



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa de mejora basado en el modelo de atención integral centrada en la persona (AICP) en unidades residenciales de salud mental

Improvement program based on the Person-Centered Integrated Care Model (PCIC) in Mental Health Residential Units

Autor

Eva Guardiola Muñoz

Director/es

Marta Pilar Jiménez Cortés

Facultad de Ciencias de la Salud
Curso 2024-2025

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
Justificación	4
Resistencias al cambio	5
OBJETIVOS	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
METODOLOGÍA	6
Marcos conceptuales	7
DESARROLLO	8
1. FASES GENERALES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN	8
2. PRINCIPALES MODIFICACIONES IDENTIFICADAS EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN	9
2.1. Formación y sensibilización	9
2.2. Profesionales	10
2.3. Evaluación individualizada e instrumentos	11
2.4. Participación social y comunidad	12
2.5. Familias y personas cercanas	13
2.6. Entorno físico y espacios	14
2.7. Plan de atención personalizada	15
BIBLIOGRAFÍA	18
ANEXOS	24

Resumen: El trastorno mental sigue manteniendo en el tiempo un estigma negativo sobre los pacientes diagnosticados y de las unidades dedicadas a su atención y cuidados.

El presente programa apuesta por un enfoque que respeta la dignidad, preferencias y autonomía de las personas desde la visión del terapeuta ocupacional. Es un acercamiento al bienestar conjunto e integral de las personas que forman parte del equipo profesional y de los pacientes que están involucrados en las unidades residenciales de salud mental.

Para su desarrollo se plantea una metodología cualitativa fenomenológica y descriptiva-exploratoria, incluyendo las fases y los principales cambios para hacer posible la mejora en las unidades de salud mental desde el modelo descrito, basada en el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) y apoyada por el Modelo de Ocupación Humana (MOHO). Ambos modelos están alineados con el código ético del terapeuta ocupacional y representan una oportunidad para renovar los sistemas tradicionales.

Es un sistema que comprende a la persona como el centro de los cuidados, respetando sus preferencias, derechos y dignidad, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y autonomía. Creando un ambiente facilitador y fomentando la inclusión social, cubriendo las necesidades específicas de cada paciente, y generando un bienestar integral partiendo de sus decisiones e intereses.

Palabras claves: terapia ocupacional, plan de cuidados, AICP, salud mental

INTRODUCCIÓN

El trastorno mental según el DSM-5 , se define como *"un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental"* (1).

Es una alteración que afecta significativamente la capacidad para llevar una vida cotidiana normal, causando discapacidad y disfunción social. Generando un impacto en la vida personal, familiar y laboral de quienes lo padecen.

Los terapeutas ocupacionales pueden intervenir en los trastornos psíquicos en distintos contextos, y utilizando distintas estrategias, con el objetivo de conseguir una mayor independencia para su vida diaria (2).

La visión del trastorno mental en mujeres ha tenido un cambio evolutivo a lo largo de los años. Desde la atribución al útero cómo causante de síntomas (histeria) y la figura de la mujer como emocionalmente inestable en la Antigüedad, hasta la visión religiosa de la Edad Media que considera la mujer "extraña" como bruja y hace uso de la tortura para "curarlas". En la Edad Moderna se crean los primeros manicomios, dedicados al internamiento de mujeres con o sin razones clínicas (resistencia, tristeza prolongada, rechazar la idea del matrimonio...). Es en el Siglo XX cuando aparece la mirada científica y por lo tanto el diagnóstico se vuelve más riguroso aunque persistan estigmas. En la actualidad, se reconoce la salud mental desde enfoques biopsicosociales y se fortalece la reivindicación por la atención igualitaria y neutral, sin prejuicios (3).

Según un estudio realizado en un centro psiquiátrico para mujeres de Ontario, las pacientes percibían los centros como "casas de locos", "prisiones" o "refugios", alejándose por completo del concepto de atención terapéutica que se instaura en la actualidad (4).

Es un problema real al que se enfrentan los centros institucionalizados y que no saben abordar adecuadamente las necesidades específicas de los trastornos mentales en mujeres.

Justificación

El tiempo dedicado al desarrollo profesional en prácticas externas y experiencias personales en un centro femenino de salud mental fuera del ámbito académico, llevan consigo reflexiones sobre hacia dónde y cómo se quiere enfocar la trayectoria competente personal.

Entre las posibles mejoras en intervenciones y cuidados futuros, se plantean en este trabajo cambios innovadores debido a que los establecimientos dedicados al cuidado de personas donde he podido desenvolver habilidades y destrezas, se basaban, en la gran mayoría, en modelos conservadores, tradicionales o enfoques clásicos que tienen un modo de actuación anticuado, en los que la imagen de las personas se ve afectada negativamente con respecto a lo que se quiere plantear, poco actualizados y con una visión del terapeuta ocupacional pasiva y sin valor.

La idea de realizar un Programa AICP en unidades residenciales de salud mental, es una forma integral de renovar la visión de la profesión, del cuidado, de la discapacidad y la dependencia, eliminando estereotipos que persiguen a estos centros y a las personas que viven ellos, partiendo principalmente del respeto pleno a su dignidad y derechos, valores, intereses y preferencias y contando con una participación activa y efectiva.

Con esta propuesta se persigue conseguir numerosos beneficios para las personas, independientemente del sexo, que se encuentran en situación de discapacidad o dependencia, que requieren de apoyos, mejorando todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona de estas unidades, asegurando que cada una de ellas sea tratada de una manera digna y respetuosa.

El Programa que se quiere poner en práctica respeta en todo momento los principios básicos del Modelo, que se rigen por el Principio de Individualidad, de Autonomía, de Independencia y Bienestar, de Participación, de Ambiente facilitador, Inclusión Social y la Continuidad de Cuidados (5).

