



**TRABAJO FIN DE  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL  
“ASISTENCIA PERSONAL Y  
DISCAPACIDAD: PERSPECTIVA DESDE EL  
TRABAJO SOCIAL”.**

**Autor/a:**

D<sup>a</sup>. María Gabriela Burgueño Marcos

**Tutor/a:**

D. Juan María Prieto Lobato

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL  
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID  
CURSO 2020 - 2021

FECHA DE ENTREGA: 15 de julio de 2021

*<<La palabra discapacidad implica prejuicios. La discapacidad implica capacidad. Todos estamos discapacitados para unas cosas y capacitados para otras, así que no se puede hablar de discapacidad, si no de capacidades diferentes. ¿Has oído hablar de una prueba que se llama Iron-Man? Se trata de correr 42 kilómetros a pie, 4 nadando y 180 en bicicleta. ¿Tú serías capaz? ¿No? ¿Eres entonces un discapacitado?>>.*

(Pablo Pineda, 2015).

## **AGRADECIMIENTOS.**

A ti, mi Ángel, por no soltarme de la mano y acompañarme en mi camino pase lo que pase. Gracias por creer en mí.

A mi familia y amigos, por aguantar mis quejas, pero, sobre todo, por disculpar mis ausencias durante este tiempo.

A todas las personas con discapacidad que me inspiran cada día de mi vida y hacen que mi trabajo me apasione.

A ti, Juanma, por tu apoyo incondicional, sin ti no hubiera sido posible.

## **ÍNDICE GENERAL.**

RESUMEN.....	7
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. APROXIMACIÓN A LA DISCAPACIDAD. FORMAS DE ENTENDER Y ATENDER LA DISCAPACIDAD.....	12
2. 1. Percepción social de las personas con discapacidad a lo largo de la historia....	12
2. 2. Evolución conceptual y terminológica de la discapacidad.....	19
2. 3. Tipos de discapacidades.....	22
2. 4. Modelos de atención a la discapacidad.....	26
3. APROXIMACIÓN A LA ASISTENCIA PERSONAL.....	31
3. 1. Origen, desarrollo e implementación de la Asistencia Personal.....	31
3. 2. Naturaleza de la Asistencia Personal: acercamiento conceptual.....	33
3. 3. Diferencia con otros servicios.....	37
4. POLÍTICAS SOCIALES EN LA ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD Y EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA PERSONAL.....	41
4. 1. Marco legislativo en el ámbito de la discapacidad.....	41
4. 2. Marco legislativo de la Asistencia Personal.....	42
4. 3. Planes de acción.....	44
4.4. Dispositivos de atención a la discapacidad.....	45
5. EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL.....	46
6. CONSIDERACIONES FINALES.....	49
7. BIBLIOGRAFÍA.....	50

**ÍNDICE DE FIGURAS.**

*Figura Nº 1: Interacciones entre componentes de la CIF.....21*

**ÍNDICE DE TABLAS.**

*Tabla Nº 1: Modelos de atención a la discapacidad..... 28*

*Tabla Nº 2: Habilidades y competencias del Asistente Personal..... 36*

*Tabla Nº 3: Asistente personal versus otros profesionales..... 39*

## **RESUMEN.**

A lo largo de la historia las personas con discapacidad han tenido que luchar por hacerse un hueco en la sociedad y cambiar los prejuicios que ésta tenía de ellos. Poco a poco este colectivo ha conseguido que se haya ido cambiando su percepción social.

Este cambio de percepción social ha supuesto una evolución tanto en el afrontamiento como en el acercamiento a las personas con discapacidad, así como en la manera de abordar los retos que el colectivo ha ido proponiendo con el paso del tiempo.

Uno de los últimos retos de este colectivo es el de reafirmar su derecho a llevar a cabo su proyecto de vida independiente y a recibir los apoyos necesarios para alcanzarlo. Con este fin se creó la Asistencia Personal que, según Plena Inclusión, “se trata de una herramienta humana que va a permitir a las personas con discapacidad desenvolverse socialmente en igualdad de condiciones a través de este apoyo”.

Este trabajo tiene como objetivo conocer y analizar el desarrollo del servicio de Asistencia Personal para personas con discapacidad y reflexionar sobre el papel del Trabajo Social en la implementación de este servicio. La técnica de investigación utilizada ha sido el estudio documental a través de la revisión bibliográfica de libros, capítulos, artículos e informes de investigadores, estudiosos y entidades públicas y privadas de y para personas con discapacidad.

**PALABRAS CLAVE:** Discapacidad, Asistencia Personal, Vida Independiente, Trabajo Social.

**ABSTRACT.**

Throughout history, people with disabilities have had to fight to gain a foothold in society and change its prejudices of them. Little by little this group has managed to change their social perception.

This change in social perception has led to an evolution both in coping with and in approaching people with disabilities, as well as in the way of tackling the challenges that the group has been proposing over time.

One of the latest challenges for this group is to reaffirm their right to carry out their independent life project and to receive the necessary support to achieve it. For this purpose, Personal Assistance was created which, according to Plena Inclusión, "is a human tool that will allow people with disabilities to function socially under equal conditions through this support."

