



ASISTENCIA PERSONAL DEPORTIVA EN SALUD MENTAL

MANUAL



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

01

CAPÍTULO 1

Introducción a la asistencia personal.

26

CAPÍTULO 2

Asistencia Personal: una manera inclusiva de apoyo a la vida independiente.

46

CAPÍTULO 3

Asistencia Personal y Apoyo Mutuo: metodología peer to peer.

60

CAPÍTULO 4

Cómo generar el vínculo.

73

CAPÍTULO 5

Tareas usuales vinculadas a la asistencia personal en salud mental y herramientas para la prevención y primeros auxilios

85

CAPÍTULO 6

Aspectos legales, éticos jurídicos y sobre financiación de la figura de la asistencia personal a través del sistema de atención a la dependencia.

104

CAPÍTULO 7

Asistencia Personal Deportiva

115

CAPÍTULO 8

Conceptos transversales Asistencia Personal

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN A LA ASISTENCIA PERSONAL

El **presente manual está enfocado a dar a conocer la figura de la asistencia personal a nivel estatal**, ya que su difusión es escasa en muchas de las Comunidades Autónomas que componen España en el ámbito de la salud mental, y a la creación de una Red de asistentes personales en todo el territorio estatal.

Esta figura **tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con diversidad funcional en situación de dependencia en cualquiera de sus grados 3, 2 o 1, con el objetivo de facilitar a la persona beneficiaria el acceso a la educación o al trabajo y su inclusión y participación social en los términos previstos en la Convención de Naciones Unidas de Derechos de las Personas con Discapacidad**.

Además, **se ha incorporado un capítulo sobre la figura de la asistencia personal deportiva**: la actividad física es numerosas ocasiones es un vehículo motor crucial en la recuperación de la persona y también para generar lazos con la comunidad, favoreciendo de esta manera la inclusión.

Este manual se completa con una serie de actividades y escenarios en caso que se incluyen también en este manual, así que ten a mano un cuaderno o el ordenador para escribir.

ESCENARIO DE CASO

- Antes de empezar....
- **¿Te has planteado si alguna vez has tenido cerca a una persona asistente personal?** Quizás no, pero seguramente hayas visto esta película u oído hablar de ella:
 - VÍDEO DE INTOCABLE (TRAILER):
https://www.youtube.com/watch?v=aYCSrM8mmmo&ab_channel=CantabriaQuePonen
 - Tras ver este pequeño vídeo, ¿Qué crees que es fundamental que exista o se genere entre la persona que recibe asistencia y la propia persona que es asistente personal?

1.1 Conceptos básicos y determinantes sobre la salud

El **concepto sobre qué es la salud se ha ido modificando con el paso del tiempo**, pasando de ser fundamentalmente de **carácter reactivo a través del tratamiento directo de las necesidades inmediatas del paciente a ser preventiva y con promoción de la misma a través de los servicios de atención primaria**, que actúan de una manera esencial en los sistemas de salud, y ha llevado aparejados cambios en los hábitos (más saludables) relacionados con la nutrición y la actividad física.

Sin embargo, hasta hace relativamente poco tiempo, **esta salud como tal solamente incluía variables físicas, mientras que los condicionantes de los problemas de salud mental han quedado relegados históricamente**, tanto en atención como en recursos, a un segundo plano, como veremos en el tercer apartado de este módulo.

Por otro lado, **el reconocimiento del valor de este carácter preventivo es cada vez mayor**, debido a la **eficacia y al costo-eficacia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades**. Existe un **amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, salud y desarrollo humano y económico**. En este sentido, **el enfoque social de la salud, se aborda a través de los determinantes de la Salud y teniendo en cuenta los sociales** a través de estrategias y acciones de Promoción de la Salud y de manera trascendental con la educación sanitaria.¹

Esta **serie de determinantes que afectan a la salud comprende desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales hasta los servicios sanitarios** como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud.

¹ "La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria"- Mario Alberto De La Guardia Gutiérrez , Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Marc Lalonde, ministro de sanidad canadiense, en el documento **“Nuevas Perspectivas de la Salud de la población canadiense”** (1974), enuncio un **modelo que ha tenido gran influencia en los últimos años y que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores:**

- 1. **El Medio Ambiente:** que incluye factores que afectan al entorno del hombre y que influyen decisivamente en su salud, son los relativos no sólo al ambiente natural, sino también y muy especialmente al entorno social.
- 2. **Los estilos y hábitos de vida:** en el que se consideran los comportamientos y hábitos de vida que condicionan negativamente la salud. Estas conductas se forman por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social.
- 3. **El sistema sanitario:** entendiendo como tal al conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos, materiales y tecnologías, etc., condicionado por variables como la accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, así como la buena praxis y cobertura, entre otros.
- 4. **La biología humana:** se refiere a la carga genética y los factores hereditarios, adquieren gran relevancia a partir de los avances en ingeniería genética logrados en los últimos años que abren otras posibilidades y que en su aspecto positivo podrán prevenir enfermedades genéticamente

conocidas, pero que plantean interrogantes en el terreno de la bioética y las potenciales desigualdades en salud dados los costos que estas prácticas requieren.

Además de estos determinantes, en los últimos años también se ha dado importancia al hecho de que las condiciones sociales afectan a la salud. De esta manera, la **Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS**, en el año 2008 definió a los **Determinantes Sociales de la Salud** como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud". Esas **circunstancias son el resultado de la distribución de los recursos económicos, los nichos de poder y los recursos a nivel global, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas.** Todo ello se traduce en una **distribución desigual con grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo.**

En la **Figura 1 se describe el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud que recomienda la OMS para su abordaje**, el cual menciona **dos grandes grupos de determinantes:**

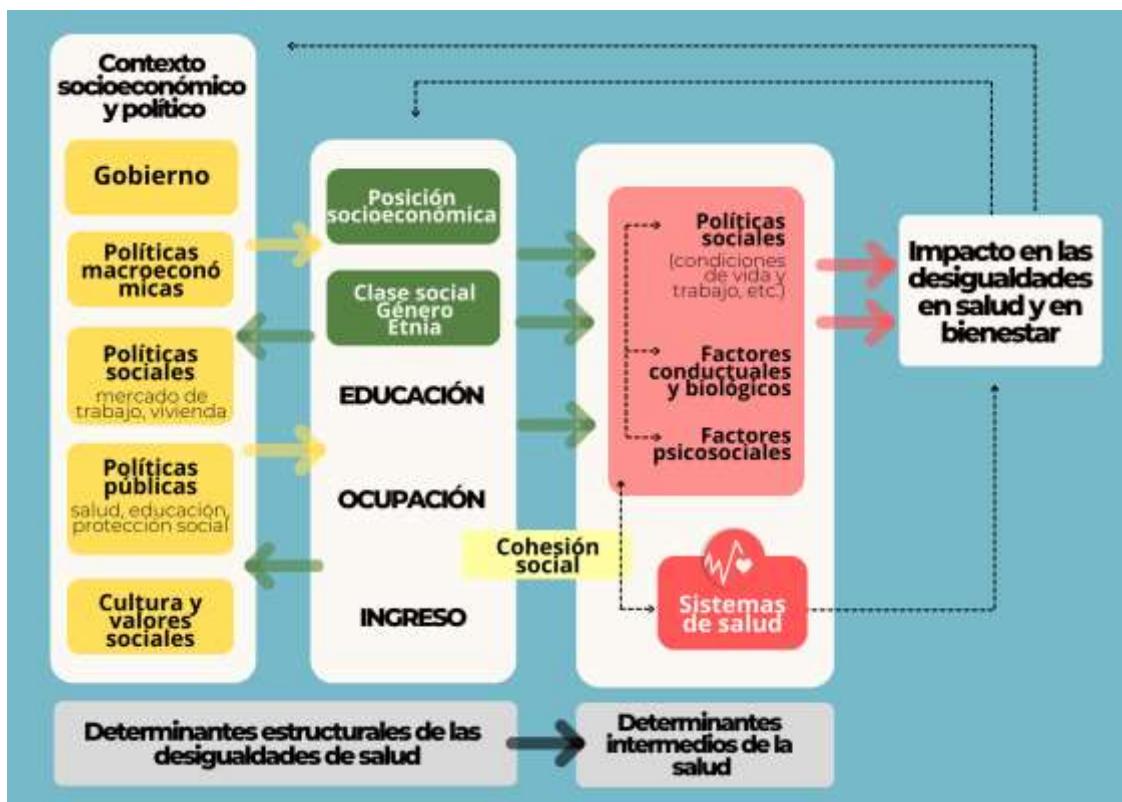


Figura 1: Modelo de Determinantes Sociales de la Salud²

- **Estructurales y/o sociales:** se refiere a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la población. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. Son aquellos que tienen que ver con: posición social, género, raza y grupo étnico, acceso a la educación y al empleo.

² “La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria”- Mario

Alberto De La Guardia Gutiérrez , Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

- **Intermedios y personales:** Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son:
- **Circunstancias materiales:** calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.
 - **Circunstancias psicosociales:** factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.
- **Factores conductuales y biológicos:** nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.
- **Cohesión social:** la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.
- **Sistema de salud:** exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas.

En nuestro país, el **Sistema Nacional de Salud a través del Ministerio de Sanidad vertebría las normativas a nivel estatal, y asigna presupuestos para que las propias Comunidades Autónomas** lo distribuyan conforme a su propio sistema sanitario debido a la delegación de competencias en esta materia. Esto provoca a su vez, **desigualdades territoriales que inciden en que existan diferencias**

en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD) dependiendo de en qué CCAA nos encontramos, como veremos en el siguiente capítulo de este módulo, y, por ende, en la propia figura de la asistencia personal.

Sobre las perspectivas de **hacia dónde van encaminados nuestros sistemas de salud**, la pandemia por COVID-19 ha arrojado las virtudes y deficiencias de los mismos a nivel global. A nivel europeo, la Comisión Europea ha concebido **tres grandes objetivos para poder actuar mejor ante eventuales problemas sanitarios:**

- proteger mejor la salud de los ciudadanos,
- preparar a la UE y a sus Estados miembros para prevenir mejor y combatir futuras pandemias,
- mejorar la resiliencia de los sistemas sanitarios europeos.

Todos estos cambios conllevan una visión de la salud a través de la proactividad y prevención y con ello, un cambio de modelo en el que el seguimiento y el cuidado están basados en la personalización y en análisis de datos.

En este sentido, **la Unión Europea está sentando las bases para el desarrollo de un espacio europeo que albergue un sistema de datos sobre la salud** (European Health Data Space, 2022) que ayude a que los **sistemas sanitarios compartan información y que cada persona**

a nivel individual tenga acceso y control sobre sus datos, además de las siguientes iniciativas ³:

- Preparación ante las crisis.
- Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA)
- Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS).
- Estrategia Farmacéutica.
- Plan Europeo de Lucha contra el cáncer.

Por último, **se sigue sin contemplar la salud mental en los grandes planes sanitarios**. Sin embargo, **recientemente en el último discurso sobre el Estado de la Unión de 2022 pronunciado por la Presidenta de la Unión Europea, Ursula Von der Layen, se ha incluido una nueva iniciativa de salud mental basada en los apoyos adecuados, accesibles y asequibles.** ⁴

1.2 Conceptos básicos y sistema de dependencia

Como ya se ha comentado en el capítulo anterior, **en la actualidad los sistemas sanitarios están basados en la prevención y en proactividad**.

Los países en vías de desarrollo han dotado a sus sistemas de

³ Para saber más sobre estas iniciativas: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_es

⁴ Discurso Ursula von der Layen, 14/09/2022:
https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/speech_22_5493

herramientas para poder promocionar la autonomía personal y garantizar una atención continuada que prevenga problemas de salud y mantenga en la medida de los posible, unas condiciones de salud y sociales óptimas.

En nuestro país, **uno de los grandes hitos es la constitución de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia**, garantizado a nivel estatal por la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.⁵

En la misma se establece que **la dependencia** es el *estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.*

⁵ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia:
https://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/normativa_d/normativa_texto_leyes/index.htm

En esta Ley se define el propio SAAD como *el conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de la ciudadanía.*

También se incluyen en la citada normativa varios aspectos a tener en cuenta:

- Una serie de Prestaciones y un Catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en el que se incluyen prestaciones económicas y servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado. En el catálogo de servicios públicos y/o concertados no se encuentra la Asistencia Personal. Hasta ahora el acceso se ha realizado solamente a través de prestaciones económicas para la contratación por parte de la persona que tiene reconocida la dependencia de una persona asistente personal.
- La valoración del grado de dependencia y requisitos básicos para ser una persona beneficiaria. La **situación de dependencia** se clasificará en los siguientes grados:
 - Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

- Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

En la valoración es donde se produce la diferencia entre las distintas CCAA, ya que estas determinan los órganos de valoración de la situación de la misma que son los encargados de realizar el dictamen sobre el grado, y se encargan también de especificar los cuidados que la persona pueda requerir.

- El reconocimiento del derecho (prestación, etc).
- Financiación del sistema y aportación de la propia persona beneficiaria, en su caso.

En la actualidad, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) es el encargado de gestionar este sistema a nivel Estatal, y según el último informe del SAAD que data del 31/08/2022, hay una cifra de 1.270.102 personas con prestación y con reconocimiento del grado de dependencia. No obstante, hay una lista de espera para recibir la

prestación de 84.127 personas, y aún es más grande la lista de las personas que han solicitado la valoración y están a la espera de la misma.

1.3 Actualidad y factores sobre la salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud, los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad⁶ en el año 2030, y en la actualidad, una de cada ocho personas padecen un trastorno mental. Además, entre el 25% y el 50% de las personas del colectivo no reciben un tratamiento o no es el adecuado y en nuestro país, el 88% de las labores de apoyo y atención son realizadas por personas cuidadoras informales, en su gran mayoría mujeres.

Todo ello provoca que gran parte del planeta **pueda ver limitada su capacidad de participar de manera plena en la sociedad**, no solamente en relación a estudios, empleo, etc, **también en actividades de la vida diaria por las dificultades actuales en relación a accesibilidad a servicios, legislación inadaptada a las necesidades reales, estigma persistente en cuanto a la concepción que se tiene sobre la salud mental, falta de recursos**, entre otras causas.

Prosiguiendo el análisis de la situación actual de salud mental a nivel europeo, la gran mayoría de los países comunitarios están desarrollando acciones encaminadas a la consecución de los objetivos del **Pacto**

⁶ En la actualidad se debate si los problemas de salud mental conllevan discapacidad. Muchas veces la valoración de dependencia en salud mental no lleva asociada el certificado de discapacidad, existen otras alternativas para valorar la dependencia o la inclusión en programas de inclusión sociolaboral a través de Informes emitidos por profesionales de la salud mental.

Europeo para la salud mental y el bienestar, así como el Marco

Europeo para la acción en salud mental y bienestar. (European

Union, 3rd Health Programme, 2016). Entre esos objetivos se encuentra

la mejora de la promoción de la autonomía personal y vida independiente.

En cuanto a los **países comunitarios que han desarrollado servicios de promoción de la autonomía personal y vida independiente de personas con enfermedad mental**, cabe destacar que varios han iniciado o continúan implementándolos. Por ejemplo, **en Noruega se inició el pasado año una Estrategia de promoción de la salud mental y bienestar que abarca hasta el año 2026**, en Dinamarca se están desarrollando iniciativas de prevención en sectores marginados de la infancia, así como en juventud y suicidio, y también **programas para incrementar el conocimiento de la población sobre salud mental y para fomentar una mejor comprensión de las enfermedades mentales en colegios y centros de trabajo**.

Por otro lado, la **Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad 2021-2030** de la Unión Europa defiende una sociedad inclusiva y participativa en la que todas las personas tengan oportunidades, ya que además esto puede generar un crecimiento en el mercado y que se fomente la innovación desde otros prismas. Y como bien comentamos, sigue sin existir una Estrategia de Salud Mental como tal a nivel europeo.

Alineados con esta Estrategia Europea, en el caso de nuestro país, se han actualizado recientemente dos marcos fundamentales de actuación para la salud mental: de un lado, el nuevo **Plan Nacional de Salud Mental 2021 del Ministerio de Sanidad**, y de otro, la **Estrategia de Discapacidad 2022-2030 del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030**. Según la actual Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Ministerio de Sanidad, 2022), entre el 2,5 y el 3% de la población adulta tiene un trastorno mental grave (TMG): en concreto, más de 1 millón de persona, y un estudio citado por esta **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**, se estima que un 19'5% de la población española ha tenido un problema de salud mental a lo largo de su vida.

Este porcentaje es muy alto teniendo en cuenta el **bajo ratio tanto a nivel mundial como europeo y estatal en personas profesionales dedicadas al ámbito de la salud mental**, y por ende, en la dificultad de acceso a este tipo de servicios. Por ejemplo, según la Oficina Europea de Estadística (Eurostat) con datos referidos al año 2015, España cuenta con 10 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, menos de la mitad que países como Reino Unido o Francia.

A nivel regional, **casi todas las CCAA han actualizado recientemente sus Planes y Estrategias específicos en Salud Mental**, por ejemplo, este año las CCAA de Madrid y Castilla La Mancha han publicado sus respectivos planes de salud mental.

Y por otro lado , a pesar de que en los últimos años se han incrementado las propuestas e iniciativas tanto públicas como privadas en relación a la salud mental, **persisten las dificultades en cuánto al estigma en relación a los problemas de salud mental** en ámbitos tan dispares como el laboral o el formativo, e incluso en el ámbito familiar. **La OMS sigue defendiendo que para que aumente la disponibilidad de servicios de salud mental, hay que superar cinco obstáculos clave:** la no inclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiación; la actual organización de los servicios de salud mental; la falta de integración de la salud mental en la atención primaria; la escasez de recursos humanos para la atención de salud mental; y la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública.

Esta discriminación sigue produciendo **barreras que impiden una mayor eficacia y un abordaje normalizado de salud pública**. La **vinculación** establecida en general por la sociedad y los mass media entre **problemas de salud mental, conductas agresivas y su relación con el suicidio** añaden más barreras para afrontar un problema de salud pública de primera magnitud.

Asimismo, el **bajo grado de inserción laboral de las personas con problemas de salud mental agrava su inclusión social y su**

recuperación, así como el acceso a un trabajo digno y por ende, el riesgo de pobreza. Según el Instituto Nacional de Estadística a través del informe “El empleo de las personas con discapacidad (EPD)” correspondiente al año 2020 y publicado en diciembre de 2021 pone de manifiesto que las personas con problemas de salud mental son las que mayor tasa de desempleo presentan dentro de las personas con discapacidad, situándose la tasa de empleo en tan solo un 17,1%, siendo aún más visible en las mujeres: tal y como se recoge en el estudio “Estudio de calidad de vida de las mujeres con problemas de salud mental y su acceso al empleo” (ASCASAM, 2022), “interseccionan, como mínimo, tres factores de discriminación (género, discapacidad y enfermedad) que las sitúan como colectivo especialmente vulnerable por el riesgo al rechazo, aislamiento y exclusión social, con un particular impacto negativo en su calidad de vida y en inclusión laboral”, **estimándose que el 87% de las mujeres con problemas de salud mental graves están en situación de baja laboral o desempleo.**

En cuanto **al ámbito del respeto de los Derechos Humanos** de las personas con problemas de salud mental, a pesar de que se han cerrado las antiguas instituciones psiquiátricas conocidas como manicomios y las directrices establecidas por la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU se han comenzado a llevar a cabo,

aun teniendo en cuenta el reto que supone su incorporación, persisten prácticas abusivas como la coerción, aunque este verano pasado se ha paralizado el Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo hasta finales de 2024 que pretendía internar a personas con enfermedad mental en contra de su voluntad.