Resistencias al cambio

La implementación del Modelo de Atención Centrada en la Persona supone un cambio cultural significativo en el cuidado de las personas. Requiere de una corporación flexible y una capacidad de adaptación continua, además de modificar comportamientos y actitudes de los profesionales que prestan los cuidados. Es una modificación que incluye a todo un equipo interdisciplinar.

En su aplicación se identifican varias **barreras** de distintos dominios según el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación (**CFIR**):

- Características de la intervención
- Entorno externo
- Entorno interno
- Características de los individuos
- Proceso de implementación

Incluyendo la falta de recursos, problemas de liderazgo, escepticismo de los consumidores, resistencia del personal, conflictos con prácticas ya existentes...El desconocimiento y la falta de información es el principal desencadenante que puede dificultar el proceso en la transformación, por ello es esencial satisfacer la necesidad de **conocer, saber, poder y querer** formar parte (6-8).

Además la población a la que va dirigido el plan de cuidados experimenta sus propios obstáculos como la propia enfermedad, los fármacos, el estigma y la sociedad (9).

OBJETIVOS

Objetivo general

1. Introducir el modelo AICP en Unidades residenciales de Salud Mental

Objetivos específicos

1.2 Formar y sensibilizar a las personas implicadas de la unidad.

1.3 Mejorar la formación y cualificación de todos los profesionales

1.4 Generar espacios de participación real y efectiva en las Unidades residenciales de Salud Mental

1.5 Promover el cambio de las personas que participan en el Programa

1.6 Fomentar la participación en el sistema sanitario

1.7 Potenciar la implicación de las personas con problemas de salud mental en el fomento de su salud y bienestar

METODOLOGÍA

Para planificar y elaborar esta Propuesta se toma una **estrategia teórico-práctica**. Se trata de un estudio cualitativo fenomenológico, al comprender la experiencia vivida de las personas, definido también por un estudio descriptivo-exploratorio con el fin de explorar y describir este fenómeno y abrir la mira a la futura investigación.

Para la elaboración del trabajo se ha hecho un análisis del contenido relevante. Se han realizado búsquedas en Bases de Datos Científicas como Dialnet, Scopus, NIH y la Biblioteca de Unizar, además de fuentes de Organismos Oficiales.

Se han consultado otras Fuentes Bibliográficas específicas en el área como publicaciones científicas, documentos y libros especializados, relacionados con los Principios del Modelo, Percepciones sobre el modelo, Barreras en el proceso de implementación, Facilitadores del Modelo, Impacto en la Atención y Transformaciones en la práctica profesional.

Esta propuesta intenta aproximar la comprensión al proceso de implementación del Modelo AICP desde la perspectiva de la terapia ocupacional, teniendo en cuenta los principios que la profesión conlleva, con el propósito de transformar los sistemas de **atención en salud mental de larga estancia** desde una prácticas más humanista e integral, centradas en las personas.

Marcos conceptuales

MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA (MOHO): reconoce al ser humano como un ser activo y pone énfasis en el *hacer ocupacional* como elemento fundamental de la identidad. La **ocupación** se entiende como la participación en actividades con significado, mediante las cuales las personas construyen experiencias que les permite desarrollar su identidad personal, las competencias individuales y la adaptación ocupacional.

Comprende al ser humano como un ser volitivo, dotado de una motivación interna que le impulsa a involucrarse en actividades, de tener hábitos y rutinas, y una capacidad de desempeño única, cuya expresión depende de condiciones personales como las habilidades motoras, mentales y sociales. Es un fenómeno resultante de la interacción entre la **persona y el entorno**, el contexto en que actúa puede ser facilitador o una barrera para el desempeño ocupacional (10).

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA (AICP): es la que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva. **La persona se posiciona en el centro** de su proceso de intervención, siendo protagonista de su transformación ocupacional (11-13).

Propone una visión integral, considerando dimensiones físicas, psíquicas, sociales y ocupacionales. El objetivo es potenciar todas las habilidades de la persona, para mejorar su independencia funcional y su calidad de vida.

Reconoce las peculiaridades de cada persona, haciéndolas únicas, diseñando intervenciones personalizadas para desarrollar su máximo potencial (5) (ver *Anexo 1*).

DESARROLLO

1. FASES GENERALES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

El proceso de llevar a efecto un modelo nuevo en el centro es una labor complicada, en la que se ven involucrados numerosos recursos.

Para lograr intervenciones verdaderamente orientadas hacia los derechos y la calidad de vida de las personas, se requiere de cambios y esfuerzos por un gran equipo. Debido a que las líneas de actuación se dirigen a una pluralidad de destinatarios, la implantación del modelo lleva consigo unos retos y dificultades que se tendrán que afrontar apaciguadamente y contando con los apoyos necesarios para su superación.

Para garantizar el éxito, se tiene que contar con un **equipo que lidere el proceso**. Es recomendable que este lo conformen profesionales de varios ámbitos para que cada uno de ellos represente al gremio y exponga sus ideas.

Es necesario realizar un **Diagnóstico inicial** para saber cuál es el punto de partida del centro y definir objetivos en los que se va a trabajar, analizar el equipo que conforma la unidad, evaluar infraestructuras, considerar la organización actual, consultar con pacientes y familias sobre necesidades y expectativas, además de aprender conocimientos de personas que puedan estar familiarizadas con el modelo de cuidados.

Basado en el punto anterior, se presenta la **Fase de Planificación**, en la que se debe desarrollar un **Plan de Acción** en el que se desglose las áreas que hay que abarcar con su proceso de intervención y sus propósitos. Qué se va a hacer y llevarlo a cabo, **Fase de Implementación**.

Se comprobará si se está aplicando el Modelo AICP en la denominada **Fase de Evaluación**, elaborando un informe con el cumplimiento de objetivos y disconformidades del programa, para diseñar un plan de correcciones necesarias y evaluar la eficacia de las modificaciones realizadas.

