para el colectivo de personas con problemas de salud mental. Se realizaron 27 entrevistas semiestructuradas en siete localidades distintas⁶ para la facilidad y comodidad de las personas entrevistadas. De manera específica, los contenidos de cada entrevista estuvieron asociados al perfil de cada una.

6. Ávila, Arenas de San Pedro (Ávila), León, Huerga de Frailes (León), Salamanca, Valladolid y Zamora.

Posteriormente, complementando a las entrevistas, se realizaron cuatro grupos de discusión formados por los principales actores en función de su rol: planificadores, gestores, prestadores y receptores del servicio de asistencia personal.

A través de los grupos de discusión se construyen significados sobre cuestiones sustanciales con el fin de entender el objeto de estudio. Se nutren de la sinergia de las aportaciones de los diversos participantes en forma de diálogo, de manera que la individualidad de cada participante se expone a un proceso de transformación constante por parte del grupo (Llopis, 2004). A través de esta técnica, las personas que comparten una realidad están más dispuestas a hablar con otras con la misma realidad (Lederman, 1990). El desarrollo y contenido varió en función de la espontaneidad y composición de cada grupo, sin embargo, todos han compartido ideas, opiniones, experiencias y valoraciones acerca de sus experiencias con el servicio que han enriquecido la información, haciéndola sustancialmente significativa.

Con la finalidad de facilitar el archivo y clasificación de la información, y contando con la aprobación de todas las personas participantes, la totalidad de las entrevistas y grupos de discusión fueron grabadas, siendo posteriormente transcritas y analizadas.

Los resultados que a continuación se exponen, según el objeto y objetivo planteados, han sido obtenidos mediante la triangulación de los datos resultantes de: la revisión de la literatura, las entrevistas y los grupos de discusión atendiendo a las categorías de salud mental, asistencia personal y dimensión comunitaria.

4. Barreras estigmatizantes para la inclusión social y laboral

Como ya se ha apuntado, la dimensión comunitaria y las relaciones sociales son los principales aspectos de la vida de las personas que se ven afectadas por la presencia de un problema de salud mental (Goldberg *et al.*, 2003), debido, en gran parte, a las barreras estigmatizantes que supone tener un trastorno mental. El estigma está basado en uno o varios atributos desacreditadores (Goffman, 1963), los cuales se convierten en el rasgo central de la persona, siendo ocultado o minimizado el resto de sus atributos. En el caso de los problemas de salud mental, la persona pasa a caracterizarse por ser solo “una enferma mental” o “una loca” o “una esquizofrénica” (Aretio, 2009).

“Se sienten muy estigmatizados: somos enfermos mentales, ya nos han tachado otra vez de que somos locos, agresivos, el loco de la catana...” (GD1, Coordinadores, p. 2).

El estigma deshumaniza e impide desarrollar y conocer la identidad social real de la persona. Esta situación implica conductas discriminatorias, las cuales van a influir en el autoconcepto de la propia persona asumiendo que “es” diferente. Pasan a formar parte de una identidad social deteriorada (Goffman, 1963). La existencia de este autoestigma explica el fracaso en diferentes áreas de sus vidas, entre ellas, la exclusión laboral, el desarrollo del ocio, la reducción de su red social y situaciones de aislamiento social, una especie de “profecía auto cumplida” en negativo.

“Yo ya había pasado por el manicomio, yo qué sé las veces que había pasado. Y porque era una persona rebelde, no lo entendía, pues yo llegué a crearme que era una loca en esa época y tenías el estereotipo de loca, loca, loca” (GD3, Usuarios y familiares, p. 6).

El estigma asociado a los problemas de salud mental se materializa en una exclusión tanto social como laboral. La exclusión no solo está ligada al concepto de ruptura del vínculo social sino también a la participación social y al acceso al mercado laboral, afectando muy negativamente a las oportunidades laborales y a la red social de soporte (Pedersen, 2005). Sin embargo, la flexibilidad e individualidad de la que se caracteriza la asistencia personal hace que intervenga positivamente en estos dos aspectos tan excluyentes para el colectivo de personas con problemas de salud mental.