De otro lado, en la actualidad la crisis económica y social asociada a la pandemia por COVID-19 y el conflicto sociopolítico mundial han puesto aún más de manifiesto la persistencia de los problemas detectados referentes al colectivo y también ha subrayado la importancia de la transformación digital y de adopción de procesos estratégicos en el Tercer Sector (Libro blanco de la transformación digital del Tercer Sector, Fundación Telefónica, 2022) así como **los retos latentes en relación a la Agenda 2030, de cara a poder actuar con la mayor diligencia posible ante eventualidades que afectan a las necesidades de las personas, sobre todo de las más vulnerables.**

Más aún, el **nuevo Informe de la OMS sobre el Marco de Actuación Europeo 2022-2025** remarca la **necesidad de la creación de una gran plataforma a nivel europeo que recolecte información sobre los servicios de salud mental**, así como sobre la población que padece problemas de salud mental y los resultados, por lo que se hace

indispensable para ello generar sistemas de gestión de conocimiento en las entidades que ofrecen servicios y apoyan a las personas del colectivo. Finalmente, y tal y como hemos visto en capítulos anteriores, **recientemente en el último discurso sobre el Estado de la Unión de 2022 pronunciado por la Presidenta de la Unión Europea, Ursula Von der Layen, se ha incluido una nueva iniciativa de salud mental basada en los apoyos adecuados, accesibles y asequibles.**⁷

En nuestro país, **en los nuevos Presupuestos Generales del Estado** planificados para 2023, que aún no han sido aprobados, se va a destinar un 67% más de recursos a la salud mental, poniendo especial énfasis en reforzar la atención primaria con unos 500M€ de inversión.

Otras iniciativas en relación a la salud mental que se han puesto en marcha este año para **prevenir el suicidio son el teléfono de atención 024 y la elaboración de Códigos de Conducta Riesgo. A su vez, el Ministerio de Sanidad ha creado la especialidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, que tiene reflejo en la próxima convocatoria de Formación Sanitaria Especializada, con 20 plazas para esta especialidad.**⁸ Además, se ha abierto una vía de acceso extraordinaria a esta especialidad con más de 800 especialistas presentados de los cuales 600 han obtenido el reconocimiento como tal.

Tal y como hemos podido ver, a pesar de que **la salud mental está cada vez más incluida en la agenda política y está dotada de mayores recursos, quedan muchos retos por abordar**. Uno de ellos es la difusión

⁷ Discurso Ursula Van der Layen, 14/09/2022:
https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/speech_22_5493

⁸<https://www.educacionfp.gob.es/prensa/actualidad/2022/10/221010-actosaludmental.html>

de la asistencia personal, que veremos en más profundidad en el siguiente capítulo.

1.4 Conociendo la asistencia personal aplicada en salud mental

Como hemos visto en el capítulo anterior, en este camino de **lograr la plena participación de las personas que requieren atención a su salud mental es arduo, y la figura de la Asistencia Personal es esencial**, ya que proporciona apoyo desde el principio básico de la **autonomía de las personas en situación de dependencia en cualquiera de sus grados 3, 2 o 1, con el objetivo de facilitar a la persona beneficiaria el acceso a la educación o al trabajo y su inclusión y participación social** en los términos previstos en la [Convención de Naciones Unidas de Derechos de las Personas con Discapacidad](#).

Sin embargo, según el [último informe semestral recogido por el Sistema de Atención a la Dependencia](#), que data del 30/06/2022, **solamente el 0,55% de las personas atendidas en este sistema disponen de este servicio de asistencia personal**, lo que refleja el escaso nivel de promoción de la figura de asistencia personal: de un total de 1.616.793 personas beneficiarias de prestaciones, tan solo 8516 personas han solicitado la prestación de asistencia personal, y de ese número, 6.144 personas lo hicieron en el País Vasco y 1804 en Castilla y León.

A todo ello se le suman que nuestro contexto social y demográfico está caracterizado por un **envejecimiento progresivo de la población y sus consecuencias asociadas, además de la situación derivada del COVID-19, ha puesto de manifiesto la necesidad de apostar por la intervención**

individual y en comunidad, para favorecer una mayor autonomía personal.

Más aún, la **Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia** (en adelante, LAPAD) desde el mismo título recoge la **importancia de la promoción de la autonomía personal**. En este ámbito, **son tres los servicios profesionales que se incluyen en las prestaciones esenciales que reconoce la mencionada Ley**:

- Promoción de la autonomía personal.
- La creación de la figura del Asistente Personal.
- El desarrollo de herramientas de teleasistencia avanzada.

Además, **en su artículo 19 menciona explícitamente a la Asistencia Personal, así como en su catálogo de prestación de servicios.**

Por otra parte, si nos detenemos en países como Gran Bretaña, Suecia, Noruega, Estados Unidos o Brasil, donde esta figura lleva más de 20 años de desarrollo, se aprecia que **aún queda un largo camino por recorrer**. Aun así, **la figura de Asistente Personal en los últimos años ha tomado impulso, avanzando firmemente, y se constata como una ocupación con tendencia positiva de crecimiento en el mercado laboral español ante la necesidad de aportar nuevas soluciones para la atención integral socio sanitaria adaptada a cada persona usuaria**.

Prosiguiendo con la importancia de esta figura, las personas que lideran el **Foro de Vida Independiente en España consideran que esta prestación es eficaz y continúan reivindicando el derecho y la debida difusión de la misma, el incremento en las cuantías de atención a la**

dependencia, y la propia elección de la persona usuaria de la persona que le vaya a asistir personalmente. En los **últimos foros y artículos sobre derechos humanos y salud mental se muestra latente un rechazo cada vez mayor a las residencias y a centros institucionalizados y cerrados, y más apertura y predisposición a este tipo de prestaciones como la asistencia personal que permiten a la persona beneficiaria seguir viviendo en su domicilio con el debido apoyo y respetando sus derechos.**

Esta figura, por tanto, surge como elemento de apoyo para cubrir las necesidades específicas que tiene cada persona con diversidad funcional, en este caso, por problemas de salud mental. Se trata de una pieza clave para conseguir la independencia, la autonomía y el respeto a la voluntad de decisión de la persona con discapacidad.

En definitiva, la asistencia personal trata de mejorar la calidad de vida de la persona a través de apoyos individualizados, acompañamientos y cuidados en los aspectos que la persona demande y valore para llevar a cabo su proyecto individual de vida.

Y, es más, en el Plan de Acción de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020, (a partir de ahora PAEED), en el Eje C.4.- Accesibilidad y el Objetivo estratégico 1: Promover la accesibilidad universal en los bienes y servicios, se recoge en la actuación 78 *'Promover medidas que favorezcan la disponibilidad de los recursos humanos y de asistencia personal necesarios para que las personas con discapacidad puedan vivir del modo más autónomo posible'*, dentro del Objetivo operativo 5.

Asimismo, se debe enfatizar que **la asistencia personal es un Derecho Humano de las personas con discapacidad, tal y como se recoge en la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2008. En el artículo 19 de la misma Convención se especifica que:**

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

Por último, **el Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad evidencia su preocupación ante el "limitado acceso a la asistencia personal" en España.**

Conocedor de ello, **el Gobierno va a reformar la Ley de Dependencia según la propuesta enviada por el Imserso a las Comunidades Autónomas para ampliar la definición de asistencia personal e incluirla como un servicio más de los que el sistema debe ofertar en su catálogo.** Como hemos visto anteriormente, hasta ahora solamente pueden acceder a través de la prestación económica contratando directamente a su asistente personal, y con este cambio se incluirá en el catálogo de servicios públicos y/o concertados. Asimismo, **la propuesta del Gobierno amplía el concepto de lo que se entiende por asistencia personal, a fin de adaptarlo a la convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad.**

La **asistencia personal es una herramienta que garantiza la accesibilidad universal, el cumplimiento efectivo de igualdad de**

derechos y desde donde se trabaja por el empoderamiento y el derecho a gozar de una vida independiente e inclusiva en comunidad.

1.5 Metodología y diseño del manual

Con todo el argumentario expuesto en el capítulo anterior, la meta de este curso es la **creación de una Red Estatal para promover la figura de Asistente Personal en el ámbito de la dependencia y de las personas con problemas de salud mental a nivel nacional.**

Para ello, en el **diseño del manual se han seguido varios de los principios de la Estrategia-Española de la Discapacidad 2012-2020 y la Estrategia Europea 2020**, que reflejan una clara vinculación al servicio de Asistencia Personal:

- Respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas.
- La vida independiente.
- El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.
- La igualdad de oportunidades.
- La accesibilidad universal.
- La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.

y se basa en las siguientes necesidades detectadas:

- La falta de regulación estatal sobre la figura de asistencia personal, lo que implica un obstáculo para acceder a la prestación de manera equitativa.
- El escaso conocimiento de esta figura por parte del equipo profesional de los Servicios Sociales.

- La ausencia de formación específica como requisito imprescindible para desempeñar el puesto de asistente personal.
- La precarización de las condiciones laborales de esta figura a consecuencia de la ausencia de regulación estatal y de formación específica.

Y por otro lado, **este programa está dedicado íntegramente a la asistencia personal para personas con problemas de salud mental**, siguiendo el trabajo realizado por entidades como el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (en adelante CERMI) y la Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física (en adelante PREDIF), que han desarrollado y profundizado en esta figura en el ámbito de la discapacidad física, y también de Fundación INTRAS, que publicó en 2020 el libro “La Asistencia Personal en salud mental”.

➤ En este manual se tratarán los siguientes contenidos:

- apoyo a la vida independiente,
- apoyo mutuo con la metodología peer to peer,
- cómo generar el vínculo,
- tareas usuales vinculadas,
- aspectos legales y éticos,
- la figura de la asistencia personal deportiva
- y los conceptos transversales a esta figura.

CAPÍTULO 2. ASISTENCIA PERSONAL: UNA MANERA INCLUSIVA DE APOYO A LA VIDA INDEPENDIENTE

Escenario de caso: John Nash. I PARTE

John Nash fue un matemático conocido entre otros por idear la [Teoría de Juegos](#) aplicada en diferentes contextos que además fue galardonado con el Premio Nobel de Economía en 1994. En 1959 fue diagnosticado de [Esquizofrenia paranoide](#), enfermedad por la cual llegó a estar internado en un centro psiquiátrico. Según Nash, el inicio de su enfermedad se sitúa al inicio del año 1959, cuando su esposa estaba embarazada. Describió el proceso como un cambio "de un pensamiento racional científico hacia un pensamiento delirante típico de personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia o esquizofrenia paranoide". "Para Nash, esto incluía verse a sí mismo como un mensajero o alguien que tiene una determinada misión; rodeado tanto de partidarios como opositores y agentes secretos, entre los cuales se sentía que era perseguido y buscado para resolver enigmas de revelación divina. Nash sugirió que sus delirios estaban relacionados con su sensación de infelicidad, a sus deseos de sentirse importante y

reconocido, y a su forma característica de pensar, diciendo: "Yo no habría tenido ideas tan buenas científicamente, si hubiera tenido una forma más normal de pensar". También declaró que siempre lo obligaron a ir a los hospitales psiquiátricos contra su voluntad; que temporalmente renunciaba a sus "hipótesis delirantes de ensueño" después de estar el tiempo suficiente en un hospital para decir que se había recuperado o que ya tenía un comportamiento normal "racionalmente forzado". Que solo por cuenta propia logró "rechazar inteligentemente" algunas de sus "influencias delirantes" y sus creencias "políticamente orientadas" en cuanto se sintiera cómodo. Para 1995, dijo que, sin embargo, a pesar de que "había vuelto a pensar racionalmente como científico", aun así, se sentía más limitado a como pensaba antes.⁹ Su vida fue llevada a la literatura y esta obra fue posteriormente adaptada al cine.

A continuación, os dejamos un fragmento de "Una mente maravillosa".

https://www.youtube.com/watch?v=hwR5jsq28zk&ab_channel=S

⁹ Fuente: Wikipedia, diversas fuentes.

Con la lectura de la introducción y este vídeo, **¿qué elementos son fundamentales en el proceso de recuperación de una persona que requiere atención a la salud mental?**

2.1 Introducción

En el primer módulo hemos **recorrido los aspectos básicos que afectan a la figura de la asistencia personal aplicada a salud mental**, tanto los **relacionados con la salud como las normativas y planes actuales vinculadas a la misma**.

En **este segundo módulo veremos los principales Modelos a través de los cuáles se trabaja actualmente en la vida independiente de las personas con problemas de salud mental**, sobre todo aquellas que requieren apoyos para llevar a cabo actividades de la vida diaria, que es donde la asistencia personal juega un papel importante.

Los puntos de este tema son:

1. Paradigma de apoyos y paradigma de calidad de vida.
2. Planificación centrada en la persona (PCP) y Proyecto de vida individualizado (PVI).
3. Modelo de vida independiente y asistencia personal.

2.2 Paradigma de apoyos y paradigma de calidad de vida (también conocidos como Modelos)

El paradigma de apoyos, también conocido como modelo de apoyos es **un enfoque que en las últimas décadas ha cobrado especial impulso para favorecer la vida independiente de las personas que requieren algún tipo de asistencia**, y está **íntimamente relacionado con el paradigma de calidad de vida**, que pone el foco en la intervención basada en la persona y sus necesidades, en vez de en servicios basados en instituciones cerradas (enfoque asistencialista).¹⁰

Ambos paradigmas recogen un **marco holístico de actuaciones que intentan cubrir todo el espectro de la intervención social, educativa, del empleo y sanitaria, y que a lo largo de las últimas décadas han servido de base para la intervención en las personas con discapacidad y/o atención a la salud mental.**

De un lado, **el denominado "Paradigma de los Apoyos"** recoge las bases de la **desinstitucionalización** que comenzó en muchos países desarrollados en los años 70, del movimiento de vida independiente y de inclusión comunitaria desarrollado en los 80, y también está asociado desde la década de los 90, tal y como se ha mencionado anteriormente, al concepto de calidad de vida.

¹⁰ Modelo teórico de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002/2003)

El cambio fundamental que conlleva consiste en dejar de centrar la atención en los déficits de la persona que requiere apoyo para centrarla en su autodeterminación y su inclusión.

Y de otro, **Schalock y Verdugo** en su **Modelo de Calidad de Vida** definen la calidad de vida de una persona como un estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas dimensiones centrales son iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y valor que se les atribuye. La evaluación de las dimensiones está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto en que se aplica.

A su vez, **definieron ocho dimensiones de la calidad de vida:**



Fuente: elaboración propia a partir del Modelo teórico de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002/2003)

Estas **dimensiones consideradas clave en la mejora de la calidad de vida, son independientes de su condición de necesidad de apoyos para lograr mejorar su bienestar.** Son las siguientes:

- **Bienestar emocional (BE).** Hace referencia a sentir tranquilidad, seguridad, sin agobios ni nervios.
- **Relaciones interpersonales (RI).** Relacionarse con distintas personas, tener amistades y llevarse bien con su entorno.
- **Relaciones Sociales (RS).** Tener amistades claramente identificadas, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, relaciones de pareja y sexualidad, otro tema sobre el que como veremos más adelante, hay diversidad de opiniones por los componentes éticos que implica
- **Bienestar material (BM).** Tener dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados.
- **Desarrollo personal.** Posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse a nivel personal.
- **Bienestar físico (BF).** Tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Este componente del bienestar está relacionado con el tema 7.
- **Autodeterminación (AU).** Decidir una persona por sí misma y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está.
- **Inclusión social (IS).** Ir a lugares de la ciudad o de la comunidad donde van otras personas y participar en sus

actividades como una persona más. Sentirse parte de la sociedad de manera inclusiva, contar con el apoyo de otras personas.

- **Derechos (DE).** Ser considerada igual que el resto de la gente, que la traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos.

El paradigma de apoyos y el de calidad se basan, por tanto, **en que el enfoque de intervención en todas las áreas y determinantes de la calidad de vida deben partir del respeto de la elección del proyecto de vida que cada persona que requiere apoyo elija, en la medida de lo posible.** Esto ha conllevado unos **cambios en las estructuras asistenciales, en la formación de nuevos perfiles que sirvan de apoyo como puede ser la asistencia personal y nuevas normativas que aún se están adaptando a estos nuevos paradigmas.** Aún falta conseguir la total inclusión en numerosos aspectos que aplican a todas las esferas: laboral, accesibilidad a servicios comunitarios, materiales, educativos, sobre derechos, etc.

A continuación, **os dejamos un testimonio en primera persona que aborda esta cuestión:**



Por otro lado, **uno de estos elementos de apoyo como hemos visto en el primer módulo, en el vídeo anterior y que es también un componente básico de la calidad de vida, son los recursos.** La **financiación individual**, que como hemos visto sirve de apoyo económico para poder elegir un servicio, intervención y/o producto de apoyo que mejor se adapte a su proyecto de vida. Según una revisión sistemática¹¹ publicada en 2019 realizada sobre 73 estudios en un período de 25 años que comprende la región de Europa, EEUU, Australia y Canadá, la financiación individual produce efectos beneficiosos en la

¹¹ El financiamiento individualizado tiene efectos positivos en los resultados de salud y asistencia social : <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1443>

calidad de vida y seguridad en las personas que requieren apoyos. Aun así, sigue faltando recursos.

Además de estos modelos, **existen otros enfoques que se trabajan en la actualidad para la atención a la salud mental, como el Modelo Biopsicosocial y el Modelo de Vida Independiente**, que veremos más adelante.

Profundizaremos más sobre estos modelos en los siguientes apartados: la **Planificación centrada en la Persona y el Proyecto de Vida Individualizado que tienen base en el modelo de apoyos y el modelo de calidad de vida**. De hecho, en algunas bases teóricas se consideran parte de ambos modelos, y también del último apartado sobre el **Modelo de Vida Independiente**.

2.3 Planificación Centrada en la Persona (PCP) y Plan Individualizado de apoyos (PVI)

Antes de comenzar con la propia metodología PCP, hay otros conceptos a tener cuenta que inciden en el mismo.

Uno de ellos es la **recuperación**. Un diagnóstico de enfermedad mental puede suponer, por un lado, ponerle nombre a lo que se está experimentando, y, por otro lado, puede afectar a las relaciones de las personas, a la confianza, a su bienestar material...en definitiva, a los

componentes que hemos visto anteriormente que forman parte de la calidad de vida. **La recuperación es una experiencia personal, diferente para cada persona, pero también tiene que ver con las relaciones y el aprendizaje de los demás.**

Según Davidson y González¹², *la recuperación se refiere a las formas en que una persona maneja un problema de salud mental tratando de restaurar o desarrollar un sentido significativo de pertenencia y un sentido positivo de identidad independiente de este problema. La recuperación es un proceso de cambio mediante el cual las personas mejoran su salud y bienestar, conducen sus vidas de forma autónoma y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial.*

Estos autores hablan a su vez de que este proceso de recuperación hay que diferenciarlo de la atención orientada a la recuperación, que es lo que el equipo profesional del tratamiento y rehabilitación en salud mental ofrece para apoyar los esfuerzos de recuperación de la persona a largo plazo. La promoción del bienestar mediante el autocuidado y la intervención temprana, tanto mental como física, es un componente importante de la misma.

¹² La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental (2017).

La **recuperación a su vez contiene dos componentes a tener en cuenta**¹³:

- La **recuperación clínica**, es un término psiquiátrico que implica el alivio de los síntomas, el restablecimiento del funcionamiento social y la vuelta a lo que se considera "normal".
- La **recuperación personal**, por otro lado, es una idea que ha surgido de la experiencia de las personas con experiencia personal en materia de salud mental. William Anthony (1993), describió la recuperación como "un proceso único y profundamente personal de cambio de actitudes, valores, sentimientos, objetivos y habilidades".