Posteriormente se podrá **reconocer** que la unidad aplica de manera integral el Modelo AICP, pero no puede ni debe ser motivo para dar por finalizado el proceso. Por eso, se introduce como paso final la **Fase de Mejora Continuada**, con el objetivo de consolidar y seguir obteniendo los resultados y beneficios que conlleva esta práctica. Sin olvidar la actualización de aprendizajes necesarios para alcanzar la excelencia, y en el que se recomienda hacer evaluaciones temporales para su eficacia.

Tabla 1: Fases del proceso de implementación

DIAGNÓSTICO INICIAL
FASE DE PLANIFICACIÓN
FASE DE IMPLEMENTACIÓN
FASE DE EVALUACIÓN
FASE DE MEJORA CONTINUADA

Fuente: Elaboración propia

2. PRINCIPALES MODIFICACIONES IDENTIFICADAS EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Se va a puntualizar y desarrollar los principales cambios que hay que llevar a cabo para hacer posible la mejora en las unidades residenciales de salud mental desde el modelo descrito.

2.1. Formación y sensibilización

El desafío principal al que se enfrenta la propuesta es la falta de conocimiento sobre AICP. Se necesita una **formación integral** sobre los principios y valores del modelo, así como la importancia de desarrollar habilidades de comunicación entre el equipo interdisciplinar. **Sensibilizar** al personal sobre el valor de la dignidad de las personas atendidas, de su autonomía y de los beneficios que conlleva la práctica centrada en la persona (14).

Para que la propuesta continúe se debe conformar un **equipo de liderazgo** facilitador que promueva y apoye el cambio, y fomente un ambiente de trabajo innovador y de mejora continuada. Se encargará de llevar un control sobre los profesionales que trabajan en el área y de distribuir al personal en grupos fijos.

El proceso de formación y sensibilización tiene que ser **continuado** para poder garantizar la sostenibilidad y el éxito de la implementación del modelo. Por lo tanto se implantarán **sistemas de evaluación** para medir el progreso y se facilitará un **feedback** constante para ajustar y mejorar las debilidades encontradas.

No solo se debe dotar de formación y conocimiento al personal que trabaja en estas unidades sino también a los que reciben la atención y a sus familias o responsables.

2.2. Profesionales

Se necesita un **equipo interdisciplinar**, comprometido y coordinado para garantizar una alta calidad en la atención integral de los pacientes, manteniendo un liderazgo compartido en el que varias personas pueden coordinar según la tarea y en el que se realizan reuniones periódicas. Se enfatiza la importancia de la colaboración y la comunicación entre todos los miembros, con el fin de lograr objetivos comunes en beneficio del paciente.

No solo son consideradas en el equipo las figuras del psiquiatra, enfermera, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas, tcaes... sino que también se incluyen al usuario y a otras personas como la familia, lo que supone una evolución de los roles profesionales y de la organización asistencial tradicional (15,16).

La figura del **profesional de referencia** tiene un gran peso en el proceso, debido a que es la principal red de apoyo a través de la creación de un vínculo emocional y de confianza entre profesional y paciente. El referente se preocupa de los apoyos necesarios para que la persona pueda desarrollar su proyecto de vida, hace de intermediario con la familia y sirve de acompañamiento en toda la estancia. Preferiblemente deberán de ser aquellas personas que tienen una atención directa y que pasan más horas con el paciente. Para ello se debe evitar

la rotación del personal y mantener en medida de lo posible **grupos fijos** en las unidades asignadas (16).

2.3. Evaluación individualizada e instrumentos

Dado que se trata de un modelo donde se pone a la persona en el centro del tratamiento, se debe recoger información relevante e imponer unas evaluaciones específicas para el cuidado de las personas teniendo en cuenta las necesidades, gustos e intereses personales, tratando a cada una de ellas como propia.

Esto no quiere decir que se reniegue la importancia de pasar otras valoraciones pertenecientes a la figura del terapeuta o de otros profesionales.

El objetivo principal es recopilar información para posteriormente desarrollar un plan de cuidados personalizados, involucrando activamente a la persona y a su familia. Son herramientas que se pueden adaptar a las características y necesidades de los centros.

La **Historia de vida** permite recopilar información personal de forma cualitativa sobre las experiencias vividas de la persona a lo largo de su vida y del contexto social, cultural e histórico. Este instrumento ayuda a consolidar una relación terapéutica sana y facilitar una atención centrada en la persona, promoviendo una relación más cercana entre el personal de salud y el paciente (17)(*ver Anexos 2 y 3*).

El **Proyecto de vida** es una herramienta utilizada para establecer objetivos de vida de forma personalizada, teniendo en cuenta las prioridades, necesidades y capacidades de cada individuo adaptada a la situación de cada momento. Con el fin de establecer estrategias con los recursos que se poseen para cumplir sus propósitos de vida (18)(*ver Anexo 4*).

“**Los 10 mandamientos**” es una estrategia que consiste en registrar las preferencias de una persona en la atención cotidiana como compromiso. Identifica y anota 10 preferencias en relación con la atención en el centro, y se ordenan según preferencias (19)(*ver Anexo 5*).

El "**Cómo quiero**" es un documento que recoge información relevante para apoyar a la persona en diferentes momentos del día según sus características. Es una forma de guiar el plan de atención y que la persona sea la conductora de los cuidados (20)(*ver Anexo 6*).

2.4. Participación social y comunidad

Se debe facilitar la **participación social**, entendida como las actividades que implican la interacción social con otras personas incluyendo: familia, amistades, pares y comunidad...y que apoyan a la interdependencia social (21).

Crear **vínculos** de confianza y relaciones significativas, promover la participación y favorecer las interacciones es crucial para el apoyo al paciente, la inclusión y el bienestar, puesto que existe una clara relación entre salud, realización personal, las ocupaciones y el sentido de pertenencia (9).