5. La asistencia personal mediante la metodología de apoyo de pares

En nuestra sociedad, el trabajo asalariado es una de las vías para conseguir una efectiva inserción social, prevenir la exclusión social, reforzar la autonomía personal y promover la vida independiente. En este sentido, el empleo es una herramienta fundamental, constituyéndose como una fuente de identidad y como una oportunidad de hacer sentir a la persona parte de la sociedad y como una oportunidad para desarrollar su proyecto de vida (Rubio, 2006). El servicio de asistencia personal se ha revelado como un yacimiento de empleo entre las personas con problemas de salud mental mediante la metodología de “apoyo de pares”, es decir, personas con problemas de salud mental que han superado ciertos aspectos de su trastorno son formadas y capacitadas para ejercer como asistentes personales. La asistencia personal mediante esta metodología resulta ser una oportunidad laboral para el colectivo, contribuye al bienestar físico y emocional, al fomento de una vida independiente y a la eliminación del estigma social que hay de los problemas de salud mental (Lozano *et al.*, 2020).

No obstante, dado el ámbito privado e íntimo en el que se desarrolla la asistencia personal y las singularidades de las tareas que envuelve, tanto en el desempeño de sus funciones, flexibilidad e improvisación, como en formación y entrenamiento emocional, no todos coinciden en que puedan hacerlo:

“Entiendo que hay gente que opina que sí, yo desde mi punto de vista no lo veo, dentro de la enfermedad mental, pero por el tema emocional que es como un contagio muy grande y ocasiona desestabilidad” (GD4, Asistentes Personales, p. 30).

El argumento que más se oye entre los que sí apuestan por esta metodología es que la persona con experiencia propia resulta empoderada al sentirse valorada y necesaria para dar apoyo a un “igual”. Este “igual” también ha experimentado privaciones y limitaciones en sus derechos; la biografía vivida, los pensamientos, sentimientos y comportamientos son comunes, resultando en una actitud más receptiva (Ardila *et al.*, 2013). Y no solo será más receptiva al apoyo, sino que generará sentimientos positivos sobre sí misma y su vida, aumentando su sentido de esperanza y grado de participación en el control de su “enfermedad”, así como su sentido de pertenencia en la comunidad (Federación Salud Mental Castilla y León, 2019).

“Les sube la autoestima, se rompen las barreras entre los profesionales y las personas. Al verse ellos ayudando es muy positivo” (Entrev. 0103, Asistentes Personales, p. 5).

“Mi compañero de trabajo es una persona que tiene una enfermedad mental y es una persona que llega en algunos puntos, llega en una empatía con las personas que yo creo que nunca podría” (GD4, Asistentes Personales, p. 30).

Que la persona participe en primera persona según la metodología de “apoyo de pares” se puede entender como tomar parte de manera real y efectiva en la comunidad y en todos los ámbitos de participación. De esta manera, obtiene control sobre las decisiones que afectan a su vida y fomenta la vinculación con la comunidad (Fernández y Serra, 2020).

6. Inclusión social y comunitaria a través de la asistencia personal

En cuanto a la exclusión social, el rechazo social en el que se ven envueltos propicia que, en muchas ocasiones, no quieran acudir o participar de su entorno por el temor a ser etiquetados como “enfermos mentales”. Esto les predispone a mantener relaciones sociales en espacios “protegidos” o “íntimos”, ocasionando un cierto aislamiento social.

“La mayoría de nuestro colectivo viven solos o con sus padres, aislados en casa, no tienen contacto con nadie, y a lo sumo, con sus familiares más directos” (GD1, Coordinadores, p. 6).

Aunque, en estos contextos “protegidos”, donde se sienten cómodos, viven situaciones de sobreprotección que dificultan el trato igualitario y la imposición de actividades.