Teniendo en cuenta esta noción de recuperación, una de las primeras preguntas que nos viene a la mente es: **¿cuáles son los apoyos que necesita una persona para poder comenzar con ese proceso de recuperación, participación en la sociedad y teniendo a la vez en cuenta su proyecto de vida?**

A veces esta respuesta **se complica debido a la brecha existente entre las habilidades sociales y capacidades que puede tener una persona y las que son requeridas por la comunidad y para satisfacer sus propias demandas como persona individual**. Es necesario, por tanto, evaluar los

¹³ Short guide to recovery, Mental Health Europe (2022)

distintos elementos que forman parte de la vida personal y desarrollo individual, y que están basados en el paradigma de apoyos-Modelo de calidad de vida:

- Hogar.
- Vida en la comunidad.
- Educación.
- Formación y empleo
- Bienestar físico y material.
- Área cognitiva-conductual.
- Relaciones sociales.
- Derechos y defensa de la persona.

Para cada uno de estos elementos, **cada persona requiere distintos de apoyo, que a su vez pueden requerir diferente intensidad, por ello se comienza a hablar de la Planificación Centrada en la Persona**. Con ello, a través de la prestación de apoyos para estas áreas, se pretende mejorar su grado de independencia, su nivel de habilidades sociales, bienestar a nivel individual y participación en la sociedad y vida en la comunidad. Esto ha conllevado, como hemos visto antes en los Modelos, un **cambio de visión basado en las necesidades personales de las personas que requieren apoyo y que ha derivado en la conceptualización y puesta en marcha de nuevos sistemas de clasificación**. Si nos fijamos, **nuestro Sistema para la Autonomía y**

Atención a la Dependencia está basado en estos principios, a través de grados diferencia las intensidades de apoyos que requiere una persona. Dada la complejidad y variedad de casos, **todo Sistema de Atención debe estar basado en los siguientes principios:**

- Tratar de abarcar una amplia variedad de apoyos con distintas intensidades,
- Estar focalizado en la persona,
- Ser flexible para permitir variar las preferencias individuales conforme al proceso de recuperación y preferencias de la persona,
- Contar con sistemas de evaluación que sean periódicos para ser capaces de poder ofrecer el mejor apoyo en cada momento.

Ahora bien, volviendo a la pregunta anterior y teniendo en cuenta este contexto, **¿cómo se determinan esos apoyos que son necesarios para mejorar en los elementos básicos?**

Dar una respuesta completa a esta pregunta es altamente complejo, y para ello, se elaboró la **Escala de Intensidad de Apoyos**¹⁴ (conocida por sus siglas en inglés, SIS, Supports Intensity Scale). Es un **instrumento para medir la intensidad de las necesidades de apoyo de una persona,**

¹⁴ [La Escala de Intensidad de Apoyos \(SIS\): adaptación inicial al contexto español y análisis de sus propiedades psicosométricas. Asociación Americana de Retraso Mental \(AAMR\) en 2004.](#)

una vez que se han evaluado las capacidades y habilidades funcionales en cada elemento.

Para evaluarlas, se requieren una serie de principios básicos sobre la naturaleza de las necesidades de apoyo:

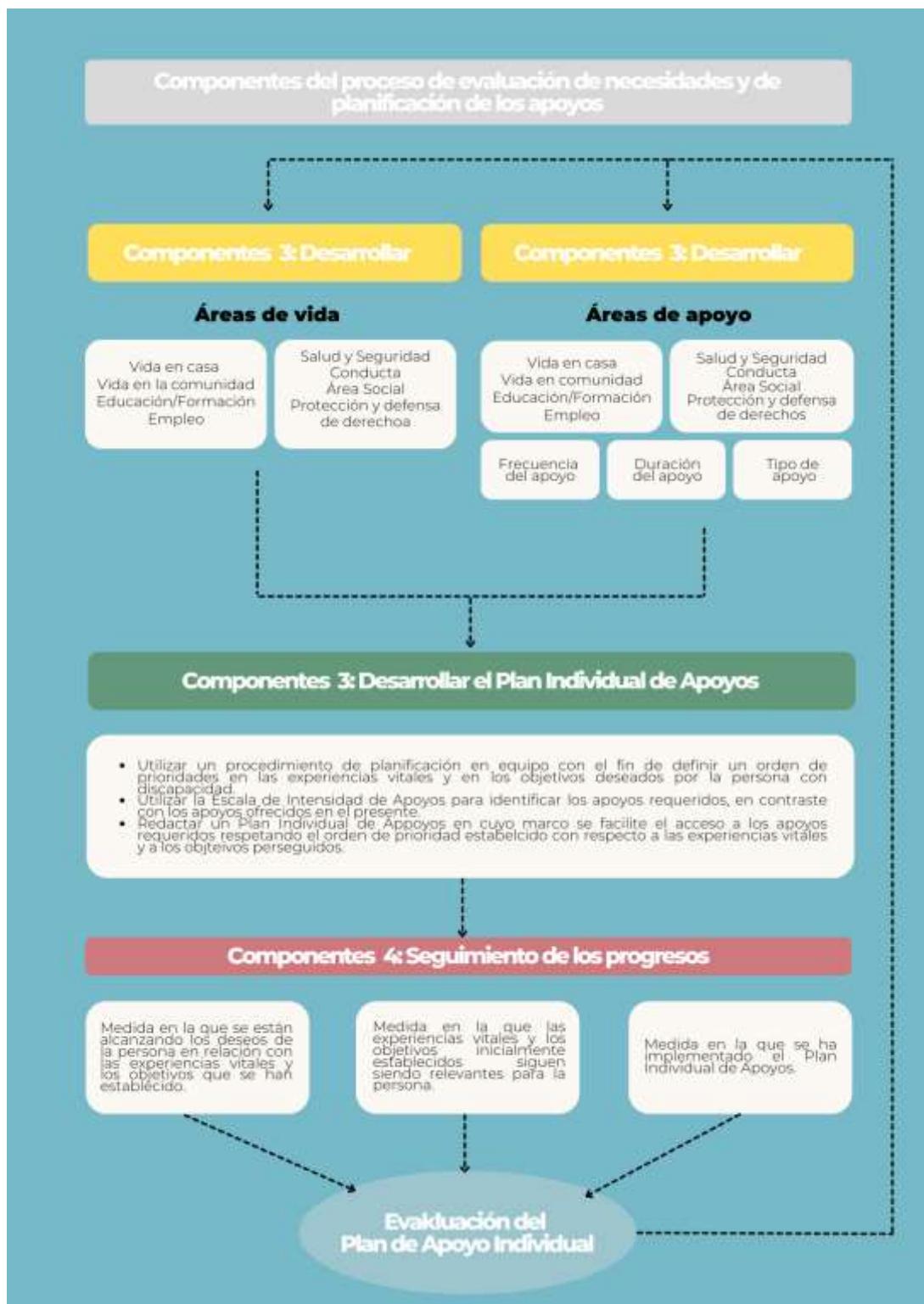
- Los tipos y prestaciones de apoyo deben adaptarse a las necesidades y preferencias individuales, teniendo a su vez en cuenta el contexto y nivel de competencia personal.
- Estas prestaciones de apoyos deben ser flexibles y que se vayan adaptando a las circunstancias, porque las necesidades son dinámicas y cambiantes en función de la evolución en el proceso de recuperación y el resto de elementos que componen la vida personal que hemos visto anteriormente. Y también, reevaluar esas necesidades de apoyos para determinar si continúan igual o hay que modificarlos.
- Hay que tener en cuenta también que en algunos elementos las personas pueden requerir mayor o menor apoyo, por lo que tanto en la evaluación como en la planificación de apoyos es necesario priorizar unas necesidades sobre otras porque como también hemos visto, los recursos son limitados y además hay que tener en cuenta las preferencias individuales sin dejar de lado las necesidades básicas relacionadas con el hogar, alimentación, etc.
- La evaluación periódica ha pasado a ser sistemática y en numerosas ocasiones, como en la figura de la asistencia personal, casi diaria. Ello guía el desarrollo y la revisión del Proyecto de Vida Individualizado, y el proceso debe aportar información para intentar ajustar lo máximo posible las preferencias individuales. Para ello es fundamental la comunicación entre los distintos equipos (Por ejemplo: sanitario-enfermería, social-trabajo social, apoyo-

asistente personal) para idear soluciones que identifiquen, estructuren y coordinen los apoyos que mejor se ajusten a sus preferencias. Como ítem de este proceso se debe diseñar un Proyecto de Vida que identifique:

- Los distintos tipos de apoyo que van a intervenir en su prestación: profesionales, servicios, apoyo familiar, amistades, etc.
- Las funciones que desempeñan cada uno de los diferentes tipos de apoyo configurados.
- La intensidad de los apoyos requeridos en los distintos elementos.
- Esta evaluación debe tener en cuenta múltiples variantes, como incluir en el equipo de evaluación a familiares/amistades para facilitar la incorporación en este proceso de la persona que necesita apoyo y tener en cuenta siempre sus deseos.

Todo **este proceso de evaluación de necesidades**, conlleva el **desarrollo de otro instrumento fundamental para la plasmar estas necesidades**: el Proyecto de Vida Individualizado, ya que es muy poco probable que coincidan exactamente las mismas necesidades en dos personas distintas. Este **Proyecto o Plan de Apoyos debe ajustarse en la medida de lo posible la prestación de diferentes tipos de apoyo a las capacidades, necesidades preferencias y casuística de cada persona a nivel individual**.

En el **siguiente gráfico podemos ver un resumen global de los instrumentos y de este segundo apartado**:



Fuente: Elaboración propia a partir de Calidad en la Atención de los Servicios Sociales.

2.4 Modelo de Vida Independiente y asistencia personal

Fruto de los modelos expuestos anteriormente y de los propios movimientos de las personas usuarias para defender sus derechos, **a lo largo de los últimos años han surgido nuevos instrumentos y medidas que apoyen estas nuevas premisas basadas en el respeto a las decisiones y necesidades individuales que han ido dando forma al Modelo de Vida Independiente.** Este Modelo es un paradigma que surgió en EEUU en los años sesenta, como alternativa al modelo médico-rehabilitador.

Este Modelo **está formado por una serie de apoyos que promueven la autodeterminación y empoderamiento de las personas usuarias** a través de **servicios, prestaciones económicas o beneficios** enmarcadas dentro de las políticas públicas actuales, para que de esta manera puedan en la medida de lo posible disfrutar de las mismas oportunidades y de participación en la sociedad. Desde este prisma, lo conforman **apoyos incluidos en todos los ámbitos**, como los articulados desde servicios sociales, vivienda, accesibilidad, educativos, empleo, sanitarios o por poner un ejemplo, ayudas monetarias como el Ingreso Mínimo Vital.

En este contexto **surge la asistencia personal como una herramienta personal que proporciona una mayor igualdad de oportunidades** a las personas que requieren atención a la salud mental y también a personas con diversidad funcional, etc.

¿Y por qué proporciona una mayor igualdad de oportunidades? Porque la asistencia personal se fundamenta en los siguientes principios:

- Es un servicio de apoyo humano, basado en la escucha, planificación individual y vida en la comunidad que ayuda al desempeño de tareas en la vida diaria, posibilitando de esta manera la autonomía y favoreciendo la vida independiente.
- Se contrata directamente por la persona que necesita apoyos (o por su representación legal), con lo que puede planearlo y decidir quién se lo presta dentro de la oferta existente, cómo, dónde y de qué manera acorde a sus necesidades y actividades de la vida diaria, facilitar el acceso a servicios de ocio, socio laborales, formativos y su participación en la comunidad.
- Facilita a la persona beneficiaria el acceso al sistema educativo, mercado de trabajo, a planificar libremente su tiempo de ocio; así como su inclusión y participación en la comunidad.
- Entra dentro de las prestaciones económicas otorgadas por el SAAD o por medios propios, por lo que es la persona (a veces con orientación) quién elige este servicio.

En este sentido, **el artículo 19 de la Convención de Derechos de Personas con discapacidad reconoce este derecho de igualdad de condiciones y oportunidades para vivir de manera independiente y a**

ser incluidas dentro de la comunidad, sin excepciones. Y dentro de las Observaciones Generales que se han ido recogiendo a lo largo de estos años sobre ese artículo, se indica que “los servicios de apoyo no se limitan a los servicios prestados en el hogar, sino que también conviene que se extiendan a las esferas de la ocupación, de la educación y de la participación política y cultural, la potenciación de la función parental y la capacidad de llegar a los familiares y a otras personas, los propios intereses y las actividades de ocio , y los viajes y las actividades lúdicas”.

Por ende, **la asistencia personal se torna en un servicio dotado de flexibilidad y que se intenta adaptar a las necesidades de la persona, no es una mera asistencia domiciliaria**, más extendida hasta ahora en nuestro país, sino que **actúa en otros ámbitos de la vida que la persona que requiere atención a su salud mental considere para poder llevar a cabo su proyecto de vida conforme a la configuración del resto de apoyos/elementos que hemos visto en el punto anterior, y que veremos más adelante en los módulos 4 y 5**, como pueden ser higiene personal, alimentación y hábitos saludables, relaciones sociales y entorno familiar, función parental; formación y educación tanto formal como no formal, terreno laboral, participación en la comunidad, derechos, ocio, deporte, sexualidad, viajes, actividades lúdicos y en definitiva, todas las esperas de la vida de una persona.

Escenario de caso-II PARTE

¿Crees que estos modelos son una base teórica adecuada para la vida independiente a través de la figura de la asistencia personal?

https://www.youtube.com/watch?v=ly1DxpcMhqM&ab_channel=manomuylenta

Según Sylvia Nasar, Nash se recuperó gradualmente de su enfermedad con el paso del tiempo y gracias al apoyo de su esposa, Alicia Lardé. Nash logró seguir trabajando gracias a su entorno comunitario, en donde se aceptaban sus excentricidades. Alicia Lardé dijo de su esposo: "Es solo cuestión de vivir una vida tranquila".

https://www.youtube.com/watch?v=2jauWCFpizE&ab_channel=manomuylenta

CAPÍTULO 3. ASISTENCIA PERSONAL Y APOYO MUTUO: METODOLOGÍA PEER TO PEER

Uno de los **debates** más candentes en relación a la figura de la asistencia personal es **su asimilación con otros servicios como la prestación de apoyo en el hogar, el acompañamiento terapéutico y agentes de apoyo mutuo.**

En este tema **trataremos de clarificar las diferencias que hay entre la asistencia personal y el apoyo mutuo además del acompañamiento terapéutico**, también para dar a conocer **estas figuras de apoyo en la atención a la salud mental desde los movimientos de vida independiente y el paradigma de recuperación**. De esta manera, **en los siguientes capítulos veremos con mayor detalle las tareas y habilidades, la regulación (como ya sabemos escasa) de la asistencia personal y sus implicaciones.**

Como ya hemos visto anteriormente, una persona que desempeña el rol de asistente personal **ayuda a realizar las tareas de la vida diaria, ocio, culturales, etc., a otra persona que requiere atención a su salud mental**, permitiendo de esta manera **una vida lo más autónoma e**

independiente posible. Alejandro Rodríguez-Picavea y Javier Romañac, 2009¹⁵.

3.1 Acompañamiento terapéutico.

En cuanto al **acompañamiento terapéutico**, esta figura nació en los años 70 en Argentina como alternativa a las instituciones cerradas, con lo que es otro apoyo que emerge de la **progresiva desinstitucionalización surgida en las últimas décadas**. En la actualidad, esta figura es más utilizada en Latinoamérica que en España.

Además, no solamente se da en el ámbito de la salud mental, **también se aplica en la actualidad en otros ámbitos** como son el educativo, asistencial, judicial, etc. y busca favorecer la inclusión social, socialización, toma de contacto con los espacios abiertos, así como potenciar el desarrollo de la autonomía de la persona usuaria.¹⁶

Por otro lado, en el ámbito de la salud mental según Dozza De Mendonça (2018)¹⁷, el *Acompañamiento Terapéutico es una práctica clínico-*

¹⁵ [Asistencia personal: Una inversión en derechos; una inversión eficiente en empleo.](#)

¹⁶ [Acompañamiento terapéutico: práctica y clínica en un hospital psiquiátrico.](#)- María Teresa Rosique, Carmen González de Vega, Teresa Sanz

¹⁷ 'Acompañamiento terapeútico y clínica de lo cotidiano'-Leonel Dozza de Mendoça, Amazing Books, 2018.

asistencial que suele tener lugar en el contexto comunitario y domiciliario de la persona atendida. Puede emplearse en diferentes problemáticas, como pueden ser las personas con problemas de salud mental (sobre todo psicosis y trastornos borderline, drogadicción, pacientes terminales y en diversas situaciones vitales y de salud (trastornos neurológicos, demencias etc.) que puedan conllevar riesgo de exclusión social y pérdida de autonomía y calidad de vida.

También esta figura **actúa como acompañamiento en los procesos de rehabilitación de largas estancias en hospitales psiquiátricos.**

Entre sus funciones se encuentran las siguientes (algunas coinciden con la de asistencia persona aplicada a la salud mental):

- Realizar acompañamiento en base a marcos teóricos aplicados en salud mental.
- Establecer un vínculo con la persona usuaria para que así se puedan establecer nuevos caminos de inclusión mediante la escucha activa.
- Mantener el contacto y seguimiento junto al equipo sociosanitario que coordine el caso de la persona usuaria.
- Motivar a la persona usuaria a que lleva a cabo las tareas de la vida diaria y sus intereses (nunca le acompaña en la realización de las mismas, esta es una de las diferencias con la asistencia personal). También propone actividades.
- Ayudar a la generación de autonomía e independencia en la toma de decisiones de la persona usuaria para que esta se pueda valer por sí misma.

- Trata de fomentar sus relaciones sociales, y también la actividad física y mental.

Por tanto, el acompañamiento terapéutico es una figura de apoyo también, pero **en este caso acompaña a la persona usuaria en diferentes procesos que requieren soporte, como la motivación para realizar actividades o generación de autonomía, y que persiguen objetivos meramente terapéuticos, no en actividades diarias como puede ser ayudarle a desplazarse a los servicios sanitarios.**

Aquí tenéis un **vídeo sobre acompañamiento terapéutico con diversas experiencias de salud mental en el ámbito comunitario** de Argentina:

https://www.youtube.com/watch?v=g-w_lfzfLJ8&ab_channel=AATRA

3.2. Apoyo mutuo.

El **apoyo mutuo surge del movimiento de Vida Independiente como resultado de la lucha por los derechos de las personas con discapacidad, y se ha trasladado a otros ámbitos como el de la salud mental**. Estos movimientos recordemos que han traído consigo un **cambio de paradigma en los modelos**, que han pasado de ser esencialmente biomédicos a **basarse en el empoderamiento, la promoción de los derechos humanos y civiles, la vida en comunidad, la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias según su**

proyecto de vida y la ayuda mutua (Lobato,2018)¹⁸, tema del que hablaremos a continuación.

Estos cambios han propiciado que **las personas que requieren atención a su salud mental ya no sean consideradas pacientes, sino personas usuarias**, por lo que los servicios ofrecidos se han transformado para adaptarse a este nuevo contexto y **las personas usuarias han pasado a tener un protagonismo en primera persona a la hora de tomar decisiones y escoger servicios/productos que mejor se adapten a sus necesidades de apoyo**.

En este sentido, **surgieron las asociaciones de familiares para defender la articulación de mejores servicios y luchar por estos derechos y paralelamente, los primeros grupos de ayuda mutua entre personas que están en la misma situación**, en este caso, **por problemas de salud mental los conocidos también por sus siglas GAM**.

Estos **Grupos de Ayuda Mutua son una herramienta de apoyo entre personas que comparten experiencias, preocupaciones, dificultades o problemas similares**, en este caso, **haber pasado o estar experimentando un problema de salud mental**.