Fomentar la participación en unidades psiquiátricas estableciendo una comunicación efectiva y de confianza crea un ambiente de respeto para que los pacientes se sientan cómodos, involucra a los pacientes en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento, crea oportunidades y compensa la autonomía con la seguridad en el entorno hospitalario (22).

No solo se quiere facilitar la participación social dentro del centro, sino que desde esta perspectiva se pretende incluir a la unidad psiquiátrica dentro de la **comunidad**. Se trata de hacer un **plan de participación** para fomentar la participación activa y mejorar la atención psiquiátrica entre centros, asociaciones, con el vecindario próximo y con la ciudad en el que se encuentre el centro, con el objetivo de garantizar la participación activa de las personas con trastorno mental en la vida cultural y lúdica de la ciudad (9).

Tabla 2: Ejemplos de participación social e integración en la comunidad

PARTICIPACIÓN SOCIAL	Crear un buzón de sugerencias
	Organizar actividades recreativas grupales y eventos sociales
	Hacer partícipes en las decisiones del centro (menú semanal, actividades...)
	Designar ayudantes para el desarrollo de tareas
	Grupos de interés común
INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD	Convenios con recursos locales para ofrecer actividades
	Colaboraciones con espacios culturales
	Conocer los comercios cercanos al centro
	Organizar salidas grupales a eventos culturales
	Jornadas de puertas abiertas por el centro
	Charlas informativas
	Programas de empleo con apoyo

Fuente: Elaboración propia

2.5. Familias y personas cercanas

Es importante mantener y crear **relaciones significativas** para la persona, puesto que es fundamental para el bienestar emocional.

El acompañamiento familiar, la vinculación del mismo y su involucración en el tratamiento de los pacientes es esencial para la mejora. Existe una relación directa entre el poco acompañamiento familiar y las recaídas. Y por lo tanto se evidencia la importancia que trae el **acompañamiento familiar** en el tratamiento psiquiátrico (23).

Por la importancia de su presencia es necesario que las instalaciones de unidades de larga estancia busquen formas para involucrar a las familias en la atención de las personas a través de políticas, planificación y capacitación. Desarrollar protocolos que faciliten la comunicación entre el equipo interdisciplinar y construir un sistema único de cada residente que recibe atención (24).

Tabla 3: Ejemplos para involucrar a las familias y favorecer el vínculo

INVOLUCRAR Y FAVORECER EL VÍNCULO	Facilitar encuentros y reuniones, días familiares
	Permitir la participación en sesiones, en el plan de tratamiento
	Grupo de voluntarios
	Sistema de comunicación activo
	Carpeta compartida entre familia y paciente
	Salidas programadas
	Donaciones de materiales para el centro

Fuente: Elaboración propia

2.6. Entorno físico y espacios

Adecuar las instalaciones manteniendo un entorno facilitador, más acogedor y menos institucional para el desarrollo de la propuesta, generando un espacio seguro y enfocado al bienestar de las personas, creando espacios comunes fomentando las relaciones sociales basadas en el respeto y la cordialidad. Además de promover la independencia en las AVD y la posibilidad de desarrollar la autonomía, aumentando la calidad de vida (16).

Las **unidades de convivencia** es un nuevo concepto de atención residencial y es la principal forma organizativa de la propuesta, caracterizada por conformar un menor número de usuarios que permite crear un entorno para convivir fomentando una mayor interacción social y participación, creando vínculos y relaciones interpersonales. Además de minimizar el deterioro cognitivo y

funcional, reduciendo la ansiedad y por lo tanto aumentando la calidad de vida de los integrantes, con el objetivo de facilitar el desarrollo del Modelo AICP (25).

Una unidad de convivencia la conforman un grupo de personas que cohabitan en un mismo espacio de forma estable, compartiendo metas comunes, cumpliendo la función de socialización y llevando un control de las personas que la forman. Impuesta por normas conocidas y aceptadas por todas las personas que componen la unidad, facilitando las relaciones y la convivencia.

Manteniendo la integridad e intimidad de las personas con un equipamiento adecuado que proporciona seguridad, calidad, funcionalidad y estética. Logrando un ambiente de calidez mediante el **“homelike” o modelo hogar** (16).

Tabla 4: Ejemplos del modelo hogar y unidades de convivencia

MODELO HOGAR Y UNIDADES DE CONVIVENCIA	Decoración personal de las habitaciones
	Sala de estar
	Decoración del centro acogedora simulando “casa”
	Normas compartidas: limpieza, horarios, espacios comunes, tareas del hogar
	Favorecer la autonomía y las actividades de la vida diaria (AVD)
	Colaboración con las familias para incorporar materiales de uso doméstico

Fuente: Elaboración propia

2.7. Plan de atención personalizada

Dentro del Modelo se destaca la importancia de incluir a los pacientes en la planificación de su atención. Mediante alternativas terapéuticas no farmacológicas basadas en la realización de **actividades significativas** con el objetivo de mejorar la salud general de las personas atendidas. Son personalizadas, flexibles y adaptativas a las condiciones y necesidades conductuales y cognitivas que presentan las personas, teniendo en cuenta el

entorno, respetando y teniendo en cuenta los gustos y preferencias de cada persona, fomentando su autonomía y participación (5,14).

Desde Terapia ocupacional y en relación con el modelo se tiene presente el concepto de **desempeño ocupacional**, que se refiere a la capacidad de la persona de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente adaptadas, en búsqueda del cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad (26).

A través de actividades cotidianas significativas **con sentido** y su desempeño ocupacional, se pretende facilitar la promoción de la capacidad de elección y control del paciente/familia sobre el proceso de salud. Puesto que es indudable que la **participación activa** del paciente en el proceso de rehabilitación apoya un mayor avance en el proceso, incluyendo la evaluación, planificación y gestión de su tratamiento (9).