“Muchas veces hablas con ellos y te dicen: “yo al centro de día no quiero ir porque no hay nada que me guste hacer”, y tienen la razón porque hay cosas, por ejemplo, no sé, la clase de inglés, si a mí no me interesa aprender inglés pues ¿por qué tengo que ir obligado? Porque el psiquiatra dice que yo tengo que ir a este recurso” (GD4, Asistentes personales, p. 5).

Existen múltiples barreras y condicionantes que limitan las opciones del ocio y de la participación en su entorno, relacionadas con: la sintomatología de la enfermedad, económicos, del estigma social, de déficits de habilidades, de capacidad de iniciativa, de autonomía en la planificación y organización. El rechazo, en ocasiones, viene de los propios proveedores de los servicios, convirtiéndose en barreras actitudinales. Los promotores de educación, de actividades deportivas, artísticas y culturales, no son conscientes del beneficio de sus servicios y de la necesidad de hacer accesible el acceso a estos servicios (Pedersen, 2005). En consecuencia, las barreras hacia la participación directa en el quehacer comunitario siguen siendo muy importantes.

“Vamos a participar en alguna actividad: “–Pero ¿vendrá alguna monitora? Porque no pueden venir solos” (GD1, Coordinadores, p. 4).

No obstante, es difícil concebir una participación social plena desde el aislamiento del domicilio o desde un marco institucional, como residencias u hospitales psiquiátricos. Es preciso, por tanto, generar respuestas y apoyos específicos e individualizados que permitan a las personas con problemas de salud mental conocer y acceder a un amplio abanico de opciones, así como planificar y organizar su tiempo de ocio, de acuerdo con sus gustos y preferencias. La asistencia personal persigue la inclusión en las actividades y recursos que existen en su espacio vital (Planas, 2013) y ayuda en la planificación y organización del tiempo libre. El servicio busca su incorporación, según la edad o la situación personal, al ámbito educativo, laboral, a las actividades de ocio que existan en su lugar de residencia; por lo que una seña característica de la asistencia

personal es que tiene la capacidad de atender a las personas en diferentes espacios y contextos.

“Se hacen acompañamientos a diferentes actividades extraescolares. También, durante la semana se enfoca un poco más al tema de ocio, vamos a bibliotecas, vamos a natación que es una actividad de inclusión, las tareas son variadas” (Entrev. 0203, Asistente Personal, p. 2).

Las dificultades de planificación y organización están relacionadas con las limitaciones del trastorno en sus habilidades de autonomía personal, toma de decisiones y autogobierno. Como consecuencia, las actividades más complejas que suponen una mayor capacidad de organización de los recursos del entorno, como ir al cine o a una excursión, así como las que suponen una mayor gestión de los recursos del entorno por su complejidad, como organizar viajes, con todo lo que supone, son en la mayoría de los casos inalcanzables. Por ello, la asistencia personal se hace necesaria en estos contextos tan precisos.

“Yo empecé a pensar en esto de la asistencia personal desde un enfoque nuevo que es el de las personas que no tienen capacidad de decisión, al menos no en todos los momentos de su vida. Esa clave de la capacidad de decisión en todo momento, que a veces puede estar limitada o incluso en ocasiones puede estar anulada, es lo que me hizo pensar en un horizonte nuevo e implementar la asistencia personal” (Entrev. 0501, Gerente, p. 2)

Un hándicap más que condiciona la participación en su entorno es la pérdida de relaciones sociales y las dificultades de interacción. Muchas de ellas no realizan o participan en actividades que les gustaría hacer por no tener con quién hacerlas. A esta dificultad se le añade el miedo percibido a tener que enfrentarse a interacciones con otras personas que no conocen. El resultado es que practican actividades individuales, como caminar, no interaccionando así con recursos comunitarios. Esta problemática en la baja participación en recursos comunitarios pone en evidencia sus dificultades en habilidades relacionales y sociales, dando lugar al aislamiento, soledad y carencia de redes en la que viven. Es por ello que destacan que recibir apoyos desde la asistencia personal les permite avanzar, recuperar una estabilidad y desarrollar habilidades de interacción, dejando miedos e inseguridades que les impiden participar en muchos entornos desconocidos para ellos. El apoyo en esta área por parte de la asistencia personal les permite el aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales y relacionales, así como oportunidades reales de conocer a otras personas, establecer redes y establecer nuevos vínculos de relación.