Los GAM están **basados en los siguientes principios**:

¹⁸ Lobato, M. (2018) Movimiento Vida Independiente. Vida Independiente Comunidad Valenciana: <http://vicoval.org/movimiento-de-vida-independiente/>

- **Colectividad:** es un espacio grupal en el que un grupo de personas asumen el compromiso de compartir sus experiencias desde la escucha activa, confianza y respeto.
- **Apoyo.** En ese espacio de comprensión mutua se generan vehículos de apoyo entre las personas que lo conforman para mejorar su situación.
- **Reciprocidad y corresponsabilidad.** Todas las personas que conforman el grupo están al mismo nivel, y se asume igualdad desde el fomento del rol de compañerismo, aportando su conocimiento desde la experiencia.

Su **objetivo, por tanto, es generar un espacio donde compartir necesidades para abordar y mejorar en sus propias problemáticas desde su propia experiencia y dar y recibir apoyo de manera recíproca**, siendo estos **espacios totalmente complementarios con los servicios profesionales de atención a la salud mental, apoyo familiar y de su entorno**, tal y como vemos en la siguiente imagen:¹⁹

¹⁹ Guía Grupos apoyo mutuo en salud mental, Activament. (2020): https://activatperlasalutmental.org/wp-content/uploads/2020/01/guia-GAM-salutmental-la-persona_cast.pdf



Fuente: Guía Grupos apoyo mutuo en salud mental

Por esta misma razón, **las entidades de atención a la salud mental deben permanecer en contacto con los GAM, para interconectar la prestación de servicios y el apoyo a sus necesidades y deseos con la cobertura que se ofrece desde estas entidades** y de esta manera favorecer la mejora de los servicios y que estos estén cada vez más alineados con el proyecto de vida de cada persona.

Ahora bien, como bien sabemos, **queda mucho camino por recorrer: persisten las prácticas coercitivas en centros hospitalarios, penitenciarios y residenciales, y desgraciadamente el catálogo de prestación de servicios a la dependencia en numerosos casos en las distintas CCAA se queda corto** para poder apoyar las necesidades

específicas de cada persona, además del estigma y segregación en muchos ámbitos como el educativo que persisten.

En el siguiente capítulo veremos la metodología Peer To Peer (apoyo entre pares) aplicada al ámbito de la salud mental, y que es una de las más utilizadas para fomentar los grupos de ayuda mutua e interrelacionarlos con su equipo profesional, así como para formar a personas que viven una experiencia en primera persona de salud mental en ser agente de apoyo mutuo para otras personas.

3.3 Metodología Peer to Peer (P2P)-Apoyo entre pares

El apoyo mutuo como hemos visto se basa en la experiencia real de problemas de salud mental y desempeña un papel importante en la recuperación y también en el **fomento del empleo con una nueva figura como es la de agentes de apoyo mutuo.**

La evidencia demuestra que **esta figura puede mejorar la calidad de vida y ayuda a reducir las convalecencias de otras personas que requieren atención a su salud mental.** Además, **las propias personas que trabajan como agentes de apoyo mutuo siguen fortaleciendo a su vez su proceso de recuperación.** (Davidson, 2006)²⁰

²⁰ Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. Davidson, 2006: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1093/clipsy.6.2.165>

La metodología Peer to Peer está pensada para permitir y formar a aquellas personas que han superado problemas de salud mental en agentes de apoyo mutuo para quiénes están experimentando una situación similar.

Está basada en el trabajo de la entidad Scottish Recovery Network, (SRN), que desarrolló en la pasada década un título acreditado de Agente de Apoyo Mutuo contando para ello con la Scottish Qualifications Authority (SQA), consiguiendo de esta manera que sea una formación reglada e incluida dentro del sistema algo que como sabemos, en España aún no ha sucedido ni con la asistencia personal ni tampoco con los cursos de formación de Agente de Apoyo Mutuo, a pesar de la difusión y eficacia que han demostrado en las últimas décadas.

Esta metodología se desarrolló a través de un proyecto europeo en varios países: Austria, Bulgaria, Italia, Rumania, España, Países Bajos y Reino Unido y **surge de la combinación de varias técnicas y herramientas que han demostrado su eficacia en el campo del apoyo mutuo y también de las competencias sociolaborales.** Estas herramientas son²¹:

²¹ Curso de formación profesional Peer2Peer-Proyecto Europeo P2P (2014): <http://p2p.intras.es/index.php/es/materiales-formativos>

1. **PDA (Professional Development Award)** en salud mental es la certificación que otorga el sistema escocés a la figura de agente de apoyo mutuo en salud mental. En los actuales sistemas de cualificaciones de los países desarrollados, obtener una certificación supone reconocimiento y contribuye a que la persona que lo obtiene pueda encontrar un trabajo y una carrera laboral.
2. **Psicodrama y video-terapia.** Ambas técnicas son usadas habitualmente en el ámbito de la salud mental para mejorar las habilidades sociales e incluso adquirir nuevas competencias, también comunicativas, e identificar y reconocer las emociones.

Como resultado, se desarrolló un **curso teórico-práctico en la que a lo largo de distintas sesiones se trabajan distintos conceptos y herramientas:**

1. **Sesiones centradas en los conceptos de recuperación y apoyo mutuo:**
 - Creación del ambiente de trabajo. Para presentar el curso a las personas participantes a través de ejercicios prácticos que promuevan la participación y que se conozcan.
 - ¿Qué significa recuperación en salud mental?
 - Recuperación, una experiencia individual.
 - ¿Qué es el apoyo mutuo?
2. **Sesiones centradas en las habilidades y valores necesarios para ser agente de apoyo mutuo:**
 - La relación de apoyo mutuo.
 - Evaluación Intermedia.
 - Uso del lenguaje y la comunicación.
 - Uso de la experiencia de manera efectiva.
 - El riesgo y los límites.

- Autogestión y autocuidado.
- Evaluación final.

Las **sesiones de evaluación intermedia y final están diseñadas para fomentar la reflexión sobre lo que se ha aprendido y para completar los ejercicios en los que se hayan encontrado más dificultades.**

Además, también **está basado en una serie de ejercicios y escenarios para ser llevados a cabo a través de las técnicas de psicodrama y lecturas complementarias.**

De otro lado, **los objetivos de la aplicación de la metodología y el propio curso son:**

- Entender el proceso de recuperación en salud mental.
- Explicar el apoyo mutuo y su papel en la recuperación.
- Desarrollar relaciones basadas en los valores del apoyo mutuo.
- Aplicar teorías y conceptos como agente de apoyo mutuo.
- Establecer una práctica segura y efectiva en una relación de apoyo mutuo.

Esta metodología solamente está pensada para personas que han experimentado o tienen problemas de salud mental, y además que puedan tener autonomía a la hora de comunicarse y escribir para poder realizar el curso.

Por último, **en los últimos años este enfoque P2P ha tenido sus adaptaciones a través de guías, directrices y documentos técnicos en distintos países.** Estos son algunos ejemplos:

1. Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental. Portugal.²²

En el país vecino las prácticas de apoyo mutuo están menos extendidas y con este estudio se pretendió realizar una **revisión sistemática sobre estudios y documentación técnica del apoyo mutuo**, y también se entrevistó a **profesionales y del ámbito de la investigación en salud mental, además de a personas con problemas de salud mental**. Se llegó a la **conclusión de que el apoyo entre pares en salud mental está poco investigado, pero, aun así, se han encontrado evidencias de que el apoyo entre iguales mejora la calidad de vida y su inclusión social**, y con las entrevistas y la revisión, llegaron a establecer una serie de hasta 77 directrices (tanto lo que se ha de incluir en estos programas como las que no) para que las organizaciones de salud mental puedan implementar programas de apoyo entre pares.

²² Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental (2016): <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-486-articulo-practical-guidelines-for-peer-support-S2173505016300012>

2. La efectividad de los programas de apoyo mutuo en los servicios de salud mental: una revisión sistemática y meta-análisis (2020)²³.

A través de esta revisión, **se han analizado 23 estudios sobre apoyo mutuo**, y se ha llegado a la conclusión de que **el apoyo entre pares en los servicios de salud mental puede tener un impacto positivo en el ámbito psicosocial pero poco problema que mejore en el clínico. Falta realizar evaluaciones finales una vez que se implementan estos sistemas** (de ahí la importancia de la metodología P2P que recoge evaluaciones tanto intermedias como finales en el curso de agente de apoyo mutuo para ver la evolución) **y que recojan variables como los mecanismos de intervención y los tipos de apoyo entre pares**, que, dada la heterogeneidad de los servicios de salud mental en los distintos países, es muy variada.

3. Asociación Peer Mental Health en California.²⁴ Esta Asociación a través del modelo de recuperación y nuevas tecnologías ha

²³ The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis (2020):

<https://bmcpsyiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02923-3>

²⁴Peer Mental Health-Asociación: <https://www.peermentalhealth.com/free-groups/>

implementado un programa gratuito para personas con problemas de salud mental basado en:

- a. los grupos de ayuda de mutua,
- b. combinándolos con el apoyo de sus profesionales,
- c. la socialización,
- d. técnicas de storytelling y redacción contando su experiencia en primera persona a través de un periódico,
- e. y herramientas colaborativas de realidad virtual para crear obras artísticas entre pares.

Actividad de reflexión.

¿Crees que una persona que se forma como agente de apoyo mutuo a través de la Metodología P2P puede llegar a desempeñar el papel de asistente personal y/o acompañante terapéutico de otras personas con problemas de salud mental?

CAPÍTULO 4. CÓMO GENERAR EL VÍNCULO

En el primer capítulo comenzamos con una pequeña reflexión en torno a la película *Intocable*.

En el curso online que realizamos sobre asistencia personal, el alumnado realizó la reflexión a partir de la cual se ha generado **este gráfico sobre la importancia del vínculo y cómo generararlo**, y a partir del cual también se vertebría parte de la teoría que encontraréis en este capítulo.



Fuente: Elaboración propia a partir del Foro de debate del curso de asistencia personal en salud mental de RED ISEM.

En este capítulo **analizaremos, por un lado, la relación profesional y confidencialidad** que debe darse entre la persona usuaria y la persona

que desarrolle el rol de asistencia personal y de otro, **las habilidades que son necesidades para el desempeño de este rol.**

4.1 Relación profesional y confidencialidad.

A pesar de que la figura de la asistencia personal está en construcción²⁵ y que hay aspectos respecto a su aplicación en la atención a la salud mental, en este apartado se pretende establecer un **marco de actuación para desempeñar la relación profesional desde el respeto a la toma de decisiones de la persona usuaria y su proyecto de vida.**

En este sentido, uno de los aspectos más importantes en la generación del vínculo es el **abordaje de la relación profesional establecida entre la persona con el rol de asistente y la persona usuaria desde la confidencialidad, intimidad, respeto y secreto profesional:** podríamos denominarlo el **código deontológico de la asistencia personal.**

En este **marco de actuación tenemos en cuenta diferentes aspectos relacionales y la construcción de la relación desde una buena base.**

En primer lugar, **los primeros días y semanas como en toda relación son cruciales para establecer contacto, conocerse y tratar de delimitar las dinámicas en las que se va a sustentar la propia relación.**

²⁵ “Asistencia Personal en salud mental”-Fundación INTRAS (2020): <https://www.intras.es/asistencia-personal-en-salud-mental>

En estos primeros momentos, **la comunicación debe ser lo más fluida posible**, aspecto que al atender a personas que sufren salud mental en algunas ocasiones lleva tiempo. Se trata comenzar a establecer las funciones y cómo se van a realizar los apoyos que necesite la persona usuaria, así como ver los aspectos en los que no se sienta cómoda.

De esta manera, con unos buenos cimientos basados en los apoyos que requiera la persona, en una **buena comunicación y lo más fluida posible, se pretende poder resolver futuros problemas** que puedan surgir con el paso del tiempo de una mejor manera, e incluso volver a **revaluar la situación para analizar si siguen siendo necesarios los apoyos en las áreas que necesita la persona usuaria o necesita otros soportes.**

En segundo lugar, **es importante ser conscientes de que en salud mental es muy complicado homogeneizar casos** y, por tanto, extraer conclusiones generalistas sobre cómo debe de ser esa dinámica: **esta dependerá de la experiencia vital-proyecto de vida de cada persona usuaria**, y no tanto de su propio problema de salud mental y características genéricas (sexo, edad, etc), aunque por supuesto, hay que tener en cuenta su entorno, y estas mismas características.

En tercer lugar, **para poder desarrollar esta relación de manera lo más fluida posible, es necesario tener una visión comprensiva de cada caso**

y una serie de premisas que pueden ser consideradas aplicables a todos los casos, teniendo siempre en cuenta su proyecto:

1. Predisposición a conocer la experiencia vital de la persona usuaria, su entorno, preocupaciones y, en definitiva, proyecto de vida, de manera sincera y desde la positividad.
2. Escucha comprensiva mostrando interés e implicándose en conocer esa experiencia, sus opiniones y pensamientos, sin caer en el paternalismo y procurando que no se sienta evaluada ni juzgada.
3. Atención a su lenguaje corporal y actitudes, que a veces sobre todo en los primeros momentos son muy complicadas de interpretar, por lo que, ante la duda, es mejor preguntar de nuevo por si se suceden las malinterpretaciones.

Por tanto, **la relación entre asistente personal y persona usuaria se basa en un compendio de dinámicas individuales que se dan entre ambas** para las que son requeridas ciertas habilidades sociales, conocimientos y actitudes sin las cuales sería prácticamente imposible desenvolverse como asistente personal., y que veremos a continuación.

De otro lado, tenemos que tener en cuenta que **esta relación está sujeta al secreto profesional**, porque la gran mayoría de dinámicas se dan dentro de su intimidad, y, por tanto, **debe de mantener la confidencialidad y el respeto a la misma.**²⁶

²⁶ Manual de formación de asistentes personales-PREDIF 2019

En este sentido, nuestro ordenamiento jurídico recoge en la [Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal](#) estos aspectos, **distinguiendo entre intimidad y privacidad:**

- **Intimidad:** protege la esfera en que se desarrollan las facetas más singulamente reservadas de la vida de la persona.
- **Privacidad:** constituye un conjunto más amplio, más global, de facetas de la personalidad que, aisladamente consideradas, pueden carecer de significación intrínseca pero que, coherentemente enlazadas entre sí, arrojan como precipitado un retrato de la personalidad del individuo que éste tiene derecho a mantener reservado”.

Cabe remarcar que **sin este secreto y mantenimiento de intimidad-privacidad es imposible construir una buena base en la que cimentar la relación: si la confianza** se ve dañada respecto a esta esfera, su reparación puede ser muy costosa.

Por ende, **la persona que desempeñe el rol de asistente personal debe:**

- No desvelar aspectos íntimos de la persona usuaria, aunque no esté presente de manera informal. En asistencia personal sí que es usual que, si hay un equipo profesional, se compartan casos y situaciones para ver alternativas y posibles soluciones cuando surgen complicaciones. Esta dinámica se debe de dar solamente en el ámbito profesional con el fin último de mejorar la vida de la persona usuaria.
- Respeto y protección sobre el uso de su imagen, siempre bajo su consentimiento y autorización a su difusión en medios sociales.

- Intentar en la medida de lo posible garantizar la confidencialidad también cuando se mantiene contacto telefónico o por videollamada.

Asimismo, **es importante también que la persona usuaria sea consciente de que esto es recíproco:** es una relación profesional bajo un contrato, y **también debe respetar la intimidad de su asistente personal.** Deben preservar mutuamente la información sobre su relación tanto en el trámite de la misma como si se finaliza. No olvidemos que cuidar a la persona que apoya es fundamental para que desempeñe su trabajo de la mejor manera posible, aspecto que abordaremos en el capítulo 8.

Para finalizar este primer punto, **os dejamos este vídeo del Colegio de Psicólogos en Madrid sobre el secreto profesional, que se puede aplicar a la asistencia personal:**

https://www.youtube.com/watch?v=VUQAirbXp4Q&feature=emb_title&ab_channel=Psicol%C3%B3gosMadrid

4.2 Habilidades necesarias para desempeñar las funciones de asistencia personal y/o agente de apoyo mutuo: sociales, comunicativas y comprensivas.

Además de la **necesaria relación confidencial y profesional**, el rol de asistencia personal requiere de **una serie de habilidades sociales, comunicativas y comprensivas para poder gestionar conflictos y que se genere un clima de confianza a través del cual la persona usuaria pueda tener una mayor autonomía e independencia gracias a este**

apoyo, y poder realizar, en la medida de lo posible, su proyecto de vida.

Hay que tener en cuenta que, **en salud mental, este puede ser un proceso largo, que sufra recaídas-períodos de convalecencia y que, por tanto, a veces haya que volver a reconstruir esa relación.**

En este sentido, también **cabe recalcar que a diferencia de las personas que sufren algún tipo de discapacidad física, las personas que requieren atención a su salud mental no suelen presentar dificultades en la movilidad** (aunque a veces existen casos de sedentarismo y/o vinculados al tratamiento farmacológico que provocan una reducción de la movilidad) **ni tampoco sensoriales**, por lo que su **mayor apoyo probablemente se va a establecer en el día a día a la hora de tomar decisiones, planificación de su proyecto de vida, apoyo en la gestión de tareas y en conflictos** que se puedan dar en el caso de que sobrevengan crisis y recaídas por el tratamiento y causadas por su propio problema de salud mental asociado. Esto supone que **en determinados momentos sea complicado salvaguardar por completo su autonomía en las decisiones por la desprotección en relación a sus derechos**, aspecto que veremos con mayor detenimiento en el capítulo 6.

En primer lugar, como hemos visto anteriormente, **una buena comunicación es esencial a la hora de establecer los primeros pasos y para ello son necesarias una serie de habilidades sociales y**

competencias básicas que la persona que desempeñe el rol de asistente personal debe tener o formarse en ellas.

Las **competencias sociales** suelen ser definidas como las **habilidades, capacidades y conocimientos** de una persona para cumplir de manera efectiva una tarea asignada²⁷, y que son adquiridas a través del aprendizaje y la formación. Además de este conjunto, también hay que tener en cuenta otras competencias muy importantes para desempeñar este rol, como son los valores, actitudes, emociones y por supuesto, la motivación.

Aplicadas a la salud mental, podemos definir los **conocimientos, actitudes y comportamientos que debe tener este rol** de la siguiente manera:

1. CONOCIMIENTOS

- **Comprensión del entorno y de la propia situación de la persona usuaria respecto a su problema de salud mental**, para poder analizarla y realizar el apoyo de la mejor manera posible.
- Tener **conocimiento de la legislación y conceptos sobre derechos en torno a la salud mental**, así como mantener una motivación para ampliar el conocimiento y mantenerse al tanto de la actualidad en cambios legislativos que afectan al desempeño de la asistencia personal y la atención. Por ejemplo, hace un año y medio se [reformó la legislación civil y procesal para el apoyo a las](#)

²⁷ ¿Qué son las competencias?-DKV Integralia: <https://dkvintegralia.org/blog/que-son-las-competencias/>

[personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica](#), adecuando de esta manera el ordenamiento jurídico a la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad y que estas tengan capacidad jurídica en igualdad de condiciones en todos los aspectos de su vida, así como el acceso al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de la misma.

2. COMPORTAMIENTOS/HABILIDADES SOCIALES

Comunicar y actuar de una manera eficiente, desde la positividad y construyendo una relación segura implica poder comunicarse de una manera efectiva, empática, tolerante y actuar con coherencia y respeto con la persona usuaria y tener, por tanto, **una serie de habilidades sociales:**

- **Básicas.** Estas habilidades son las primeras que se adquieren y son vitales para poder iniciar las tareas comunicativas y mantenerlas, como formular preguntas, entender respuestas y adecuar los apoyos a las mismas.
- **Avanzadas.** Una vez adquiridas las anteriores habilidades, se aprender otras más complejas como pueden ser la assertividad, pedir ayuda, compartir opiniones, saber pedir perdón, dar y seguir instrucciones...aquellas que, en definitiva, favorecen la conexión con la persona usuaria.
- **Emocionales.** Están relacionadas con la identificación de las emociones y sentimientos, así como poder expresarlos. No

olvidemos que esta relación entre asistente personal y persona usuaria es horizontal, y debe existir empatía y respeto entre ambas.