Tabla 5: Ejemplos para un plan individualizado

PLAN INDIVIDUALIZADO	Proyecto de vida personalizado
	Actividades con sentido
	Facilitar el desarrollo de sus pasatiempos
	Asignar responsables según intereses
	Adaptación de tareas según necesidades
	Hacerlo partícipe en su tratamiento: preparar medicación semanal
	Acompañamiento en sus deseos o preferencias

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIÓN

La AICP es un modelo que comparte sus principios básicos con el código ético del terapeuta ocupacional: altruismo, igualdad, libertad, justicia, dignidad, verdad y prudencia (27).

Representa una gran oportunidad para renovar los sistemas tradicionales que no se alinean con los principios de la profesión del terapeuta ocupacional y promover una visión renovada como agente activo de salud.

Además se ha evidenciado que las alternativas residenciales comunitarias obtienen una mayor satisfacción por parte del paciente en comparación con la atención estándar, además de ser más económicas (28).

Por consiguiente, se destaca la figura del terapeuta ocupacional no solo como profesional de la salud en el área psiquiátrica, sino como facilitador clave en la implementación del plan de cuidados. Están realmente conectados con el modelo y desarrollan una práctica biopsicosocial que hace que sea única su visión del bienestar integral de las personas con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

Este enfoque no solo mejora la atención general del paciente en las unidades residenciales psiquiátricas, sino que también dignifica e incluye a quienes trabajan en ellas permitiéndoles desarrollar competencias e involucrarse activamente en el proceso.

Este proceso representa la evaluación a una práctica más efectiva, respetuosa y humana.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013. [citado 2025 abr 26]. Disponible en: <https://archive.org/details/APA-DSM-5/page/20/mode/1up?view=theater>
2. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy's role in mental health recovery. Am J Occup Ther. 2011;65(6):S18-S26. [citado 2025 abr 26]. Disponible en: <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Advocacy/Federal/Overview-of-OT-in-Mental-Health.pdf>
3. Giménez MC. Las mujeres y la enfermedad mental: una perspectiva de género a lo largo de la historia. Rev Hist Psicol. 2014;35(2):208-223. [citado 2025 abr 26]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5043952>
4. de la Cour L. 'She thinks this is the Queen's Castle': women patients' perceptions of an Ontario psychiatric hospital. Health Place. 1997 Jun;3(2):131-41. doi: 10.1016/s1353-8292(97)00007-5. PMID: 10671004. [citado 2025 abr 26]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10671004/>
5. Rodríguez P. Principios y criterios del modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP). Fundación Pilares; 2022. [citado 2025 feb 18]. Disponible en: <https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/05/Principios-y-Criterios-AICP.pdf>
6. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4:50. doi:10.1186/1748-5908-4-50. [citado 2025 feb 22]. Disponible en:

<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50>

7. Damschroder LJ. Consolidated Framework for Implementation Research . CFIR; c2009. [citado 2025 feb 22]. Disponible en: <https://cfirguide.org/>
8. Lodge AC, Kaufman L, Stevens Manser S. Barriers to implementing person-centered recovery planning in public mental health organizations in Texas: results from nine focus groups. *Adm Policy Ment Health*. 2017;44(3):413–429. doi: 10.1007/s10488-016-0732-7. [citado 2025 feb 22]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10488-016-0732-7>
9. Martínez Cabezón AC, Pavón Teijeiro C, Samartin Garcia-Rodrigo L, Izquierdo Tuñón MD, Roy Millán P. Guía de buenas prácticas para la participación del paciente/persona usuaria con enfermedad mental y su entorno, en el plan rehabilitador. *Inf Psiquiatr*. 2023;(250):9-11. [citado 2025 feb 22]. Disponible en: <https://www.informacionepsiquiaticas.com/storage/article/pdfs/d14dcab6d34697cbfeb71e0d5a7021ca.pdf>
10. Krzemien D, Miranda C, Martín NG. La ocupación en la gerontología: una perspectiva crítica del Modelo de Ocupación Humana. *Rev Ocup Hum*. 2020;20(1):82–105. doi: 10.25214/25907816.268. [citado 2025 feb 16]. Disponible en: <https://latinjournal.org/index.php/roh/article/view/268latinjournal.org>
11. Rodríguez Rodríguez P. *La atención centrada en la persona: una estrategia de innovación en los servicios sociales*. Madrid: Fundación Pilares; 2010. [citado 2025 feb 16]. Disponible en: <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/papeles1-la-atencion-integral-y-centrada-en-la-persona/>

12. Rodríguez Rodríguez P. *La atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en el ámbito del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid: Fundación Pilares; 2013. [citado 2025 feb 16]. Disponible en: <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/papeles1-la-atencion-integral-y-centrada-en-la-persona/>
13. Rodríguez P. Guía para la aplicación del modelo de atención integral centrada en la persona en centros y servicios de atención a personas en situación de dependencia. Madrid: Fundación Pilares; 2014. [citado 2025 feb 16]. Disponible en: <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/papeles1-la-atencion-integral-y-centrada-en-la-persona/>
14. Barr E, Brannan GD. Quality improvement methods (LEAN, PDSA, Six Sigma). En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. [citado 2025 feb 28]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599556/>
15. Wiecha J, Pollard T. The interdisciplinary eHealth team: chronic care for the future. *J Med Internet Res*. 2004 Sep 3;6(3):e22. doi: 10.2196/jmir.6.3.e22. PMID: 15471748; PMCID: PMC1550606. [citado 2025 may 08]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1550606/>
16. Martín Lorenzo C, Negro González E, Herreros Guilarte I, Aguado Rodríguez J, Arellano López J. Unidades de convivencia en psicogeriatría. 2022;(248):125-134. [citado 2025 feb 28]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Martin-Lorenzo/publication/365730056_UNIDADES_DE_CONVIVENCIA_EN_PSICOGERIATRIA/links/63808ced554def61936dfb98/UNIDADES-DE-CONVIVENCIA-EN-PSICOGERIATRIA.pdf
17. Stewart L. Investigación de la Historia de la Vida [Internet]. ATLAS.t1. 2025. [citado 2025 mar 13]. Disponible en: <https://atlasti.com/es/research-hub/investigacion-de-la-his1-de-la-vida>