“La semana pasada fui al cine, no quería ir. Me animaron a que fuera con una compañera del piso. Me animan a hacer una vida normal como hace cualquier otra persona de la calle” (GD3, Usuarios y familiares, p. 17).

Muchas de las personas participantes que reciben los apoyos del servicio verbalizan que la asistencia personal les ha posibilitado llevar a cabo actividades que en otras circunstancias nunca hubieran hecho por sí solas y han ampliado sus opciones de ocio y participación.

“Le permite acceder a recursos, espacios, contextos y ambientes que de otra manera no podría, y eso lo hemos visto en una persona que no salía de su casa, una mujer que era maestra con una enfermedad mental gravísima (...) consiguió acceder a un centro de día, pero no para ser receptora de asistencia, sino para ser voluntaria (...). Gracias a que alguien, un asistente personal, acudía por las mañanas a su casa y la estimulaba para hacerla salir de su encerramiento” (Entrev. 0501, Gerente, p. 3).

7. Logros de la asistencia personal: proyecto de vida, autodeterminación y permanencia en el entorno elegido

La autonomía personal es definida como la capacidad de elegir opciones sobre lo que hay que hacer y cómo llevarlo a cabo (Doyal y Gough, 1994). Para ello se necesita formular objetivos y planificación para llevarlos a cabo, es decir, pensar, plantear y ejecutar su proyecto de vida. La asistencia personal como herramienta comunitaria sirve para que las personas con problemas de salud mental decidan sobre su propia vida y ejecuten su proyecto de vida.

“Cuando se acostumbran a elegir luego no hay quien les pare. En mis casos veo muchísima evolución y me encanta porque al principio de: “no sé, cómo tu quieras”, o “el psiquiatra me ha dicho que haga eso”, y ahora: “voy a tal sitio”, “prefiero hacer esto”” (GD4, Asistentes Personales, p. 11).

El hecho de poder ejercer su autodeterminación ofrece ventajas tanto desde la perspectiva de derechos como para el empoderamiento y recuperación. La Organización Mundial de la Salud (2010) define el empoderamiento en salud mental como el nivel de control y elección de los servicios que rodean la vida de las personas. Es por eso que resulta importante facilitar a las personas con problemas de salud mental herramientas como la asistencia personal que les ayuden a tomar las riendas de sus vidas y recuperar su proyecto de vida.

“El impacto en la calidad de vida y que los apoyos sean tan útiles es evidente. Ves cómo la persona comienza a recuperar el poder sobre su vida, tiene autodeterminación, se están empoderando mediante esta gestión de los apoyos. Hasta ahora habían sido pasivos en la recepción de apoyos, ahora lo controlan ellos” (Entrev. 0102, Coordinadora, p. 3).

La asistencia personal tiene una dimensión individual en el sentido de ser un servicio centrado, planificado y dirigido por la persona que recibe los apoyos. El servicio busca las oportunidades que posibiliten la atención centrada en lo que es realmente importante para ella, atendiendo a la etapa del ciclo vital en el que se encuentra, al proyecto de vida y al rol social en el que esté viviendo en ese momento. Conlleva tener una visión integral y global de la persona poniéndola en el centro de la intervención y trabajando con ella desde sus capacidades y potencialidades. De esta manera, la persona que recibe los apoyos asume el rol de experto en su vida decidiendo cómo y cuándo recibir los apoyos y eligiendo quién lo hará (Prieto *et al.*, 2019).

“Personas con necesidades que son expertos en su propia vida y determinan lo que necesitan. Ya desaparece el experto que sabe lo que tú necesitas, y ahora de repente el experto es la persona que tiene unas necesidades y decide cómo quiere que sean satisfechas” (GD2, Gerentes, p. 3).