- **Negociadoras.** Son las habilidades requeridas para poder abordar problemas y conflictos que puedan surgir en la relación.
- **Organizadoras-técnicas** Estas habilidades tienen que ver con la capacidad de poder gestionar el día a día de las personas usuarias conforme a su proyecto de vida, evitando provocar aspectos de carácter negativo y dar apoyo en la toma de decisiones y favorecer en la medida de lo posible la organización de la persona usuaria. Las veremos con mayor detenimiento en el siguiente módulo.
- **Éticas.** Son las competencias relacionadas con la responsabilidad, respeto a los derechos, autonomía y apoyar el proyecto de vida de la persona usuaria desde la coherencia y la ética profesional.

3. **ACTITUDES Y VALORES.** Valores como la honestidad, respeto a la persona usuaria y sus derechos, así como un buen trato son fundamentales, así como velar por su bienestar.

Es el **momento de volver a nuestro gráfico en el que se muestran la gran mayoría de habilidades sociales que son requeridas y que están íntimamente relacionadas entre sí:**



- **Asertividad:** habilidad para poder expresar nuestras opiniones y pensamientos basándonos en el respeto hacia la persona usuaria y a su vez, intentando mostrar apoyo en la toma de sus decisiones o favorecer su proyecto de vida.
- **Comprensión:** capacidad para entender la situación personal de la persona usuaria, y responder de manera asertiva.
- **Comunicación efectiva:** capacidad para expresarse de manera eficaz y comprensiva a la persona usuaria, y ser capaces de establecer una conversación dinámica y satisfactoria.

- **Empatía:** es la capacidad para comprender y entender que les sucede a otras personas, con cuidado de no caer en el paternalismo.
- **Escucha activa:** habilidad para escuchar atentamente a las otras personas, intentando demostrarles que están siendo escuchadas.
- **Negociación y resolución de conflictos:** capacidad para gestionar situaciones en las que no se comparta la misma opinión entre personas usuaria y asistente personal, de modo que se trate de favorecer el proyecto de vida. En salud mental a veces se sufren recaídas que producen efectos en su condición psicopatológica, lo que produce en ocasiones cambios y alteraciones, y hay que buscar soluciones alternativas evitando las situaciones agresivas.
- **Respeto mutuo:** capacidad de tolerancia mutua hacia sus pensamientos, opiniones y actos, aunque no se compartan.

Como vemos, **la asistencia personal requiere de un gran grado de desarrollo en conocimientos y, sobre todo, de habilidades/competencias sociales.** En salud mental como ya hemos comentado, es importante a la vez que asentar unas buenas bases, ser conscientes de que la relación puede tener recaídas derivadas de la situación psicopatológica de la persona usuaria, y que este vínculo haya

que volver a reconstruirlo e incluso, en ocasiones se cambia de asistente personal.

En definitiva, **la asistencia personal requiere de la generación de un espacio empático y de confianza**, en el que exista compromiso por ambas partes, implicación, escucha activa y demás habilidades y competencias que hemos visto anteriormente, para que la persona usuaria pueda sentir apoyo en la toma de sus propias decisiones acorde a su proyecto de vida, y pueda expresar sus pensamientos sin miedo a ser juzgada, y por supuesto, siempre desde el respeto hacia sus derechos.

Actividad de reflexión

En tu opinión y tras ver el foro de debate del primer curso y la teoría de este módulo **¿hay alguna competencia/habilidad más que deba ser requerida para desempeñar este rol? ¿eliminarías alguna?**

CAPÍTULO 5. Tareas usuales vinculadas a la asistencia personal en salud mental y herramientas para la prevención y primeros auxilios

Antes de comenzar con los epígrafes de este capítulo conviene hacer referencia **al perfil que suelen tener las personas que requieren atención a su salud mental, suelen presentar diagnósticos** como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos límites de personalidad, etc, y cuanta más gravedad revistan, más apoyo requieren de figuras como la asistencia personal.

Por ello, **la atención a este colectivo demanda soporte en distintas áreas psicosociales como pueden ser el autocuidado, relaciones con su entorno** (familiares/amistades/laborales) que **affectan a su día a día** y por tanto, **a su autonomía y vida independiente** dentro de la sociedad.

Atender a esta casuística es vital para evitar posibles problemas de aislamiento social, relacionados con su recuperación, rehabilitación psicosocial etc., unido a que **a veces requieren también atención en otras áreas funcionales**, y es importante tener una visión holística para poder **favorecer la vida independiente de este colectivo**, tal y como vimos en el recorrido por los distintos modelos del módulo 2, y **tener en**

cuenta todo el sistema de apoyos que tiene para que la coordinación con los servicios sociosanitarios que lleven su caso sea la mejor posible.

A continuación, **detallamos las tareas usuales y los productos de apoyo a la labor de asistencia personal, además de herramientas para la prevención y primeros auxilios.**

5.1. Tareas usuales y productos de apoyo a la asistencia personal para acompañar en la vida independiente de las personas que requieren atención a su salud mental y/o otras personas en situación de dependencia

Tan importante es **conocer las tareas como la aptitud de quién desempeñe el rol de asistencia personal como hemos visto en el anterior módulo**, por lo que su comportamiento debe ir dirigido siempre a favorecer las tareas de apoyo que demande la persona usuaria acordes a su proyecto de vida, aunque como hemos visto anteriormente, también puede que se den conflictos. Ejemplo: querer comprar más tabaco y a la persona usuaria se le ha terminado el dinero mensual asignado al tabaco acorde a su plan individualizado.

En la asistencia personal aplicada a la salud mental, probablemente la persona usuaria no necesite que directamente realicen las actividades de la vida diaria por ella, sino que necesitará más bien apoyo, supervisión

y motivación para hacerlas. Ejemplo: a nivel de movilidad no presenta problemas una persona usuaria para realizar la limpieza de su hogar, sin embargo, lleva semanas sin hacerlo. Aquí es dónde la función de la asistencia personal es fundamental para supervisar y motivar a realizar, entre otras, actividades habituales en el hogar.

Entre **las tareas que usualmente realiza este rol se encuentran las siguientes**, aunque hay que tener en cuenta que pueden diferir en función de las preferencias de cada persona usuaria y su situación. Las hemos dividido en **cuatro grandes áreas, con algunos ejemplos para la mejora de su comprensión:**



Fuente: Elaboración propia

- **Atención personalizada.** Algunos ejemplos:
 - Acompañamiento o supervisión en tareas comunes como la compra, control de sus medicamentos, etc.

- Apoyo y motivación para una correcta higiene.
 - Movilización transporte en coche.
 - Apoyo en el desarrollo de su red social.
 - Ayuda a la gestión de conflictos con su entorno.
 - Apoyo en sus procesos de recuperación, rehabilitación.
 - Acompañamiento psicoemocional.
 - Ayuda en las habilidades sociales y comunicativas.
 - Desplazamientos para actividades de la vida diaria, sobre todo en zonas rurales, esta tarea es fundamental.
 - Apoyo en sus decisiones
 - Ayuda en el uso de herramientas que favorecen la comunicación.
- **Supervisión y apoyo en el mantenimiento del hogar.** Ejemplos:
 - Limpieza del hogar.
 - Reparto de tareas con el resto de personas que convivan.
 - Apoyo en la gestión económica del hogar/presupuesto.
 - **Apoyo en actividades de ocio, culturales, deportivas y en su entorno.**
Ejemplos:
 - Acudir a museos, cine, exposiciones, etc.
 - Acompañamiento en sus actividades deportivas.
 - **Soporte en otras actividades que formen parte del proyecto vida de cada persona usuaria y en la propia planificación.** Ejemplos:
 - Gestión, supervisión y evaluación (y en su caso, revaluación) del proyecto de vida.
 - Coordinación con el resto de servicios sociosanitarios que atienden a la persona usuaria.
 - Estar al tanto de novedades que puedan surgir y que favorezcan el proyecto de vida. Ejemplo: apertura de un nuevo centro cívico cerca del

domicilio de la persona usuaria, nuevas ofertas de ocio, nuevos cursos de formación y ofertas laborales que se ajusten a su perfil.

Como vemos, **este conjunto de tareas comprende del desempeño del rol desde una postura abierta en la que primeramente debe conocer bien la situación personal de la persona usuaria**, y donde hemos visto en el módulo anterior, juega un papel muy importante que se genere ese **vínculo desde los primeros momentos**, para construir una relación basada en la **confianza mutua, respeto, profesionalidad y confidencial** **en la que las tareas de la asistencia personal se adecuen a su proyecto de vida y favorezcan que la persona usuaria que requiere atención a su salud mental pueda desenvolverse con la mayor autonomía e independencia** posible gracias al apoyo, supervisión y motivación de su asistente personal en coordinación con el resto de soportes que tenga la persona.

En cuanto a **los productos e indicaciones de apoyo**, pueden ser utensilios/productos como dispositivos, equipos, instrumentos o software/hardware que se hayan fabricado para favorecer la autonomía en el desempeño de las tareas diarias o que estén disponibles en el mercado, utilizado por o para personas con dependencia y destinados a

potenciar su autonomía personal e independencia y a mejorar su calidad de vida.²⁸

Estos también pueden catalogarse en función de diversas áreas funcionales y dependiendo del grado de apoyo que requiera la persona usuaria, según el CEAPAT (Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas):

- Productos de apoyo para el tratamiento personalizado.
- Productos de apoyo para el entrenamiento y aprendizaje de habilidades.
 - Softwares de rehabilitación cognitiva.
 - Ejercicios para la recuperación y rehabilitación psicosocial.
- Productos de apoyo para la movilidad personal, ortesis y prótesis, en el caso de que la persona usuaria tenga movilidad reducida.
 - Sillas de ruedas manuales (activas, deportivas, basculante, handbikes manual...) y sillas de ruedas eléctricas.
 - Trasferencia, giro y elevación de personas (tablas y discos de transferencia, grúas fijas, grúas móviles, grúas de techo...)
- Productos de apoyo para el cuidado y la protección personal
- Productos de apoyo para las actividades domésticas. Ejemplos:
 - Apoyo en las posturas básicas de deglución.
 - Utensilios sencillos.
 - Ayudas para la preparación de comidas y bebidas (vaso con escotadura para la nariz, cinta para coger objetos, plato y cubiertos adaptados...)

²⁸ Manual de formación asistencia personal. PREDIF-2019.

- Productos para el baño o la ducha (silla de ducha con ruedas, elevador WC...), para el vestido (abrochabotones, calzadores de medias...), etc.
 - Manteles antideslizantes bajo el plato para evitar que se desplace.
- **Mobiliario y adaptaciones para viviendas y otros locales**
 - Descanso (camas articuladas eléctricas y manuales).
 - Domótica, para evitar el consumo de electricidad por aparatos electrónicos.
 - **Productos de apoyo para la comunicación y la información**
 - Dispositivos móviles con adaptaciones como tablets y teléfono móvil con textos agrandados, teclas pulsación rápida, etc.
 - Otros para el control de los dispositivos (pulsadores, ratones adaptados, joystick...), para la lectura, acceso al teléfono
 - **Para el control de los dispositivos (pulsadores, ratones adaptados, joystick...), para la lectura, acceso al teléfono**
 - Sistemas de control de acceso al entorno, brazos posicionadores...
 - **Productos de apoyo para la mejora y evaluación del entorno.**
 - **Productos de apoyo para el empleo y la formación laboral.**
 - **Productos de apoyo para el esparcimiento:**
 - Juegos adaptados, juegos de ordenador, programas informáticos...

5.2 Herramientas para la prevención y primeros auxilios.

En este apartado veremos varias **herramientas y pautas para la prevención para la persona que realiza las tareas de asistencia personal**, así como de primeros auxilios.

En primer lugar y como ya hemos mencionado a lo largo del curso, **la asistencia personal aplicada a salud mental implica una serie de condicionantes que requieren altas dosis de coordinación** con otros equipos que atienden a la persona usuaria, además de una **alta flexibilidad en cuanto a horarios, disponibilidad, implicación, motivación, ser capaces de adaptarse a las necesidades específicas de cada persona usuaria**, etc.

Todo ello conlleva que sea preciso conformar un sistema de apoyo psicológico en base a **equipos de asistencia personal²⁹ de un lado, y de otro sesiones de supervisión evaluación individuales o grupales, además de herramientas que favorezcan la gestión de casos.**

Los **equipos de asistencia personal suelen estar constituidos por un número variado de asistentes personales que se prestan apoyo mutuo entre sí** (como vemos, la metodología de apoyo mutuo puede ser aplicada en muchos ámbitos), dada su experiencia, y también como soporte sobre todo para las personas que tienen sus primeros casos de asistencia personal. Estos equipos **suelen compartir buenas prácticas, alternativas para gestionar conflictos, experiencias, permanecer al tanto de novedades en relación a la asistencia personal, apertura de nuevos recursos en la comunidad** etc., aunque como bien sabemos, en

²⁹ Manual de asistencia personal- Fundación INTRAS (2020).

numerosas ocasiones cada caso es un mundo, y se debe guardar secreto profesional sobre los casos en particular, y que no se difunda información sensible fuera del trabajo.

Para ello es importante la **conformación de sesiones grupales entre el equipo de asistencia personal**, para abordar de manera conjunta situaciones a través de la metodología del estudio de casos. A su vez, también pueden participar en las sesiones las propias personas usuarias, para poder, por ejemplo, gestionar de mejor manera un conflicto o buscar soluciones alternativas para mejorar su calidad de vida conforme a su proyecto.

Además de estas dos herramientas, **también se proponen otras dinámicas para favorecer el bienestar tanto de la persona usuaria como de la asistencia personal:**

- **Dinámicas fisiológicas:**
 - Realizar ejercicio físico y mantener una alimentación equilibrada.
 - Técnicas de relajación.
 - Practicar yoga o meditación/mindfulness.
- **Dinámicas cognitivas:**
 - Entrenamiento en habilidades sociales y en resolución de problemas.
 - Evitar pensamientos negativos e intrusivos
 - Entrenamiento en técnicas de autocontrol para evitar que se desencadenen conflictos.
- **Dinámicas conductuales:**
 - Disponer de una adecuada red de apoyo social.

- Equilibrio ocupacional entre las actividades de la vida diaria (ocio, laborales...).
- Realizar actividades significativas (deporte, lectura...).

Además, **el Ministerio de Trabajo y Economía Social ha elaborado una guía a través del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo, que puede ser de utilidad:** <https://herramientasprl.insst.es/> . Está dividida en seis secciones:

- Gestión de la prevención.
- Seguridad.
- Higiene.
- Ergonomía.
- Psicosociología.
- Programas de salud.

En cuanto a las **herramientas y pautas de prevención de primeros auxilios, es importante que el equipo de asistencia personal se forme a través de cursos especializados para poder atender posibles contingencias puntuales**, así como disponer de botiquín de primeros auxilios en el centro de trabajo y un listado de contactos recurrentes (112, policía, servicios de asistencia sanitario, sus contactos de su red social, etc).

Os dejamos una serie de vídeos ilustrativos de situaciones en las que **pueden ser requeridos primeros auxilios** hasta que llegue la asistencia sanitaria:

- **Posición lateral de seguridad.**

https://www.youtube.com/watch?v=xpoPin4bS7U&ab_channel=NievesMart%C3%ADnez

- **Secuencia de actuación ante una reacción alérgica grave o anafilaxia**

https://www.youtube.com/watch?v=G6NxjbIxM_A&ab_channel=NievesMart%C3%ADnez

- **Secuencia de actuación ante un ataque epiléptico**

https://www.youtube.com/watch?v=tFWK9Fh43uM&ab_channel=NievesMart%C3%ADnez

Tarea de reflexión

En los últimos años la asistencia sexual ha cobrado importancia en la esfera pública sobre el debate de qué necesidades son básicas en la vida de una persona con problemas de salud mental y/o diversidad funcional/discapacidad.

Conviene aclarar que la persona que asiste “no es alguien con quien tener sexo, sino alguien que te apoya para tener sexo contigo misma o con otras personas”. Se entiende, entonces, a la persona asistente como una herramienta con la que ciertas personas con diversidad funcional pueden explorar su propio cuerpo y gozar de la libertad de poder tener acceso al disfrute sexual consigo mismos mediante la masturbación.

¿Crees que esta es una tarea que debería ser favorecida por una persona asistente personal?

Aquí puedes encontrar más información sobre asistencia sexual:

- <https://asistenciasexual.org/>
- <https://elcierredigital.com/salud-y-bienestar/261994391/asistencia-sexual-personas-diversidad-funcional-disfrutar-cuerpo.html>
- https://www.eldiario.es/illes-balears/sociedad/asistencia-sexual-personas-discapacidad-tabu-sombra-prostitucion_1_9007302.html

6. ASPECTOS LEGALES, ÉTICOS, JURÍDICOS Y SOBRE FINANCIACIÓN DE LA FIGURA DE LA ASISTENCIA PERSONAL A TRAVÉS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Ya en capítulos anteriores hemos visto que **la figura de la asistencia personal carece de regulación específica**, salvo su **inclusión en el catálogo de prestaciones económicas del Servicio para la Autonomía y de Atención a la Dependencia**, aunque existe normativa relacionada con la asistencia personal y analizaremos su implicación.

Además, **hay diversas implicaciones en torno a esta figura que conviene tener en cuenta**, y que esperamos que contemplen en el futuro y se incluyan en su regulación, así como una financiación más clara o con cursos de formación regulados, con el fin de que se profesionalice y se normalice su función como apoyo a la vida autónoma e independiente, en este caso de las personas que requieren atención a su salud mental.

Estas implicaciones se refieren sobre todo a las cuestiones éticas y legales que ahora mismo no están claras.

6.1 ASPECTOS JURÍDICOS

Primeramente, cabe recordar que la **Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobada en el año 2006**, es el marco primario desde el que se han suscrito la gran mayoría de normativas de la discapacidad y también de la salud mental en los últimos años, y sobre el que también se asientan los aspectos éticos y jurídicos en torno a estos ámbitos.

¿Por qué es tan importante la CDPD y está relacionada con la asistencia personal?

- Aglutina los **cambios paradigmáticos** que hemos visto en anteriores modelos y que desde el ámbito de la discapacidad y también de la salud mental se vienen proponiendo desde los años 70: **nuevos modelos basados en la autodeterminación y en el proyecto de vida de cada persona, sustentados en las dimensiones básicas como son la educación, empleo, vida en comunidad, etc.**
- Se trata del **primer texto en el que se ratifican los derechos de las personas con discapacidad a nivel internacional**, obligando a los países que lo han suscrito a trasponer en sus normativas los principios recogidos en el acuerdo/tratado.
- En su **artículo 19 se detalla el derecho a vivir de manera independiente e inclusiva**. Como bien sabemos, muchas personas con discapacidad y que requieren atención a su salud mental necesitan apoyos para lograr en la medida de lo posible esta premisa, y **la figura de la asistencia personal como hemos**

visto se sustenta en el apoyo a las propias decisiones de la persona usuaria, proporcionando el debido soporte.