18. Proaño D. El proyecto de vida: una hoja de ruta para la realización personal [Internet]. Fundación de Waal; 2023 [citado 2025 mar 13]. Disponible en: <https://fundaciondewaal.org/index.php/2023/03/08/el-proyecto-de-vida-una-hoja-de-ruta-para-la-realizacion-personal/>
19. IFBS. Personas mayores – Atención centrada en la persona [Internet]. Ifbs Calidad.eus; s.f. [citado 2025 mar 13]. Disponible en: <https://www.ifbscalidad.eus/es/practicas/personas-mayores/practica/pr-1018/>
20. Instituto Matia. El cómo quiero [Internet]. 2021 [citado 2025 mar 13]. Disponible en: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/el-como-quiero>
21. American Occupational Therapy Association. *Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso*. 4.^a ed. Bethesda (MD): AOTA Press; 2020. p. 27. [citado 2025 mar 18].
22. Huang X, Wang L, Dong X, Li B, Wan Q. Effects of nursing work environment on work-related outcomes among psychiatric nurses: a mediating model. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021;28(2):186–196. [Internet]. [citado 2025 mar 18]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32557979/>
23. Cardona Patiño D, Zuleta Guzmán VA, Londoño Bernal LV, Ramírez Nieto LA, Viveros Chavarría EF. Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *Rev Colomb Cienc Soc*. 2012;3(2):243–258. [Internet]. [citado 2025 mar 20]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5123797.pdf>
24. Boise L, White D. The family's role in person-centered care: practice considerations. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004;42(5):12–20. doi:10.3928/02793695-20040501-04. PMID: 15182046. [Internet].

[citado 2025 mar 20]. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15182046/>

25. Viqueira García V. Atención a las unidades de convivencia. Madrid: Ediciones Paraninfo; 2021. ISBN: 978-84-283-4495-1. [Internet]. [citado 2025 abr 6]. Disponible en:
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=FKQIEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=unidades+de+convivencia+en+salud+mental&ots=ZbMsJXgnn6&sig=2QgKqURjmJjTRbd1khn4OOpJcE8#v=onepage&q=unidades%20de%20convivencia%20en%20salud%20mental&f=false>
26. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process. 4th ed. Am J Occup Ther. 2020;74(Suppl 2):7412410010p1-7412410010p87. doi:10.5014/ajot.2020.742001. [citado 2025 abr 12].
27. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy code of ethics (2020). Am J Occup Ther. 2020;74(Suppl 3):7413410005p1-7413410005p13. doi:10.5014/ajot.2020.74S3006. [Internet]. [citado 2025 abr 19]. Disponible en: <https://research.aota.org>
28. Lloyd-Evans B, Slade M, Jagielska D, Johnson S. Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. Br J Psychiatry. 2009;195(2):109-117. doi:10.1192/bjp.bp.108.058347. [Internet]. [citado 2025 feb 19]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19648539>
29. Bizkaia.eus. Diputación Foral de Bizkaia. Atención centrada en la persona; 2019 [Internet]. [citado 2025 may 8]. Disponible en:
<https://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/Inspeccion%20y%20control/Presentación%202019%20atención%20centrada%20en%20la%20persona.pdf?hash=d6a409766e3e43e2c6d2238fa2c41aa5&idioma=CA>

30. Serrano V. Psicosociosanitario. HISTORIAS DE VIDA: EJEMPLOS [Internet]. Blogspot.com. Blogger; 2020 [citado 2025 may 8]. Available from: <https://psicosociosanitario.blogspot.com/2020/08/historias-de-vida-ejemplos.html>
31. Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Atención centrada en la persona: guía para profesionales [Internet]. Madrid: Fundación Pilares; 2013 [citado 2025 may 8]. Disponible en: <https://www.calameo.com/books/002306069fe93a0d0c72d>
32. Instituto Foral de Bienestar Social de Álava. Práctica PR-1018 [Internet]. Álava: Instituto Foral de Bienestar Social; s.f. [citado 2025 may 8]. Disponible en: <https://www.ifbscalidad.eus/es/practicas/personas-mayores/practica/pr-1018>
33. Díaz-Veiga P, Profesionales de Matia Fundazioa. El 'Cómo Quiero'. Instituto Matia. 2021. [citado 2025 may 8]. Disponible en: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/el-como-quiero>

ANEXOS

ANEXO 1: Principales características de diferentes modelos de atención

MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA	MODELOS CENTRADOS EN EL SERVICIO
Sitúan su foco en capacidades y habilidades	Se centran en los déficits y necesidades
Se comparten decisiones	Las decisiones dependen de los/as profesionales
Ven a la gente dentro de su entorno habitual	Encuadran a la gente en el contexto de los servicios sociales
Esbozan un estilo de vida con un ilimitado número de experiencias deseables	Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones
Se centran en la calidad de vida	Se centran en cubrir las plazas de un servicio
Crean equipos para solucionar los problemas	Confían en equipos interdisciplinarios
Animan a los que trabajan directamente a tomar decisiones	Delegan el trabajo en los que trabajan directamente
Organizan acciones para usuarios/as, familias y trabajadores/as	Organizan reuniones para los/as profesionales
Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo	Las nuevas iniciativas sólo valen si pueden implantarse a gran escala
Utilizan un lenguaje familiar y claro	Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos
Su intervención es global y se centra en el plan de vida de las personas	Su intervención prioriza aspectos, conductas alteradas, patologías, etc.

Fuente: Bizkaia, Departamento de acción social. *El enfoque de la atención centrada en la persona* (29).

ANEXO 2: Recomendaciones para elaborar la Historia de Vida

Recomendaciones para elaborar la Historia de Vida:

- Acercarse al espacio de la persona.
- Elegir los momentos.
- Esperar y acoplarse al ritmo de la persona.
- Fijarse en los contenidos importantes .
- Reconocer la importancia de los silencios.
- Practicas escucha empática.
- No juzgar.