Uno de los grandes logros de la asistencia personal es que consigue que la persona permanezca en su entorno habitual, e incluso, regrese a su entorno. Diferentes circunstancias (un hogar inapropiado, falta de redes, comportamientos y hábitos inadecuados, etc.) hacen que la persona tenga que abandonar su hogar y su entorno para ser institucionalizada. La asistencia personal proporciona herramientas y actúa de manera positiva para que las personas regresen a su entorno o no tengan que salir de él.

“¿Qué aportó? Que volvieran a su casa. Es decir, que volvieran a su entorno, que hacían años que vivían institucionalizados con nosotros en viviendas, porque en casa no había un manejo de la situación suficientemente adecuado” (GD1, Coordinadores, p. 7).

“Nos ayuda a que sigamos en el pueblo. Así podemos cuidar la huerta, ir al bar a echar la partida” (Entrev. 0304, Usuarios y familiares, p. 1).

Su impacto y proyección, tanto a nivel individual como social, son reconocidos ampliamente por las personas que reciben los apoyos del servicio de asistencia personal y por sus familiares. Con más o menos expresividad, con diferente tono e intensidad, insisten en la mejora y transformación radical que ha experimentado su vida con el servicio:

“Me ha cambiado rotundamente toda la vida. Es que es mucho lo que a mí me han aportado y aporta” (GD3, Familiares y usuarios, p. 13)

“En el caso de mi tío creo que quitárselo sería dar un paso atrás porque él no es lo suficientemente responsable” (GD3, Familiares y usuarios, p. 16).

Como hemos estado analizando, la asistencia personal se ha incorporado en el colectivo de personas con problemas de salud mental como herramienta de inclusión laboral y como instrumento para la prevención de posibles recaídas, la recuperación o adquisición de capacidades y habilidades sociales, la mejora de relaciones sociales, la participación en actividades que nunca hubieran pensado hacer, la permanencia o el retorno a su medio y la vuelta a la participación social en base a su proyecto de vida (Sobrino y Rodríguez, 2007). Los profesionales implicados en el servicio manifiestan que este es un servicio integral que busca una mejora en la calidad de vida de la persona que recibe los apoyos en función tanto de su proyecto de vida como de su ciclo vital.

“Si buscamos la calidad de vida de las personas, este es el servicio que más apuesta por su calidad de vida, el derecho a elegir y hacer su vida como cualquier otra, por lo tanto, es por lo que yo creo que hay que apostar” (GD4, Asistente Personal, p. 26).

8. Conclusiones

La aparición de un problema de salud mental causa un profundo impacto en muchos ámbitos de la vida de la persona dejando, en muchos casos, en suspenso parte de su vida. A este hecho hay que sumarle que las personas con problemas de salud mental han sentido y siguen sintiendo el estigma de una sociedad excluyente hacia los problemas de salud mental. Este estigma aboca a la persona a una exclusión laboral y social (Cazzaniga y Suso, 2015). Pero como hemos visto a lo largo de los testimonios, la asistencia personal se ha mostrado como una herramienta eficaz para reducir los efectos de ambas exclusiones.

Esta forma de dar apoyos ha supuesto un nuevo modelo de “cuidados” orientado hacia el derecho de la persona a participar de su entorno mediante un trabajo dignificante, la producción de vínculos fuertes y una participación proactiva en distintas áreas comunitarias. La asistencia personal cree en las capacidades y potencialidades de la persona, adaptándose a cada espacio y contexto, así como a las características y peculiaridades de cada persona. De esta forma, no solo da respuesta a su dimensión individual, sino que el servicio es capaz de conectar a la persona con su entorno y sus redes primarias.

Además, ha supuesto un cambio en el paradigma de atención en el que los apoyos que reciben a través del servicio son dirigidos y planificados por ellas, en función de su proyecto de vida, haciéndoles protagonistas de sus vidas. La dirección de los apoyos ya no recae en los profesionales, sino en la persona que recibe los apoyos, cumpliendo con sus gustos, deseos, preferencias y proyecto de vida. La persona es la experta en su vida y decide con quién, cómo y cuándo quiere que sean satisfechas sus necesidades.