Además, **el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad desde la publicación en el año 2006 de la Convención ha publicado una serie de Observaciones³⁰** para clarificar y precisar algunas cuestiones, y ayudar a los Estados ratificadores a adaptar sus normativas a los principios de la Convención, y que, como veremos más adelante en este módulo y en el último, se han traspuesto a nuestra normativa:

- **Observación 1 Artículo 12 Capacidad jurídica.**
- **Observación 2 Artículo 9 Accesibilidad.**
- **Observación 3 Artículo 6 mujeres y niñas.**
- **Observación 4 Artículo 2 Educación inclusiva.**
- **Observación 5 Artículo 19 Vida independiente.**
- **Observación 6 Artículo 5 igualdad de oportunidades y no discriminación.**
- **Observación 7 Artículo 4.3 Participación sociedad civil.**
- **Observación General nº8 (2022) sobre el derecho de las personas con discapacidad al trabajo y el empleo.**

La **observación que más influye en la asistencia personal es la 5, y el resto también de manera indirecta.** En esta observación se pone de manifiesto, entre otras cuestiones, que *el artículo 19 se refiere tanto a los*

³⁰ Observaciones del Comité de la CDPD (2006-2022):

<http://www.convenciondiscapacidad.es/observaciones/>

derechos civiles y políticos como a los económicos, sociales y culturales, y es un ejemplo de la interrelación, interdependencia e indivisibilidad de todos los derechos humanos. El derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad solo puede lograrse si se hacen efectivos todos los derechos económicos, civiles, sociales y culturales establecidos en esa norma. El derecho internacional de los derechos humanos impone unas obligaciones de efecto inmediato y otras que pueden cumplirse progresivamente. La efectividad plena también requiere cambios estructurales que quizá tengan que introducirse por etapas, ya se trate de derechos civiles y políticos o de sociales, económicos y culturales. A su vez, **sobre la asistencia personal especifica lo siguiente en el II Capítulo sobre contenido normativo, en su apartado A, punto d):**

- **La asistencia personal se refiere al apoyo humano dirigido por el interesado o el “usuario” que se pone a disposición de una persona con discapacidad como un instrumento para permitir la vida independiente.**

Aunque las formas de asistencia personal pueden variar, hay ciertos elementos que la diferencian de otros tipos de ayuda personal, a saber:

- **La financiación de la asistencia personal debe proporcionarse sobre la base de criterios personalizados y tener en cuenta las normas de derechos humanos para un empleo digno.** Debe estar controlada por la persona con discapacidad y serle asignada a ella para que pague cualquier asistencia que necesite. Se basa en una evaluación de las necesidades individuales y las circunstancias vitales de cada persona.

- **El servicio está controlado por la persona con discapacidad,** lo que significa que puede contratar servicios entre una serie de proveedores o actuar como empleador. Las personas con discapacidad pueden personalizar su servicio, es decir, planearlo y decidir por quién, cómo, cuándo, dónde y de qué manera se presta, así como dar instrucciones y dirigir a las personas que los prestan;
- **Este tipo de asistencia es una relación personal.** Los asistentes personales deben ser contratados, capacitados y supervisados por las personas que reciban la asistencia, y no deben ser “compartidos” sin el consentimiento pleno y libre de cada una de estas personas. El hecho de compartir a los asistentes personales podría limitar y obstaculizar la libre determinación y la participación espontánea en la comunidad;
- **La autogestión de la prestación de los servicios.** Las personas con discapacidad que requieran asistencia personal pueden elegir libremente el grado de control personal a ejercer sobre la prestación del servicio en función de sus circunstancias vitales y sus preferencias. Aunque otra entidad desempeñe la función de “empleador”, la persona con discapacidad sigue detentando siempre el poder de decisión respecto de la asistencia, es a quien debe preguntarse y cuyas preferencias individuales deben respetarse. El control de la asistencia personal puede ejercerse mediante el apoyo para la adopción de decisiones.

Como veremos, **falta que la CDPD tenga su reflejo en una normativa específica en nuestro país para la asistencia personal**, y que además de referirse solamente a las personas con discapacidad, también pueda especificarse aún más para las personas con problemas de salud mental.

A pesar de ello, a lo largo de los últimos años **tanto a nivel europeo como estatal y regional, todas las Estrategias y normativas están sustentadas en este marco por la ratificación de los países a la CDPD, aunque como bien sabemos estos cambios estructurales todavía no son efectivos en su totalidad.** Repasemos en este punto el marco normativo actualizado y que tenemos que tener como **referencia de base ante la falta de normativa específica de la asistencia personal**, y que podéis encontrar en el [apartado de recursos](#) para su consulta:

1. **Documentos internacionales-globales.** A partir de las premisas recogidas en la Convención de la ONU, se han desarrollado otros documentos de organismos internacionales, como el **“Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos”³¹ y la revisión del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2020 que ahora abarca hasta 2030³²** por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En ambos documentos, se exhorta a los distintos países y organismos que influyen en el **desarrollo de normativas que adopten enfoques**

³¹ World mental health report: Transforming mental health for all-Organización Mundial de la Salud, 2022:
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

³² Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013/ 2030- Organización Mundial de la Salud, 2022:
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

que abarquen todo el proyecto de vida de las personas que requieren atención a su salud mental y que se fomenten medidas para la promoción de la salud mental y el bienestar, y que se garantice de manera universal la atención de la salud mental que como sabemos, a día de hoy, carece de los recursos necesarios incluso en países desarrollados con sistemas públicos como el nuestro. **Asimismo, otro documento estratégico internacional importantes es, por ejemplo, la Agenda 2030: para el Desarrollo Sostenible de la ONU**, que ha marcado una serie de Objetivos de Desarrollo Sostenible³³ en favor de las personas, el planeta y la prosperidad, y que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia. La Agenda contempla 17 Objetivos con 169 metas de carácter integral e indivisible que abarcan las esferas económica, social y ambiental. Los Estados se han comprometido a movilizar los medios necesarios para su implementación mediante alianzas centradas especialmente en las necesidades de los más pobres y vulnerables. En el último módulo de este curso veremos con más

³³ Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015) <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopt-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

detalle los objetivos y metas más relacionados con la Asistencia Personal, y la implementación que está teniendo en nuestro país, además de su influencia en otros documentos importantes.

2. **Documentos europeos.** En los últimos años **se han actualizado varias de las Estrategias europeas**, las cuáles influyen a su vez en los planes y normativas a nivel estatal. La Unión Europea suele actualizarlos cada diez años, con una serie de revisiones y planes de acción con recomendaciones para los países que forman parte de la UE. Como vimos en el primer módulo, **a falta del desarrollo de una Estrategia Europea de Salud Mental, que se espera a lo largo de 2023, la Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad 2021-2030 de la Unión Europea es uno de los documentos base. La Estrategia se basa en los resultados de la anterior Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020, que allanó el camino para crear una Europa sin barreras en la que las personas con discapacidad puedan ejercer todos sus derechos y participar plenamente en la sociedad y la economía, siguiendo con los principios de la CDPD.**

A pesar de los avances realizados en la última década, las personas con discapacidad aún se encuentran con obstáculos y tienen un mayor riesgo de pobreza y exclusión social. *El objetivo de esta Estrategia es avanzar hacia una situación en la que, con*

independencia de su sexo, origen racial o étnico, religión o creencias, edad u orientación sexual, todas las personas con discapacidad en Europa:

- *puedan hacer valer sus derechos humanos,*
- *disfruten de igualdad de oportunidades y de participación en la sociedad y la economía,*
- *puedan decidir dónde, cómo y con quién viven,*
- *puedan circular libremente en la Unión, independientemente de sus necesidades de ayuda y no sufran discriminación.*

A tal fin, en la nueva Estrategia se establece un ambicioso conjunto de acciones e iniciativas en diversos ámbitos y se fijan numerosas prioridades, tales como:

- *la accesibilidad: circular y residir libremente, pero también participar en el proceso democrático.*
- *la posibilidad de tener una calidad de vida digna y de vivir de forma independiente, puesto que la Estrategia se centra especialmente en el proceso de desinstitucionalización, la protección social y la no discriminación en el trabajo.*
- *la igualdad de participación, dado que el objetivo de la Estrategia es proteger eficazmente a las personas con*

discapacidad contra cualquier forma de discriminación y violencia y garantizar la igualdad de oportunidades en la justicia, la educación, la cultura, el deporte y el turismo y el acceso a ellos, así como la igualdad de acceso a todos los servicios sanitarios.

- *el papel de la UE a la hora de dar ejemplo.*
- *el propósito de la UE de alcanzar los objetivos de esta Estrategia.*
- *la promoción de los derechos de las personas con discapacidad a escala mundial.*

Para ello, **la Unión Europea considera vital poner en marcha una serie de iniciativas prioritarias que apoyen este conjunto de premisas, de las cuales ya se han desarrollado algunas, y que esperamos que a lo largo de los años de desarrollo de la Estrategia puedan ver la luz el resto:**

- **Accesibilidad UE:** una base de conocimientos que proporcione información y buenas prácticas sobre accesibilidad en todos los sectores (para finales de 2022, aún no se ha publicado).
- **Tarjeta Europea de Discapacidad:** la Comisión Europea propondrá una Tarjeta Europea de Discapacidad que se aplicará a todos los países de la UE. La tarjeta facilitará que las personas con discapacidad reciban el apoyo adecuado cuando viajen o se trasladen a otro país de la Unión Europea. (para finales de 2023).
- **Directrices que recomiendan mejoras para la vida independiente y la inclusión en la comunidad.** Esto contribuirá a que las personas con

discapacidad puedan vivir en viviendas accesibles y asistidas en la comunidad o seguir viviendo en casa (2023).

- Un **marco de servicios sociales de excelencia para las personas con discapacidad** (2024).
- Un **paquete para mejorar los resultados en el mercado laboral de las personas con discapacidad**, ya publicado.
- **Plataforma sobre Discapacidad**: La Plataforma sobre Discapacidad reúne a las autoridades nacionales responsables de la aplicación de la Convención, a las organizaciones de personas con discapacidad y a la Comisión. Apoya la aplicación de la estrategia y refuerza la cooperación y el intercambio en la aplicación de la Convención.
- **Estrategia renovada en materia de recursos humanos de la Comisión Europea**, incluye acciones para promover la diversidad y la inclusión de las personas con discapacidad.

Además de este gran pilar, recientemente se ha publicado la **Estrategia de los Cuidados a nivel europeo** en septiembre de este año, y que veremos con más detalle en el último módulo.

Por otro lado, **todo este conjunto de principios y Estrategias en nuestro país ha supuesto la trasposición a normativas que se han publicado de manera reciente**. A pesar de ello, **todavía quedan muchos flecos que resolver en cuanto a la disponibilidad de recursos y financiación para que estas normas sean efectivas**. Repasamos a continuación **las que tienen más impacto en la asistencia personal**, una vez que en el módulo

introductorio ya repasamos las estrategias de salud mental, ya que además de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (2013) hay otras normativas complementarias:

- Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que veremos en más detalle en el apartado de financiación.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Con esta reforma se adecua nuestro ordenamiento jurídico a la CDPD, ya que hasta ahora, **predominaba el principio de sustitución** en la toma de decisiones que afectan a las personas con discapacidad, y ahora se basa en la voluntad expresa y las preferencias de la persona, que, como norma general, es la encargada de la toma de sus propias decisiones. Esto en la práctica ha producido un cambio estructural, por ejemplo, en las Fundaciones Tutelares que ya de facto no pueden ejercer esa capacidad de tutelaje como hasta ahora, sino apoyar las propias decisiones de la persona en vez de sustituirlas o tutelarlas. **La asistencia personal precisamente trata de apoyar a la persona usuaria en la toma de decisiones, sin sustituir, aunque como vamos a ver en el próximo punto, la persona usuaria no tiene capacidad plena de decisión.**

En el siguiente vídeo se analiza y se debate de una manera pormenorizada:

https://www.youtube.com/watch?v=o31-jNUoD8&ab_channel=FundacionONCE

- Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación. Aunque **desde 2003 España contempla medidas para favorecer la accesibilidad**, todavía falta adecuar muchas materias en relación a la accesibilidad cognitiva, aspecto que en España no se ha abordado legislativamente hasta este año. Con esta reforma se pretende garantizar de forma efectiva la accesibilidad cognitiva de todas las personas con dificultades de comprensión y comunicación del entorno físico, el transporte, la información y la comunicación, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones a disposición o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. La persona que actúa como asistente personal en ocasiones tiene que actuar como soporte "cognitivo" para apoyar a la persona usuaria en tareas de la vida diaria comprensivas, etc.

En el siguiente vídeo **podéis encontrar ejemplos sobre accesibilidad cognitiva:** https://www.youtube.com/watch?v=RRyt07-rbuA&ab_channel=Plenainclusi%C3%B3nRegi%C3%B3ndeMurcia

Por último, **aquí podéis encontrar más normativa relacionada con la Discapacidad:**

https://www.boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?id=125&modo=2¬a=0&tab=2

6.2 Aspectos legales

Vistas las principales normativas que afectan a la asistencia personal, en cuanto a la relación de servicios (no laboral) de la propia normativa de la Ley de la Dependencia, solamente es posible de momento obtener este servicio a través de una prestación económica del SAAD³⁴:

1. Contratando directamente la persona usuaria al asistente personal en el mercado de trabajo privado.
2. Contratación a través de entidades del Tercer Sector con experiencia en este ámbito, que serán las encargadas de ofrecer el servicio a las personas usuarias.

En ambas situaciones **la persona usuaria debe presentar los correspondientes trámites administrativos en las AAPP correspondientes**. Aquí una vez más también se puede producir el debido apoyo de la figura de la asistencia para favorecer este tipo de trámites.

La falta de regulación específica impide la posibilidad de concertación pública y que se ofrezca desde las AAPP. Fuera del SAAD tampoco existe regulación, por lo que, si una persona sin valoración de dependencia desea contratar a una persona asistente personal, deberá hacerlo a través del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el

³⁴ Información extraída de la web <https://www.asistenciapersonal.org/saad>

que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar.

6.3 La asistencia personal desde el punto de vista ético

Es complicado abordar a nivel ético las **implicaciones de la propia figura de la asistencia personal en cuanto a su propia autonomía como profesional y dentro de la relación laboral establecida**³⁵, ya que se subordina contractualmente, aunque en igualdad de condiciones, a través de la prestación de un servicio a la persona usuaria basado precisamente, en esa premisa: **la de favorecer su autonomía y vida independiente y sus decisiones, aspecto diferenciador de otras figuras como la del rol tradicional de cuidados o de ayuda al domicilio.**

Ya vimos en los anteriores módulos ejemplos en los que **las connotaciones éticas sobre cómo favorecer propiamente esa autonomía basada en las decisiones de la persona usuaria y su proyecto de vida a veces son complicadas de llevar a cabo y van a veces en contra de su salud u otras circunstancias, porque la persona usuaria no tiene la capacidad plena de decisión por un problema de salud mental u otras causas.** Por ejemplo: ¿debe la persona asistente

³⁵ Manual de asistencia personal-Fundación INTRAS

personal evitar que la persona usuaria se gaste todo su dinero en cajetillas de tabaco si es esta su decisión? **La asistencia personal ofrece su servicio también a aquellas personas que sufren deterioro cognitivo o emocional, como por ejemplo personas con algún problema de salud mental, cuya capacidad de decisión está afectada. En este caso el asistente personal procura potenciar la toma de decisiones** (Etxeberria y Goicoetxea, 2019).

Para ahondar más en estas cuestiones, **os recomendamos la lectura pormenorizada del capítulo 1 del Manual de asistencia personal de Fundación INTRAS:**

https://issuu.com/fundacion_intras/docs/libro_asistente_personal-cap_1, donde se plantean las cuestiones éticas relacionadas con esta figura desde la relación entre persona usuaria y profesional, virtudes y justicia.

Por último, ya vimos en el módulo anterior que **la relación entre ambas personas, usuaria y asistente personal**, debe basarse en una serie de premisas basadas en la confianza, respeto, empatía, escucha activa y muchas más que entre todas las personas del curso de formación hemos debatido y que conviene remarcar desde el punto de vista que debe ejercerse la asistencia personal:

- Respeto hacia la toma de decisiones, aunque como hemos visto, en ocasiones se debe tratar de favorecer el proyecto de vida si la persona no tiene la capacidad plena de decidir.
- Confianza y empatía.
- Preservar el secreto profesional, evitando hablar fuera del entorno formal de los equipos de trabajo.

6.4 Financiación asistencia personal

La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia **regula la asistencia personal como prestación económica en su artículo 19, aunque no ha favorecido apenas su desarrollo por la falta de regulación específica y al no poderse solicitar como un servicio público/concertado, tan sólo de manera privada como hemos visto anteriormente.** A través del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, **la asistencia personal además queda regulada ínfimamente como un servicio a través de prestación económica,** y más aún, **en el artículo 16 de esta Real Decreto se especifica su incompatibilidad con todos los demás servicios y prestaciones incluidos en el catálogo de la Ley, salvo con los servicios**

de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia (artículo 16). Esto perjudica a la asistencia personal por su escasa difusión, y que a las personas usuarias escojan otros servicios más conocidos como el de ayuda al hogar, etc. Hay que añadir también que **la Ley de la Dependencia es un entramado complejo de desgranar, y que aún con estas incompatibilidades, cada Comunidad Autónoma puede determinar sus propias incompatibilidades por el artículo 7 de la Ley de la Dependencia** (es decir, prevalece sobre lo dispuesto en el Real Decreto Ley).

Aun así, **en muchas CCAA no se han dispuesto medidas compatibles para solicitar la asistencia personal con otras prestaciones y esto ha provocado las desigualdades territoriales de las que ya hablamos en los módulos anteriores:**³⁶

- Algunas CCAA permiten que esta prestación sea compatible con otros servicios como acudir a las actividades de un centro de día, etc.
- El copago al que tienen que hacer frente las personas usuarias también difiere bastante entre CCAA. Para saber más:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000100023#:~:text=El%20copago%20mensual%20medio%20estima,do.%2C%20II%20y%20III%2C%20respectivamente.

³⁶ Manual de formación asistentes personales. PREDIF (2020)

- Otras CCAA han incrementado la cuantía de financiación y nivel de protección, como hemos visto antes, incluso en el Grado III las cuantías no son suficientes para poder acceder a servicios de calidad.
- Muchas CCAA solicitan antes de la asignación de la prestación económica a la persona usuaria la contratación de la persona asistente, lo que puede suponer un desembolso al que muchas personas no pueden hacer frente.
- Y, por último, no existe formación reglada ni bonificada, y en algunas CCAA se solicita formación específica cuando esta es inexistente salvo las iniciativas privadas del Tercer Sector.

Como vemos, **una vez la configuración del Estado de las Autonomías y la falta de regulación estatal de manera pormenorizada restringen el acceso a la asistencia personal.**

Tarea de reflexión.

¿Crees que existen otros condicionantes éticos en la relación entre asistente personal y la persona usuaria a tener en cuenta?

7. ASISTENCIA PERSONAL DEPORTIVA

Ya hemos visto en capítulos anteriores que una parte fundamental en **el camino de recuperación y también como componente de la salud es el estado físico de la persona. El sedentarismo y la falta de ejercicio físico es uno de los problemas habituales dentro de los problemas de salud mental, y la asistencia personal es un apoyo más en la promoción del deporte y la actividad física para la persona usuaria.** De hecho, hay multitud de estudios y evidencias de que el ejercicio físico es una pieza clave en la salud mental de todas las personas y que veremos de manera resumida en el primer apartado de este módulo.