Fuente: Blogspot psicopsicosanitario. *Historia de vida*. Fuente original: Fundación Pilares para la Autonomía Personal. *Atención Integral y Centrada en la Persona* (30).

ANEXO 3: *Ejemplo de recogida de información en la Historia de Vida de una persona*

- Es un hombre al que le gustaba mucho ir al baile de joven. Se plantea la posibilidad de proponerle alguna actividad relacionada con la música o el baile de su época.
- Echa de menos la tranquilidad que tenía en su casa. Se revisará si en la residencia dispone de algún espacio tranquilo en el que estar cuando quiera estar solo.
- Le gusta mucho hacer los pasatiempos del periódico. Se le podría facilitar alguna revista de pasatiempos, además del periódico.
- Disfruta con las excursiones y con el voluntariado que hace hablando con los chavales en las ikastolas. Se le podría plantear otro posible voluntariado por ejemplo dando conversación o haciendo visitas a otras personas mayores.
- Le gusta hacer manualidades y pintar. Se le propondrán otras actividades también de carácter manual como cestería o jardinería (podrían ser de su interés al provenir de un entorno rural).

Fuente: Blogspot psicopsicosanitario. Historia de vida. Fuente original: Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Atención Integral y Centrada en la Persona (30).

ANEXO 4: Ejemplo de un Proyecto de Vida de una persona

<p>¿QUIÉN SOY?</p> <p>Soy un joven con una meta importante en la vida que es ser un docente de español y por otra parte quiero formar mejores personas para conformar una mejor sociedad.</p> <p>¿HACIA DONDE VOY?</p> <p>Voy hacia una mejor calidad de vida en donde tengo que cumplir con muchos sueños y muchos obstáculos para poder lograr mi camino</p> <p>¿CÓMO ME VEO EN EL FUTURO?</p> <p>Me veo como una persona con mucho talento, comprensión, progresador formador de mejores personas pero sobre todo como un buen profesional</p> <p>¿CÓMO QUIERO QUE ME VEAN EN EL FUTURO?</p> <p>Quiero que me vean como una persona íntegra, intelectual, profesional, honrada, humilde, que lucho para salir adelante con mucho esfuerzo, y que le interesa compartir mucho</p> <p>Misión Personal</p> <p>¿Quién eres?</p> <p>Soy un joven comprometido de mente abierta que busca las mejores soluciones a los problemas que aparecen en la vida, que busca un mejor futuro tanto social como personal</p> <p>¿Qué buscas?</p> <p>Busco encontrar excelentes personas, una mejor sociedad</p> <p>Busco una vida plena con una familia abierta a las posibilidades que la vida nos presenta.</p> <p>¿Por qué lo haces? Son los valores, principios, motivaciones personales. Debes tener en claro cuál es tu razón de actuar.</p> <p>Lo hago porque quiero probar que soy capaz de hacer grandes cosas y que no dependo de las cosas que los demás me den sino de lo que me aporten para mi formación.</p> <p>¿Para qué trabajas y/o estudias?</p> <p>Para ser alguien exitoso en la vida y no quedarme sentado viendo como triunfan las personas en una pantalla de televisión.</p> <p>Tener una misión personal promoverá que tus esfuerzos vayan dirigidos a alcanzar la imagen objetivo deseado hacia el logro de tu realización personal.</p> <p>QUESTIONARIO DE MISIÓN PERSONAL</p> <p>Las respuestas a las preguntas que a continuación leerás tienen por objeto brindarte un material en el que puede basarse el enunciado de tu Misión.</p> <p>¿Qué cosas quiero tener (posesiones)?</p> <p>Quiero tener una buena profesión, una buena familia, una buena casa, una mejor calidad de vida</p> <p>¿Qué cosas quiero hacer (experiencias)?</p> <p>Quiero trabajar en un colegio bueno, conocer nuevas personas quiero conocer varias partes del mundo, quiero practicar deportes extremos tales como el paracaidismo, el auto motociclismo entre otros.</p> <p>¿Qué quiero ser (cualidades de carácter)?</p> <p>Quiero ser una persona humilde, caritativa, un buen docente.</p> <p>¿Cuáles creo yo que son mis mejores cualidades (físicas, sociales, espirituales, intelectuales)?</p> <p>- Físicas:</p>	<p>Mi cuerpo sano y sin los excesos que se ven en muchas personas.</p> <p>- Sociales: Caritativa, y que quiero hacer parte de una mejor comunidad Que soy conocido como alguien noble y de buen corazón.</p> <p>- Intelectuales: Mi creatividad y buena memoria para mis tareas y oficios.</p> <p>¿Qué cualidades me atribuyen otras personas?</p> <p>Humildad, colaborador, pacífico, talentoso</p> <p>Cuando me imagino haciendo algo agradable ¿qué es?</p> <p>Jugando, al fútbol con mis mejores amigos, y compartiendo con mi familia</p> <p>Entre todas mis actividades ¿Cuáles son las que me brindan una profunda satisfacción?</p> <p>Jugar fútbol, escuchar música, practicar el parkour y prepararme educativamente</p> <p>¿Cuáles son las cualidades de carácter que más admiro en otras personas?</p> <p>La inteligencia, la sinceridad, la humildad, la buena amistad</p> <p>¿Cuáles fueron los momentos más felices de mi vida? ¿Por qué?</p> <p>Cuando me gradué de bachillerato, cuando se me dio la oportunidad de estudiar en la universidad</p> <p>Si contara con el tiempo suficiente y con recursos ilimitados ¿Qué elegiría hacer?</p> <p>Ayudaría a mi familia, y lucharía por poder entrar en el fútbol profesional</p> <p>Cuando pienso en mi trabajo, ¿Qué actividades me parecen más valiosas?</p> <p>Terminar satisfactoriamente mis actividades sabiendo que aproveche el tiempo, y aportar cada día más en el trabajo</p> <p>¿Qué cosas creo que debería hacer, aunque la haya descartado muchas veces en mis pensamientos por distintas razones?</p> <p>Conocer mejor a aquellos que creo que solo me quieren hacer daño.</p> <p>¿Cuáles son las metas permanentes más importantes que deseo alcanzar en cada uno de los roles más importantes de mi vida?</p> <p>Rol Profesional: Alcanzar una estabilidad económica y emocional donde este seguro que aporte grandes cosas.</p> <p>Rol Familiar: Vivir con una familia que tengan una personalidad propia y que tengan respeto por las opiniones de otros, y ayudarlos en todo, tener un buen comportamiento</p> <p>Rol Generacional: Una vida plena y satisfactoria, llena de logros</p> <p>¿Cuán satisfecho estoy de mi actual nivel de realización en los diversos ámbitos de mi vida?</p> <p>Estoy bastante satisfecho porque no he desaprovechado un solo momento para lograr todas las metas que me he propuesto y porque estoy logrando que los demás me vean tal como quiero que me vean.</p> <p>¿Qué resultados distintos de los actuales desearía alcanzar en los diferentes ámbitos de mi vida, en relación con la calidad de mi vida?</p> <p>Un hogar donde tenga todo lo que tenga que ver con lo emocional y económico y un buen fruto en mis esfuerzos</p> <p>¿Cuáles son los principios más importantes en los que se basa mi manera de ser y de actuar?</p> <p>La sencillez, humildad, creatividad, la caritatividad</p> <p>Si te desahuciarán y tuvieras sólo un mes de vida ¿Qué harías en ese tiempo?</p>
---	--