Recordando las carencias que presenta el colectivo –elevada tasa de desempleo, estigma social y baja participación comunitaria–, y los efectos que generan en diversos ámbitos y actividades de la vida diaria –auto-cuidado, autonomía personal, etc.– y principalmente en sus relaciones sociales –dificultades para gestionar el tiempo libre y disfrutar, inexistencia de sentimientos de pertenencia a la comunidad, etc.–, la asistencia personal responde favorablemente a las demandas en estas áreas.

Por tanto, observamos que las potencialidades y mejoras de la asistencia personal en salud mental son diversas, pero se pueden explicar a través de seis aspectos distintos:

- En cuanto a la dimensión individual de las personas con problemas de salud mental, la asistencia personal favorece la recuperación emocional, conductual y física. El apoyo por parte del asistente personal es clave para evitar posibles recaídas e ingresos hospitalarios mediante el fomento de la autoconfianza, rompiendo el aislamiento de la persona, y favoreciendo una posible reincorporación o acceso al mundo laboral y beneficiando de alguna forma al entorno más cercano, que tradicionalmente actúa de manera solitaria contra las limitaciones que supone la enfermedad. Responde de manera favorable a la consecución del proyecto de vida, al desarrollo de la autodeterminación y a respetar la permanencia en el entorno que la persona elige.
- Referente a la dimensión laboral, podemos incidir en que la asistencia personal realiza tareas de acompañamiento y apoyo al lugar de trabajo de la persona, en función de las necesidades y dirección de la persona. Asimismo, la persona con problemas de salud mental, cuando logra superar ciertos aspectos de su trastorno, puede formarse y capacitarse como asistente personal y apoyar a otras personas con problemas de salud mental. La Federación Salud Mental Castilla y León (participante de este proyecto piloto a través de la Asociación Salud Mental Salamanca) apuesta por esta metodología, obteniendo grandes resultados positivos: empoderamiento personal, apoyo emocional y crecimiento personal y profesional (Fundación Caser, 2021).
- Cambiar la percepción de uno mismo es difícil. A veces necesitamos hablar con personas con las que nos podamos identificar, que estén o hayan estado en situaciones similares. El ejemplo de una persona así es una intervención mucho más poderosa que el mejor consejo de un experto. El apoyo entre iguales, indica el Movimiento de Vida Independiente, significa compartir los frutos de la propia experiencia (Ratzka, 2017).
- Concerniente a la participación social, la asistencia personal rompe con la visión individualista de la persona reforzando los lazos personales e institucionales y vinculándola con los recursos comunitarios, lejos de espacios protegidos. El servicio logra que participe en su entorno, mantenga el vínculo con él y a su vez la permanencia en su medio o su vuelta a él. Asimismo, el mayor aporte que encontramos es la igualdad que se consigue en la participación en todos los ámbitos de la vida, convirtiéndolos en sujetos activos y protagonistas de su propia vida. Logra que la persona no solo acceda y participe en actividades colectivas o actividades individuales que nunca hubiera realizado por sí misma, compartiendo su tiempo con otras personas, sino que también hace que esa participación sea satisfactoria y agradable.

A través de estos logros, tal y como los testimonios indican, mejoran significativamente tanto su calidad de vida como su autonomía, independencia y autodeterminación.

- Lo que compartimos todos los seres humanos es la necesidad de ser reconocidos por lo que somos, de pertenecer, ser respetados y amados, la necesidad de realizar nuestro potencial innato. Para ello “se necesita vivir y ser incluidos en la comunidad, con el mismo grado de autodeterminación en la vida cotidiana y en los proyectos de vida, y para ello la asistencia personal es la herramienta más eficaz y eficiente” (Ratzka, 2017).
- Y, por último, la asistencia personal enfocada hacia la participación comunitaria e institucional contribuye a la reducción del estigma existente de los problemas de salud mental, y por ende del colectivo, incidiendo en las estructuras y marcos que limitan su incorporación y participación. Por tanto, favorece al cambio en la representación de los problemas de salud mental, consiguiendo mayor sensibilización social y cercanía con el colectivo, disminuyendo los miedos sociales que puede generar tener un trastorno mental.