En este capítulo **veremos en primer lugar cuáles son los condicionantes de la actividad física y a continuación, cómo la asistencia personal enfocada al deporte puede ayudar a mejorar la autonomía y vida independiente de la persona usuaria.**

Además, **el martes 29/11/2022 se celebró un webinar en directo para hablar sobre asistencia personal deportiva con el responsable de acompañamiento en Fundación INTRAS, Javier Cano.** Se puede visualizar en el siguiente enlace:

<https://www.dropbox.com/s/m8w7vkycsni3gpy/WEBINAR%20ASISTEN>

[CIA%20PERSONAL%20DEPORTIVA%2029_11%20A%20LAS%2012H-
20221129_120609-Grabaci.mp4?dl=0](#)

7.1 Factores condicionantes de la actividad física y salud mental

Las personas con problemas de salud mental en ocasiones presentan condiciones y estilos de vida poco saludables (Huizing, 2011)³⁷ lo que **provoca que se agrave su salud física y por ende muchas veces empeora su salud mental.**

En este sentido, “Lo que es bueno para el cuerpo es bueno para la mente y el cerebro”- Hipócrates. Joseph Firth, académico e investigador sobre la relación entre la salud física y mental de personas con problemas de salud mental, ha presentado varias investigaciones en las que **el ejercicio físico es uno de los pilares del bienestar mental.** La actividad física mejora nuestra salud mental, tanto en personas que no padecen ningún tipo de enfermedad mental, como aquellas que sí, y ello

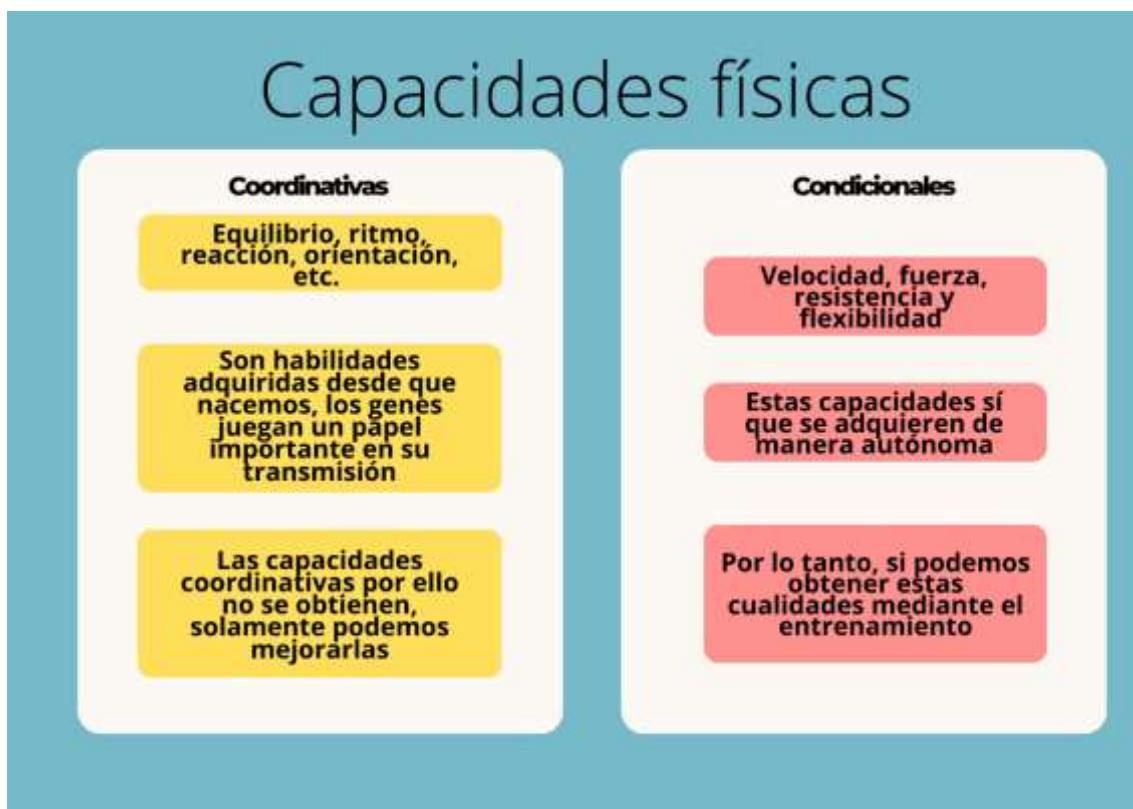
³⁷ Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave : análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física - Huizing E., Padilla Obrero L., Fernández Portes L., Jimeno Luque V., Zurita Márquez I., Muñoz Bellerín J. y de la Fuente, R. (2011): <https://www.repositorysalud.es/handle/10668/221>

no quiere decir que el resto de factores de condicionantes de la salud que vimos en el primer módulo no sean importantes, aun así, hay menos estudios y evidencias. Según este experto, **hacer ejercicio físico genera cambios en el propio cuerpo y también impacta directamente en el cerebro de manera positiva**, ya que es beneficioso tanto como para mantener, como para mejorar el bienestar psicológico, reduciendo la inflamación de partes estresadas y también mejorando la salud metabólica y la hipertensión. Todo esto genera impacto en el cerebro e induce a diferentes causas de crecimiento como el factor neurotrófico derivado del cerebro BDNF, (del inglés brain-derived neurotrophic factor), que es fundamental debido a que provoca el crecimiento de nuevas neuronas a través de la actividad física, y que, de hecho, la evolución corporal y mental del ser humano ha sido gracias al movimiento.

Por otro lado, a la hora de llevar a cabo **entrenamiento físico/actividad física, debemos de tener en cuenta cuáles son las capacidades físicas condicionales de partida para trabajarlas, y también tener en cuenta las coordinativas:**

- Las físicas condicionales hacen referencia a la fuerza, velocidad, flexibilidad y la resistencia y capacidad coordinativa, habilidades que están relacionadas con la orientación, el equilibrio y la agilidad, y se pueden obtener mediante el entrenamiento/ejercicios que realizamos.

- Las coordinativas (equilibrio, ritmo, reacción, orientación, etc) se tienen desde el nacimiento, y los genes juegan un papel importante en su transmisión, por lo que solamente podemos mejorarlas.



Fuente: Uncomo

En los **recursos de salud mental como centros de día, ocio e incluso clubes deportivos, a la hora de diseñar los programas de actividad física y deporte hay que tener en cuenta estas capacidades y que puedan ser adaptadas a las distintas condiciones físicas de cada persona usuaria.**

Fomentar el ejercicio físico entre personas que presentan trastorno mental grave es a veces complicado, por el sedentarismo asociado a la enfermedad porque los tratamientos suelen estar asociados a tener **una menor actividad física y un mayor aislamiento social**, y a otros elementos que afectan como la dieta seguida, el consumo de tabaco y otras adicciones, **así como los efectos secundarios de los psicofármacos del tratamiento**.³⁸ Además, la probabilidad de realización de ejercicio en el colectivo es muy baja en relación con la población general (Davison, Judd, Jolley, Hocking, Thomson y Hyland, 2001), y **también su falta de confianza, así como de apoyo social para ejercitarse debido también al estigma**.

Otro **problema añadido es el abandono de la práctica deportiva una vez que ya se ha iniciado, y existen muy pocas evidencias de programas deportivos y medidas que contribuyan a un mantenimiento de hábitos de ejercicio en ambientes comunitarios**.

Uno de estos estudios es *Efectividad de un programa de actividad física en personas con trastorno mental grave*, en el que **se han utilizado**

³⁸ Mullor, D., Gallego, J., Cangas, A., Aguilar-Parra, J., Valenzuela, L., Mateu, J., & López-Pardo, A. . (2017). Efectividad de un programa de actividad física en personas con trastorno mental grave / Effectiveness of a Program of Physical Activity in People with Serious Mental Disorder. Revista Internacional De Medicina Y Ciencias De La Actividad Física Y Del Deporte, (67). <https://doi.org/10.15366/rimcaf2017.67.008>

diversos instrumentos para medir la capacidad física y otros para evaluar el funcionamiento social utilizados en el ámbito de la salud mental, y que pueden servir como referencia a la hora de adoptar programas de entrenamiento físico/deportivo en los recursos:

- **Test de la marcha de 6 minutos** (Gutiérrez-Clavería, et al., 2008). Se trata de una prueba funcional cardiorrespiratoria consistente en medir la distancia máxima que puede recorrer una persona durante 6 minutos. Se utiliza ampliamente para conocer la evolución y calidad de vida de pacientes con enfermedades cardiorrespiratorias, ya que se considera una prueba fácil de realizar, bien tolerada, y que refleja muy bien las actividades de la vida diaria.
- **Batería AFISAL-INEFC** (Rodríguez, Gusi, Valenzuela, Nacher, Nogués y Marina, 1998). Esta batería valora la condición física saludable mediante la aplicación de 8 pruebas, realizadas por el siguiente orden: Cuestionario de Actitud para la Actividad Física (C-AAF); Valoración de la composición corporal (IMC, ICC, porcentaje de grasa estimado); fuerza máxima de prensión; Equilibrio estático mono-podal sin visión; Fuerza-resistencia abdominal; flexibilidad del tronco; Fuerza explosiva del tren inferior; Prueba submáxima de predicción del consumo máximo de oxígeno (caminar dos minutos).
- **Escala de Funcionamiento Personal y Social**, PSP (Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini y Pioli, 2000). Esta escala evalúa el funcionamiento del paciente en las siguientes 4 áreas: a) autocuidado; b) actividades sociales habituales, incluidos trabajo y estudio; c) relaciones personales y sociales, y d) comportamientos perturbadores y agresivos. Teniendo en cuenta la información obtenida, los clínicos puntúan las 4 áreas según los criterios operativos establecidos, utilizando una escala Likert de gravedad de 6 puntos,

que va del 1 (ausente) al 6 (muy grave). La versión española de la PSP (García-Portilla, Saiz, Bousoño, Bascaran, Guzmán-Quilo y Bobes, 2011) muestra un alfa de Cronbach de 0,874 y fiabilidad test-retest: coeficiente correlación intraclass de 0,979), válido y sensible para medir el funcionamiento de los pacientes ambulatorios con esquizofrenia. Dada su brevedad, es un instrumento apropiado /para ser utilizado en la práctica clínica cotidiana para cuantificar y controlar el funcionamiento de los pacientes.

- **Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana, LSP** (Rosen, Hadzi-Pavlovic y Parker, 1989; en su versión española, Bulbena, Fernández y Domínguez, 1992). Se trata de una escala heteroadministrada para personas con enfermedades mentales crónicas que no se encuentren en un momento de crisis. El LSP se compone de cinco subescalas: autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación – contacto social, comportamiento social no personal y vida autónoma. Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto). Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto.
- **Registro de asistencia.** Herramienta que permite el control de los abandonos

Por último, **recordamos que el deporte y el ejercicio físico no solamente repercute beneficios a nivel físico, también previene y reduce los síntomas de diferentes enfermedades mentales como la depresión o la ansiedad, y también la práctica aumenta el bienestar en relación a la autoestima.**

7.3 Asistencia personal deportiva en personas que requieren atención a su salud mental

Este apartado es introductorio y complementario al contenido que se impartido en el webinar:

https://www.dropbox.com/s/m8w7vkycsni3gpy/WEBINAR%20ASISTENCIA%20PERSONAL%20DEPORTIVA%202029_11%20A%20LAS%2012H-20221129_120609-Grabaci.mp4?dl=0

Repasando la teoría de capítulos anteriores, ya hemos visto de un lado, que hasta hace tres décadas aproximadamente **el modelo de atención a personas con problemas de salud mental era biologicista y basado en la institucionalización, sin prestar atención a otros factores sociales y ambientales vitales en la vida de cualquier persona.**

Otro de los modelos aplicados a la salud mental es el biopsicosocial, que está basado en la interacción de tres factores que influyen en la salud como el biológico, el psicológico y el social (Instituto Salamanca, s.f.). y que es perfectamente compatible con los modelos que vimos en el segundo módulo: el paradigma de apoyos y el modelo de vida de vida independiente, y **donde la asistencia personal confluye como apoyo en los tres factores y en la transición desde el modelo biológico y de institucionalización hacia un modelo comunitario centrado en ofrecer**

servicios y recursos a la persona usuaria en su entorno y dentro de la comunidad.

En estos recursos y servicios **es donde la figura de la asistencia personal deportiva propone, según el Proyecto de Vida Independiente de la persona, actividades físicas y deportivas que ayuden a mejorar no solamente su nivel físico, también su salud mental (ya hemos visto antes la correlación) y utilizar el deporte como herramienta para infundir valores tales como el esfuerzo, compromiso, compañerismo y respeto, y potenciar habilidades y competencias sociales.**

Aun estando respaldado por los numerosos estudios y beneficios que aporta al campo de la salud mental, **hay ciertas barreras por parte de los psicoterapeutas a la hora de incorporar la práctica de la actividad física como parte del tratamiento**, y de hecho solamente el 10% de los profesionales lo recomiendan (Walsh, 2010, citado en Giambelluca y Pizzo, 2019). El tratamiento farmacológico no deja de ser la primera opción para intervenir y paliar los síntomas de los trastornos mentales, a pesar de los numerosos efectos secundarios que provocan y que a su vez alteran el estado físico y mental de la persona usuaria, convirtiéndose así en un tratamiento que parchea un problema pero que ocasiona otros. (Rodríguez Conde, 2022).

A pesar de ello, aquí es donde **el rol de asistente personal puede proponer a la persona usuaria realizar ejercicio como parte de su**

proyecto de vida y de su rutina, puesto que como ya hemos visto, es importante incluir la actividad física dentro de sus hábitos. Además, también **se encarga de apoyar y asesorar a la persona usuaria a la hora de proponer una serie de objetivos, los cuales deben de ser realistas y alcanzables a corto plazo para que la persona beneficiaria no se desenganche al no ver resultados (Rodríguez Conde, 2022)**, utilizando **como hemos visto previamente los instrumentos anteriores.** También tiene una función importante al ser la persona que le **proporciona los recursos necesarios para poder llevar a cabo la acción, siendo estos preferiblemente los que ofrece la comunidad para romper con esas barreras sociales y normalizar la utilización de servicios y recursos públicos por parte de las personas con problemas de salud mental** (Mullor et al, 2017).

Por último, **el deporte y el ejercicio físico según Ceballos y Casanova (2017) ofrece a las personas usuarias que:**

- Descubran sus capacidades y motivaciones propias, a la vez de que recuperan aficiones que consideraban parte del pasado.
- Disfruten con la consecución de los objetivos establecidos, mejorando de esta manera su confianza y autoestima.
- Lleven a cabo hábitos saludables y un ocio de manera planificada.

- Se potencia su autodeterminación al llevar a cabo un rol nuevo en el que tienen que tomar decisiones sobre lo que quieren hacer y hasta donde quieren llegar.
- Puede ser un desencadenante motivacional que les ayude a realizar otras actividades diferentes.

Escenario de caso

En este capítulo al final hemos propuesto la lectura de una propuesta de intervención para una persona usuaria con problemas de salud mental.

Puedes volver a leerla aquí:

https://www.redisem.es/asistenciapersonalensaludmental/pluginfile.php/23/mod_folder/content/0/Ejemplo%20de%20Pr%C3%A1ctica%20deportiva%20en%20Fundaci%C3%B3n%20INTRAS_Cynthia%20Rodr%C3%ADguez_2022.pdf

- **¿Crees que esta intervención se puede aplicar a otros casos de personas que presentan problemas de salud mental?**
- **¿Propondrías algún paso más en este proceso de intervención?**

8. CONCEPTOS TRANSVERSALES ASISTENCIA PERSONAL

Llegamos al final del manual **tras ver los aspectos más fundamentales de la asistencia personal y su situación en España.**

Para terminar, **creemos importante también tener una aproximación a temas transversales importantes en la actualidad en relación tanto a la salud mental, como a la discapacidad.**

Por ello, **en este capítulo hemos incluido tres de ellos:**

- Agenda 2030-Objetivos Desarrollo Sostenible y Economía Circular.
- Igualdad y conciliación.
- Tecnología, salud mental y discapacidad.

8.2 Agenda 2030- ODS y Economía circular.

En **2015 se adoptó a nivel mundial la Agenda 2030, un conjunto de objetivos globales para hacer frente a retos presentes en cualquier parte del mundo**, como por ejemplo³⁹:

- erradicar la pobreza,

³⁹ Objetivos ODS: [https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/](https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-desarrollo-sostenible/)

- proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todo el mundo como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible.

La **Organización de las Naciones Unidas consensuo 17 Objetivos** que a su vez contienen metas específicas en las que todo el mundo tiene que contribuir.

Por ello, **desde entidades del Tercer Sector como Red ISEM se siguen los principios recogidos en la Agenda 2030, y de hecho gran parte de sus objetivos están relacionados, ya que se comparte una visión común para mejorar la salud mental y la mejora de la calidad de vida de personas en situación de vulnerabilidad.**

A continuación, **repasamos los objetivos y metas que están más alineados con la salud mental y la asistencia personal:**

- En primer lugar, en el objetivo 3 “Salud y Bienestar”, la meta 4 fija que “para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”, fin que está alineado con el objetivo de seguir desarrollando iniciativas que mejoren la situación del colectivo.
- Asimismo, la creación de empleo pleno y productivo para todas las personas, independientemente de su género, edad o grado de discapacidad, está recogida como una de las Metas del ODS 8 (Trabajo decente y crecimiento económico), reto que se trabaja desde las entidades del tercer Sector a través de la creación de empresas sociales y también mediante la asistencia personal, que como hemos visto apoya a la persona usuaria en sus objetivos laborales.

- El objetivo 8 centrado en crecimiento económico se fija en la meta 5 como propósito que “de aquí a 2030, lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todas las mujeres y los hombres, incluidos los jóvenes y las personas con discapacidad, así como la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor”, claramente aunado con los objetivos que se persiguen a través de este tipo de entidades.
- Y, por último, el objetivo 10, que tiene como segunda meta “de aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición”.

Además de estos objetivos directamente relacionados con la salud mental, **hay otros relacionados con la economía circular que también se aplican en este tipo de entidades, para mejorar la sostenibilidad y reducir el impacto medioambiental.**

La economía circular es un modelo de producción y consumo que implica compartir, alquilar, reutilizar, reparar, renovar y reciclar materiales y productos existentes todas las veces que sea posible para crear un valor añadido, con lo que de esta manera, el ciclo de vida de los productos se extiende.

Actualmente solamente en la Unión Europea se producen más de 2500 millones de toneladas al año de residuos. **Para promover los principios de la economía circular, ha establecido un Plan de acción de economía**

circular⁴⁰, y fomentar este cambio en la gestión de residuos actual. Las propuestas incluyen el impulso de los productos sostenibles, el empoderamiento de los consumidores para la transición verde, la revisión de la normativa sobre productos de la construcción y una estrategia sobre textiles sostenibles.

Esto implica cambiar la mentalidad y la cultura de residuos que hasta ahora se sigue practicando, y que se intente en la medida de lo posible que los materiales de cada producto se puedan reutilizar, creando de esta manera un valor adicional, en vez de en el modelo basado de “usar y tirar”.

Además, es de vital importancia porque muchos de los materiales empleados sobre todo en tecnología escasean en el mercado actual.

Ya hemos visto que la producción de coches y de móviles, por ejemplo, se ha visto afectada por la crisis de los microchips y componentes electrónicos.

En la **siguiente ilustración se pueden ver varios de los procesos que se incluyen en la economía circular:**



8.3 Igualdad y conciliación.

Jurídicamente hablando, y de forma genérica la *igualdad es el trato idéntico que un organismo, estado, empresa, asociación, grupo o persona individual le brinda a las personas sin que medie ningún tipo de reparo por la raza, sexo, clase social u otra circunstancia plausible de diferencia o para hacerlo más práctico, es la ausencia de cualquier tipo de discriminación.*

En nuestro país, el Artículo 1 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres dice que: "**Las mujeres y**

los hombres son iguales en dignidad humana, e iguales en derechos y deberes".

Esta Ley tiene por objeto hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, en particular mediante la eliminación de la discriminación de la mujer, sea cual fuere su circunstancia o condición, en cualesquiera de los ámbitos de la vida y, singulamente, en las esferas política, civil, laboral, económica, social y cultural para, en el desarrollo de los artículos 9.2 y 14 de la Constitución, alcanzar una sociedad más democrática, más justa y más solidaria".

En España, **en la actualidad, el III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (PEIEMH) recoge la agenda política en materia de igualdad para los próximos cuatro años** (2022-2025). Esta agenda ha sido elaborada por el Ministerio de Igualdad a través del Instituto de la Mujeres siguiendo el mandato establecido en el artículo 17 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

En el caso de la igualdad de género y la discapacidad, nos encontramos en un momento en el que podemos celebrar ciertos avances, en los últimos 25 años, pero todavía existe la necesidad de dar más de dar más visibilidad a las mujeres con discapacidad, especialmente en los

puestos de liderazgo tanto en las empresas como en los órganos de gobierno.