Fuente: Calaméo. Proyecto de Vida (31).

ANEXO 5: Ejemplo de "Los 10 mandamientos" de una persona

María Elena tiene 83 años y vive desde hace siete años en la residencia «Verde Prado», un centro madrileño donde viven y son atendidas un total de 40 personas en situación de dependencia. Mantiene un buen estado cognitivo pero desde los 48 años, a causa de un accidente de tráfico tiene una paraplejia y se desplaza en silla de ruedas. En esta residencia han sido capaces de organizar su atención atendiendo mejor las preferencias de la atención de los que allí viven. Utilizan para ello el método de los diez mandamientos, tras consensuar las peticiones con cada residente y siempre que el centro pueda asumir sus deseos de modo que no se discriminen a otras personas usuarias.

María Elena ha dicho estas diez cosas y las ordena así:

1. Que en el aseo íntimo me ayuden solo auxiliares mujeres (no hombres).
2. Comer menú vegetariano.
3. Acostarme alrededor de las 10,30 de la noche, no antes.
4. Ver la telenovela después de comer.
5. No verme «obligada» a participar en terapias de grupo.
6. Leer la prensa todos los días.
7. Desplazarme a la cafetería después de comer a tomar un café.
8. Retocarme el maquillaje cuando sale del centro.
9. Que no me traten de usted.
10. Ir al cine, cuando sea posible si alguien me puede acompañar.

Fuente: Instituto Foral de Bienestar Social (IFBS). Personas Mayores (32).

ANEXO 6: Ejemplo de "Como quiero.." de una persona

Un ejemplo: Cómo apoyar a Juana a la hora de levantarse.



Juana Fernández Uranga (Juana)

Profesional de Referencia: Antxon Iturbe

Idioma: Castellano

Unidad de convivencia: 3ªA

Para comunicarte conmigo es importante: que me hables alto y despacio ya que he perdido mucha audición

CQ
empezar el día

CQ
pasar el día

CQ
comer

CQ
acostarme

CQ
pasar la noche

CQ hacer otras cosas importantes para mí

Levantarme y ducharme

- Mi **rutina** a la hora de levantarme es: Me despierto muy temprano y me gusta estar tranquila en la cama hasta el momento de la ducha. Me gusta que entres y subas la persiana y así voy despejándome poco a poco. No soy muy habladora a primera hora pero me gusta darte los buenos días y que me digas qué tiempo hace. Me gusta ducharme todos los días y lo hago antes de desayunar.
- Necesito tu **apoyo** para levantarme de la cama e ir hasta el baño. Voy andando despacio y apoyándome en ti. En la ducha necesito la silla de baño ya que no puedo estar mucho tiempo de pie.
- **Anímame** a que sea lo más autónoma posible en la ducha. Puedo enjabonarme, aclararme y secarme todas las partes de mi cuerpo a las que llego. También a elegir el jabón que quiero, ya que tengo varios olores diferentes.
- A veces me siento insegura en la ducha, me entra miedo y quiero salir inmediatamente de allí. Me puedes ayudar si me das conversación o si cantamos juntas, así estoy distraída y se me pasa mejor este rato.

Cuidados

Uso una crema especial que me ha recetado el médico. Hay que aplicarla en las piernas tras la ducha.

Riesgos

A veces me mareo tras la ducha y por eso es importante que esté un rato sentada después, levantarme despacio e ir de tu mano.

Vestirme y arreglarme

- Mi **rutina para vestirme es**: elijo la ropa y la preparo el día anterior. A veces cambio de opinión cuando me dices el tiempo que va a hacer. Me gusta mucho la ropa e ir impecable.
- Mi **rutina para vestirme es**: me maquillo un poco y me pongo perfume y algún detalle cada día. Necesito tu **apoyo** para vestirme ya que no puedo hacerlo sola y también que me "pases revista" por si tengo alguna mancha o algún descosido porque no vep bien. Como no puedo peinarme bien, necesito tu ayuda también en eso. Me gusta llevar el pelo como en la fotografía del tocador.

Anímame a ponerme guapa.

Fuente: Matia Instituto Gerontológico. El cómo quiero. Construyendo mi plan de atención y vida (33).