No obstante, pese a los logros mencionados, cuando se realizó esta investigación, los retos y limitaciones que surgían para su desarrollo pleno eran diversos, pudiéndose focalizar en uno: la falta de regulación a nivel nacional. Entre los aspectos a contemplar estaría la acreditación formativa de los asistentes personales, las condiciones laborales y el alcance concreto y homogéneo de la prestación económica de asistencia personal contemplada en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Reconocida por el sector de la discapacidad como la prestación más inclusiva y empoderadora, aún no ha avanzado con la celeridad que el sector quisiera, visibilizando de manera clara las desigualdades entre comunidades y la confusión con otras figuras profesionales. Sin embargo, después de cinco años (desde la realización de esta investigación), desde el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) dependiente del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, han escuchado la demanda de las personas que reciben los apoyos de la asistencia personal, de sus familias y de las entidades sociales y ya han iniciado las gestiones para acordar y desarrollar una regulación a nivel estatal. Por lo tanto, actualmente podríamos determinar que el principal desafío que se presenta es el cambio de mirada y el reto que supone la flexibilización y personalización de apoyos desde un punto de vista organizativo y metodológico. Así como entender este servicio como un recurso más que suma al resto de servicios de apoyo a la vida independiente.

Referencias bibliográficas

- Alario, R. *et al.* (2016). *Análisis de la experiencia piloto del Servicio de Asistencia Personal para personas con discapacidad. Informe ejecutivo*. Junta de Castilla y León. <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/dependencia-discapacidad/asistencia-personal.html>.
- Ardila, S. E. *et al.* (2013). El aporte de los pares al trabajo en salud mental: consideraciones acerca de las relaciones entre los sistemas formales e informales de ayuda. Relato de una experiencia. *Vertes. Revista Argentina de Psiquiatría*, 24(112), 465-471.
- Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 289-300.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115(5), 684-694.
- Bones, K. *et al.* (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 3, 389-395.
- Cáceres, L. *et al.* (2000). *La entrevista en Trabajo Social*. Espacio Editorial.
- Cazzaniga, J. y Suso, A. (2015). *Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Confederación Salud Mental España. <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGrawhill Pennings.
- Davidson, L. y González-Ibáñez, A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100011.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (2011). *The sage handbook of qualitative research*. Sage Publications.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5).
- Doyal, L. y Gough, I. (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. Icaria.
- España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de diciembre de 2006, núm. 2999, pp. 44142-44156.
- Faris, R. (1934). Cultural isolation and the schizophrenic personality. *American Journal of Sociology*, 40(2), 155-164.
- Federación Salud Mental Castilla y León (2019). *Asistencia personal en salud mental. Experiencia de salud mental Castilla y León*. Confederación Salud Mental España.
- Fernández-Catalina, P. y Ballesteros-Pérez, F. (2017). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *EduPsykhé*, 16(1), 15-36.