También podemos hablar de la igualdad de género y de identidad. Esta última, se reconoce en nuestro país a través de la Ley de Igualdad LGTBI, o Ley Trans, que consagra la libre determinación de género y que ya lleva dos ampliaciones desde que el Congreso dio luz verde a su tramitación definitiva. Esta norma fue impulsada por el Ministerio de Igualdad, dirigido por Irene Montero (Unidas Podemos), y después de cuatro meses desde su aprobación en Consejo de Ministros sigue en el plazo de ampliación de enmiendas, gracias a un acuerdo entre el PSOE, el PP y Vox, y espera ser aprobada a finales de año.

En cuanto a la igualdad en salud mental, las problemáticas actuales afectan doblemente a mujeres que sufren problemas de salud mental, como la violencia de género, la brecha digital y los estigmas encadenados.

Además, **especialistas han señalado, entre otros indicadores, que la desigualdad social coloca a la mujer en una situación de mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental.**

De otro lado, **el índice de igualdad de género en la Unión Europea (UE), que elabora anualmente el Instituto Europeo de Igualdad de Género (EIGE por sus siglas en inglés) mostró recientemente, por primera vez, en una década signos preocupantes en varios de los indicadores con**

los que mide su estado en los 27. El EIGE ha desarrollado un índice que mide la situación de igualdad entre mujeres y hombres en seis ámbitos básicos de la vida social como el empleo, el dinero, el conocimiento, el poder y la salud en una escala de puntuación del 1 al 100.

En este sentido, Suecia es el país que lidera el Índice Europeo de Igualdad de Género con 83,9 puntos, mientras que Grecia se encuentra a la cola, con 53,4. La media de la UE se quedó este año en los 68,6 puntos, solo un ligero incremento de 0,6 puntos, destacó el EIGE.

España, con 74,6 puntos y una mejora de 0,9, se sitúa por encima de la media comunitaria y destaca la mejora registrada en el ámbito del poder y la salud, mientras que el índice empeoró en el ámbito del empleo.

Gran parte de los avances registrados corresponden a una mayor participación de las mujeres en la toma de decisiones económicas y políticas, lo que a su vez está vinculado a la introducción de cuotas fijadas por Ley en algunos Estados miembros de la UE. Un ejemplo de ello, es que las ministras y ministros encargados de la Igualdad de Género de los 42 países de la Unión por el Mediterráneo (UpM) han aprobado, recientemente, en Madrid una Declaración Ministerial para acelerar el fortalecimiento del papel de la mujer en la región euromediterránea, algo inédito en la eurozona.

Pero lo que es cierto, es que en el siglo XXI y en el seno de la Unión Europea, **hombres y mujeres siguen sin disponer de idénticas oportunidades ni gozan de las mismas facilidades a la hora de ocupar puestos de responsabilidad**. Y no hablamos de oficios históricamente masculinizados, como pueda ser la construcción, el transporte por carretera o el Ejército, por citar solo algunos ejemplos, sino de discriminación hasta en ámbitos universitarios. En general, es un hecho que las mujeres obtienen mejores calificaciones y registran menores tasas de abandono, pero por contra se dan contra un muro en el acceso a un puesto de trabajo, situación que se agrava a medida que nos adentramos en cargos directivos, normalmente copados por varones. En el ámbito de la investigación, a pesar de que el 50 % de las tesis doctorales llevan nombre de mujer, apenas el 22 % son catedráticas.

En el **caso de la discapacidad y/o problemas de salud mental, la garantía y efectividad del derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en el ámbito del empleo y la ocupación, se rige por lo establecido en la LEY 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad**.

En este sentido, hay que recalcar que **se entiende por igualdad de oportunidades la ausencia de discriminación, directa o indirecta, que tenga su causa en una discapacidad, así como la adopción de medidas**

de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona, por ejemplo, con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social.

Recientemente, **la comisaria europea de Igualdad, Helena Dalli, ha afirmado que en su mandato tienen como prioridad facilitar el acceso de las personas con discapacidad al mercado laboral**. Así consta en una entrevista realizada a la comisaria de Igualdad y que publica el boletín 501 del ‘cermi.es semanal’, en la que destaca que **solo la mitad de los 42,8 millones de personas con discapacidad en edad de trabajar en la UE están empleadas**. Ha afirmado que “**la acción coordinada, tanto a nivel nacional como de la UE, es el núcleo de nuestra Estrategia para los Derechos de las Personas con Discapacidad**”.

Asimismo, Dalli ha señalado que actualmente están trabajando en una propuesta para una Tarjeta Europea de Discapacidad que sería reconocida en toda la UE, y que “Se presentará antes de finales de 2023”. Queda mucho trabajo por hacer en políticas de igualdad, para empezar, haciendo partícipe a toda la sociedad de la información y los datos que en fuentes oficiales nos aportan según la región o el país como fiel reflejo de la realidad desigual en la que vivimos entre géneros. No es lo mismo hablar de igualdad de género, por ejemplo, en Irán que, en Francia, en estos momentos, pero la dirección es la misma.

En nuestro país es la cuestión del empleo y la brecha existente, uno de los problemas más acuciantes, pero no el único; también tenemos que hablar en qué lugar queda la igualdad sobre colectivos que tengan problemas de salud mental y/o discapacidad, qué planteamientos nuevos se abren, y si sus derechos se ven siempre bien reflejados, ya que aunque se ha avanzado bastante en la materia queda mucho por hacer sobre todo en materias de empleo.

Y por otro lado, la lucha contra la violencia de género es otra gran lacra en materia de igualdad, tanto en nuestro país como fuera de él. En relación a ello y a las mujeres que padecen problemas de salud mental, **se estima que aproximadamente 3 de cada 4 mujeres que padecen problemas de salud mental han sufrido violencia de género.**

En cuanto a otros colectivos en riesgo de exclusión que sufren desigualdades de género, se encuentran las mujeres con adicciones.

La Red de Atención a las Adicciones denuncia que los servicios y programas están diseñados para hombres. Más del 60% de mujeres con adicciones ha sufrido violencia de género según se recoge un informe realizado por el Plan Nacional sobre Drogas y la FEMP, Federación Española de Municipios y Provincias, que apunta a que, dependiendo del año, esta cifra puede elevarse al 80% o al 90%.

De hecho, mujeres con adicciones atendidas por la Red de Atención a las Adicciones (UNAD), se han unido para grabar un documental, con el

título 'Kilómetro 0.: en busca del sendero del arcoíris' en el que visibilizan su realidad y denuncia la violencia que sufren. Violencia sexual o abusos sexuales en la infancia, son algunas de las situaciones que han vivido la mayoría de mujeres atendidas por la red.

En nuestro país, la violencia de género ve su defensa reflejada en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.

A nivel europeo, destaca el Convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y la lucha contra la violencia contra las mujeres y Violencia Doméstica (Convenio de Estambul), 2011.

A nivel nacional, la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales, han puesto a servicio de los ciudadanos el teléfono 016, un servicio de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género accesible las 24 horas del día y los 365 días del año.

El 25 de noviembre se celebra El Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer para denunciar la violencia que se ejerce sobre las mujeres en todo el mundo y reclamar políticas en todos los países para su erradicación. Se eligió este día para conmemorar el violento asesinato de las hermanas Mirabal (Patria, Minerva y María Teresa), tres activistas políticas asesinadas el 25 de noviembre de 1960 en

manos por la policía secreta del dictador Rafael Trujillo en la República Dominicana.

Un nuevo informe de ONU Mujeres, basado en datos de 13 países desde la pandemia, recoge que 2 de cada 3 mujeres padecieron alguna forma de violencia o conocían a alguna mujer que la sufrió. Por desgracia, solo 1 de cada 10 dijo que recurriría a la policía en busca de ayuda. A su vez, se llegó a la conclusión que estas mujeres tienen más probabilidades de enfrentarse a situaciones de pobreza y escasez de alimentos.

Por otro lado, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género define la violencia de género “como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”, y “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.”

Actualmente **se está trabajando desde el Gobierno de España en una Estrategia para combatir las Violencias Machistas para el período 2022-2025.** En este sentido, Victoria Rosell, la delegada del Gobierno contra la Violencia de Género, ha dado, recientemente, los últimos datos

en esta materia, para abordar la entrada en vigor, el pasado 7 de octubre, de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, **de Garantía Integral de la Libertad Sexual, conocida como Ley Solo Sí Es Sí.** La Ley Orgánica 10/2022, es una norma que, tal y como ha recordado la delegada, ampara **a las víctimas de trata con fines de explotación sexual e incluye todas las violencias reguladas en el Convenio de Estambul, ratificado por España en el año 2014, a excepción del aborto y la esterilización forzosa, contemplados en el Proyecto de Ley de Salud Sexual y Reproductiva, actualmente en tramitación parlamentaria.** Como sabemos, su aplicación está siendo muy controvertida.

La cifra de mujeres asesinadas por violencia de género en España asciende a 34 en 2022 y a 1.164 desde 2003. En cuanto a los datos del servicio 016, el número de llamadas pertinentes del 1 al 30 de septiembre de 2022 fue 9.086, una cifra que supone un aumento del 23,42% con respecto al mismo mes del año anterior (7.362 llamadas pertinentes en septiembre de 2021). De estas consultas, el 89,17% de las llamadas pertinentes en septiembre correspondieron a violencia de género, el 4,95% a violencia familiar y el 2,43% a violencia sexual.

A través de WhatsApp, el número de consultas pertinentes recibidas en septiembre de 2022 fue de 571, un 15,59% más que en septiembre de 2021 (494 consultas) y una disminución del 6,87% respecto a agosto de 2022 (613 consultas). El 89,49% de las consultas correspondían a violencia

dentro de la pareja o expareja, el 4,38% a violencia familiar y el 3,15% a violencia sexual.

Por lo que vemos, los mecanismos de atención de mujeres en riesgo o que sufren violencia de género son útiles de una manera paliativa, pero queda mucho que hacer en materia preventiva.

En el campo de la salud mental se echan en falta más estudios sobre la violencia de género. También hace falta analizar herramientas de defensa y prevención de violencia de género en mujeres que sufren problemas de salud mental o riesgo de exclusión para frenar esos porcentajes de violencia tan ligados a estos colectivos y frenar de este modo la negativa tendencia.

8.5 Tecnología y discapacidad/salud mental.

Queremos analizar **de qué manera la tecnología ayuda a cubrir los derechos de las personas con discapacidad y/o problemas de salud mental y en qué medida les facilita su vida.**

Uno de los campos es precisamente el deportivo. Recientemente Jon Santacana y Miguel Galindo, que formaron una de las mejores parejas de esquiadores paralímpicos de la historia, hablaron sobre discapacidad, su trayectoria deportiva y los avances tecnológicos aplicados al esquí alpino. La charla, “Lo que la innovación y las nuevas tecnologías nos han

permitido alcanzar', fue impartida en Madrid en la sede del programa 'Por Talento Digital", impulsado por Fundación ONCE.

Sabina Lobato, directora de Formación y Empleo, Operaciones y Convenios de Fundación ONCE y directora general de Inserta, destacó que Santacana forma parte del programa Trainers Paralímpicos, que ha llegado a más de 45.000 personas a través de conferencias y actividades diversas en empresas y Administraciones públicas impartidas por deportistas paralímpicos.

En los últimos años, **la tecnología en el deporte paralímpico** ha supuesto avances en deportes como el atletismo, el baloncesto en silla de ruedas y el tenis en silla de ruedas (diseño de material para alta competición), el esquí alpino (uso de intercomunicadores Bluetooth para guiar a deportistas con discapacidad visual), ciclismo (cambios electrónicos en bicicletas para deportistas con parálisis cerebral), boccia (simulador con videoconsola Wii) o natación (estudio de la brazada con cámaras de imagen superlenta).

Por otro lado, recientemente con motivo del Día Internacional de las Tecnología que se celebra el 15 de julio, la Fundación Adecco, de mano de Keysight Technologies Sales Spain, lanzó la décima edición del informe Tecnología y Discapacidad para analizar el impacto de las Nuevas Tecnologías en la inclusión de las personas con discapacidad.

El informe indica que **la digitalización, las tecnologías adaptadas y la consolidación del teletrabajo son algunos de los hitos llamados a impulsar el empleo de personas con discapacidad.** La irrupción de tecnologías adaptadas y productos de apoyo tecnológico facilitan las tareas y rutinas de las personas con discapacidad. Por ejemplo, **equipos y programas para aumentar la movilidad, la audición, la visión o las capacidades de comunicación. La robotización y la digitalización tienen un gran potencial para acabar con las barreras de discriminación basadas en variables como la fuerza física, inercias o roles que tradicionalmente han perjudicado a las personas con discapacidad.** Y la consolidación del teletrabajo está permitiendo a las personas con discapacidad desempeñar su puesto de trabajo evitando el factor desplazamiento según dicta el informe.

Otra evidencia es que **las nuevas tecnologías mejoran la calidad de vida de las personas con discapacidad**, a un nivel global pero también en cuestiones de empleo: el 60% de las personas encuestadas en el Informe Adecco afirma manejar las tecnologías convencionales, aunque sólo un 18% afirma saber utilizar las tecnologías aplicadas a su discapacidad. El uso de la tecnología adaptada al puesto de trabajo varía también en función del tipo de discapacidad: las personas con discapacidad funcional utilizan la tecnología en un 51%, las personas con discapacidad física, un 30%, las personas con discapacidad intelectual, un 3%, las

personas con discapacidad psíquica un 1%, y las personas con discapacidad orgánica un 0%.

En cuanto a las **principales barreras en el acceso, uso y manejo de nuevas tecnologías**, las personas con discapacidad del estudio de Adecco afirman que un 45% les parece muy complejo y avanzado su uso, un 29% consideran que tiene problemas de accesibilidad, un 24% considera que no tienen recursos económicos suficientes y un 16% tienen temor al engaño y/o víctima de algún fraude.

Y de otro lado, en cuanto al tipo de avance a aplicar en este sentido, un 36% de las personas con discapacidad cree que pasa por mejorar y adaptar las tecnologías existentes, un 29% pasa por crear una accesibilidad universal en los avances tecnológicos, un 20% cree que tendría que implementarse una mejor accesibilidad cognitiva y tecnologías de la información.

Echando una vista al futuro, David Miranda, responsable de marketing en Fundación Adecco, también considera que **el primer cambio que se tiene que producir pasa por que las personas con discapacidad adquieran cuanto antes las competencias digitales necesarias para que se produzca su inclusión y se rompa la existente brecha digital**.

David sigue considerando, que, aunque con apuntes, la tecnología facilita la inclusión y la vida de las personas con problemas de salud mental, a la vez que incrementa su autonomía e independencia.

Algunas de las propuestas a realizar también pasarían por **mejorar la accesibilidad, la usabilidad y la lecturabilidad**, que no sólo beneficiaría a personas con discapacidad, sino también a personas migrantes sin idiomas, personas mayores o personas con niveles educativos bajos.

En la “Guía al derecho a entender”, Comunicación Clara, habla de que el diseño inclusivo nació en el seno de las tecnologías digitales de los años setenta y ochenta. Los primeros ejemplos fueron los subtítulos para personas sordas y los libros grabados en formato de voz para personas ciegas. Pero esa “claridad” de la que habla la guía está avanzando cada día más, aunque queda mucho camino que recorrer, tanto en el diseño como en la señalética, el lenguaje, el etiquetado, instrucciones, términos de uso, errores en la medicación, en las webs, en el móvil, en vídeo, en avisos de pantalla, en formularios ...

Muchas entidades, fundaciones y organismos que trabajan por la inclusión de personas con problemas de salud mental o con discapacidad han desarrollado proyectos y programas para favorecer el uso de la tecnología en su día a día.

Es el caso de la Fundación INTRAS que lleva desarrollando una herramienta de rehabilitación cognitiva más de 25 años y a través de la cual se trabaja la memoria, estimulación, etc.

Otra entidad que está aplicando ciertas medidas en la mejora de la inclusión tecnológica es FAISEM, que participa en el Programa

#ONTHEWAVE de Fundación Ayesa, que le permite el acceso a estas soluciones tecnológicas, a la donación de materiales y equipos de la Fundación Ayesa, y a la recepción de información sobre convocatorias y ayudas a la digitalización y a la transformación digital.

Por último, en la **Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030**, entre los retos estratégicos de diseño y accesibilidad universal se encuentra el potenciar el desarrollo tecnológico del servicio a la accesibilidad. Las acciones previstas por el gobierno en este caso estarían centradas en “**avanzar en condiciones de diseño para todas las personas y accesibilidad universal**”. Para ello, persigue impulsar medidas que contribuyan a asegurar que todos los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, sean comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible, permitiendo que las personas con discapacidad accedan y disfruten de todos los derechos humanos”. Con todo ello se elaborará el II Plan Nacional de Accesibilidad Universal e impulsará la investigación y la innovación sobre accesibilidad universal y diseño para todas las personas y difundir ese conocimiento entre profesionales y a la ciudadanía.

Otro ejemplo es la organización CILSA, centrada en hacer accesible la tecnología, la accesibilidad y en la inclusión. Según CILSA, las tecnologías para la inclusión son programas presentes en computadoras de

escritorio, notebooks, netbooks, teléfonos inteligentes y tablets llamados opciones de accesibilidad. Puede ser también el reconocimiento de voz y la síntesis de voz. Pero también pueden ser aplicaciones como **Ability connect**, con características avanzadas de lectura de contenido para adaptarse a las necesidades de varios colectivos de personas con discapacidad, como pueden ser personas sordas, con baja visión o dislexia. Otras aplicaciones como **Eva Facial Mouse**, permite acceder de forma alternativa (manos libres) a las funciones del dispositivo móvil por medio del seguimiento del rostro del usuario captado a través de la cámara frontal. Y del lado lúdico, **la granja Kualen**, es una app de juegos educativos, que transforma la experiencia de aprendizaje con nuevos formatos de contenido atractivos, coloridos e interactivos, que estimulan el aprendizaje del lenguaje con diseño accesible para acompañar a niños con Trastorno específico del Lenguaje (TEL), Trastorno del espectro Autista (TEA) y Síndrome de Down. **Supersense**, una app para personas ciegas o con baja visión; **Skills**, es una aventura de tipo puzzle que describe la vida de cuatro personajes con discapacidad, sus dificultades y sus habilidades, así como la interacción con su entorno espacial y humano. **CILSA Usuarios de sillas de ruedas**, app que difunde el cuidado de la salud de usuarios de elementos ortopédicos.

Por último, Fassycom, **una app gratuita basada en la comunicación aumentativa y alternativa destinada a personas con dificultades en el**

lenguaje, o supervisión mini, magnificador avanzado para personas con discapacidad visual, para controlar fácilmente el zoom, el contraste y el modo de color de una imagen.

En resumen, la tecnología tiene un gran potencial para mitigar las situaciones de desigualdad y equilibrar la participación social y laboral de las personas con discapacidad, pero estamos lejos de la accesibilidad universal. Tiene un potencial inmenso, pero hemos de utilizarlo en nuestro favor. La tecnología inclusiva es una gran aliada en la tarea de normalizar la vida de las personas con discapacidad, garantizando que las barreras físicas, sensoriales, cognitivas o técnicas no sean una barrera para acceder al mercado laboral.

Por todo ello, **es imprescindible reducir la brecha existente**, hay que reforzar las competencias digitales entre las personas con problemas de salud mental y/o discapacidad, y conectar los ámbitos tecnológicos y social de modo que cualquier tipo de necesidad se vea cubierta. Desde luego los objetivos del 2030 de la Agenda de Naciones Unidas, no tendrá sentido si los indicadores clave de acceso a la información, la tecnología y el empleo de personas con discapacidad no se cumplen.