- Fernández, A. y Serra, I. (2020). Vida comunitaria para todas: salud mental, participación y autonomía. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 34-38.
- Fratiglioni, L. *et al.* (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study. *Lancet*, 355(9212), 1315-1319.
- Fundación Caser (2021). En busca de la autonomía en salud mental. Beneficios del Apoyo de Pares. *Blog "Te Acompañamos"*. <https://www.fundacioncaser.org/actividades/te-acompanamos/en-busca-de-la-autonomia-en-salud-mental-beneficios-del-apoyo-de-pares>.
- Gisbert, C. (Coord.) (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
- Goldberg R. W. *et al.* (2003). Social network correlates among people with psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 26(4), 393-402.
- Hasler, F. *et al.* (2003). El concepto de vida independiente a través de tres visiones: filosófica, socio-política y económica. En J. V. García (Coord.), *El movimiento de vida independiente. Experiencias internacionales*. Fundación Luis Vives.
- Hidalgo, A. (2010). *Trabajo Social en el ámbito de la Ley de Dependencia. Reflexiones y sugerencias*. UNED.
- House, J. S. *et al.* (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*, 116(1), 123-140.
- Idareta, F. (2018). *Trabajo Social Psiquiátrico. Reivindicación ética de la dimensión social en salud mental*. Nau Llibres.
- Instituto Nacional de Estadística (2021). *El empleo de las personas con discapacidad. Año 2020*. INE. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica_C&cid=1254736055502&menu=ultiDatos&idp=1254735976595
- Kadushin, C. (1983). Mental health and the interpersonal environment: a reexamination of some effects of social structure on mental health. *American Sociological Review*, 48(2), 188-198.
- Kawachi, I. y Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78, 458-467.
- Lahuerta, C. *et al.* (2004). La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-91.
- Lederman, L. C. (1990). Assessing educational effectiveness: The focus group interview as a technique for data collection. *Communication Education*, 39(2), 117-127.
- Lin, N. *et al.* (1979). Social support, stressful life events and illness. A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-109.
- Lozano, A. *et al.* (2020). La asistencia personal: un servicio clave para el desarrollo de la vida independiente y la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (27), 45-76.
- Llopis, R. (2004). *Grupos de discusión*. ESIC Editorial.
- Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf.

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>.
- Nebot, M. *et al.* (2002). Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 673-682.
- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. Macmillan.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2017). *Observación general núm. 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad*. ONU. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/328/90/PDF/G1732890.pdf?OpenElement>.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (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 (2010). *Empoderamiento del usuario de salud mental-declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS*. Ministerio de Sanidad y Política Social. <https://consaludmental.org/publicaciones/Empoderamientosaludmental.pdf>.
- Palacios, A. y Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad. La bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Diversitas Ediciones.
- Pedersen, D. (2005). Estigma y exclusión en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 6(1), 3-14.
- Planas, M. J. (2013). El asistente personal para las personas con diversidad funcional: una herramienta para el cumplimiento de derechos. *Revista Trabajo Social Hoy*, 68, 31-54.
- Prieto, J. M. *et al.* (2019). Asistencia personal y discapacidad intelectual: un servicio para la inclusión social. *Revista Española de Discapacidad*, 7(2), 7-27.
- Ratzka, A. (2017). Self-determination for persons with extensive disabilities through direct payments for personal assistance. *Independent Living Institute (ILI)*. <https://www.independentliving.org/docs7/Self-determination-direct-payments.html>.
- Rodríguez-Picavea, A. (2007). Reflexiones en torno a la figura del asistente personal para la vida independiente y la promoción de la autonomía de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Zerbitzuan*, (41), 115-126.
- Rodríguez-Picavea, A. y Romañach, J. (2006). *Consideraciones sobre la figura del asistente personal en el proyecto de Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Foro de Vida Independiente. https://www.asistenciapersonal.org/sites/default/files/publicaciones/10-consideraciones_sobre_ap_en_proyecto_lapad.pdf.
- Rubio, F. J. (2006). La exclusión sociolaboral de colectivos con dificultades en su acceso al mercado laboral. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 14(2).
- Ruiz, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.
- Salud Mental España (2018). *Las palabras sí importan. Comunicar sin prejuicios depende de ti*. Afanias. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-estilo-salud-mental.pdf>.
- Sánchez, A. C. (2013). La figura del educador social en el campo de la salud mental comunitaria: el amor por la pregunta y la construcción del caso en red. *Revista Norte de Salud Mental*, 45, 33-39.

- Sobrino, T. y Rodríguez, A. (2007). *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Editorial Síntesis.
- Subirats, J. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Fundación “la Caixa”.
- Vasey, S. (2004). *Guía para autogestionar la asistencia personal*. Institut Guttman.
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. En Z. Rubin (Comp.), *Doing unto others*. Englewood Cliffs.
- Welin, L. *et al.* (1985). Prospective study of social influences on mortality. The study of men born in 1913 and 1923. *The Lancet*, 20, 915-918.