This work aims to know and analyze the development of the Personal Assistance service for people with disabilities and reflect on the role of Social Work in the implementation of this service. The research technique used has been the documentary study through the bibliographic review of books, chapters, articles and reports of researchers, scholars and public and private entities of and for people with disabilities.

**KEY WORDS:** Disability, Personal Assistance, Independent Living, Social Work.

## 1. INTRODUCCIÓN.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (2001), perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), define la **discapacidad** como "un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)" (p. 231).

Las discapacidades pueden afectar a todas las personas, bien desde el nacimiento (congénitas) o bien, sobrevenidas, a lo largo de la vida, y pueden ser físicas, psíquicas o sensoriales. Cualquiera de ellas va a limitar a la persona en el funcionamiento y en el desarrollo de su vida diaria, pero no tienen por qué limitar su proyecto de vida.

A lo largo de la historia, la discapacidad siempre ha estado ligada a la discriminación, exclusión y a los prejuicios por parte del resto de la sociedad que se considera "normal" o sin ninguna discapacidad. Pero también es cierto, que con el paso del tiempo hemos podido observar y analizar una evolución en la percepción social y en el tratamiento a las personas con discapacidad, así como también a los modelos de atención (de modelos exclusivamente rehabilitadores a modelos centrados en la persona y en sus capacidades).

Ese cambio de percepción social hacia el colectivo ha hecho que se les deje de ver y tratar como personas dependientes, improductivas para la sociedad, y se les empiece a ver desde otra perspectiva más autónoma, más independiente, con capacidades, ... Esto ha supuesto un cambio en la metodología de trabajo y en las formas de intervenir con este colectivo.

El cambio de paradigma ha traído consigo nuevos conceptos hasta entonces desconocidos para las personas con discapacidad, como el de **Vida Independiente**, la cual se define como la "situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre la propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad" (LIONDAU, 2003).

Posteriormente, el concepto de Vida Independiente se reconoció como un derecho fundamental a nivel universal gracias a la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas (aprobada el 13 de diciembre del año 2006).

El reconocimiento de este derecho significó que todas las personas con discapacidad tienen derecho a llevar a cabo su proyecto de Vida Independiente y a recibir los apoyos necesarios para alcanzarlo. En el ánimo de hacer efectivo este derecho surgió entre otras herramientas y medidas, el Servicio de Asistencia Personal.

## ASISTENCIA PERSONAL Y DISCAPACIDAD: PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

Se considera la **Asistencia Personal** como la herramienta clave para garantizar a las personas con discapacidad su derecho a la Vida Independiente, con el fin de que el colectivo participe plenamente en su comunidad a lo largo de todo su ciclo vital, con independencia de sus necesidades de apoyo, promoviendo y fomentando su autodeterminación, autonomía personal y toma de decisiones, proporcionando así a estas personas una oportunidad para su empoderamiento e inclusión.

Por lo tanto, el **objeto** de este trabajo es la asistencia personal como herramienta para la vida independiente de las personas con discapacidad y como ámbito de intervención y reflexión del Trabajo social.

El **objetivo general** es explorar la naturaleza y las dimensiones de la Asistencia Personal como herramienta al servicio de la autonomía funcional y la interacción de las personas con su entorno y comunidad, analizando el papel del Trabajo Social.

A partir del objetivo general, se han planteado una serie de **objetivos específicos**, que son los siguientes:

- Establecer un acercamiento al ámbito de la discapacidad analizando las formas de entender y atender la misma.
- Identificar el origen, el desarrollo y la implementación de la Asistencia Personal.
- Explicar la diferencia de la Asistencia Personal con otros servicios.
- Describir y analizar el papel del Trabajo Social en el fomento de la Asistencia Personal.

La **técnica de investigación** utilizada para la elaboración de este trabajo es la de estudio documental, ya que, a través de diversas fuentes, como por ejemplo revistas, libros, artículos científicos, etc., esta técnica de investigación nos va a permitir establecer una relación entre las diversas fuentes de las que se obtiene la información y hacer comparaciones entre ellas, para finalmente poder hacer un análisis crítico y extraer las conclusiones.

La **estructura del trabajo** se ha planteado en torno a tres grandes bloques:

- Acercamiento a la Discapacidad y a la Asistencia Personal desde un punto de vista teórico y conceptual.
- La descripción y análisis de las políticas sociales más relevantes en la atención a las personas con discapacidad.
- El análisis del papel del Trabajo Social en el ámbito de la Asistencia Personal.

El trabajo se cierra con un apartado de consideraciones finales construido a partir de la reflexión y un análisis crítico.

## **ASISTENCIA PERSONAL Y DISCAPACIDAD: PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL.**

El motivo principal de la elección de este trabajo ha sido tanto de carácter personal como profesional.

Con respecto a lo personal, yo misma soy una persona con discapacidad, ya que nací con una malformación en la mano izquierda. En mi caso, el tener una discapacidad me ha llevado siempre a formarme, en cuanto a nivel educativo se refiere, en el ámbito de lo social, primero como Técnico Superior de Integración Social y, posteriormente, en el Grado de Trabajo Social.

En cuanto a lo profesional, empecé a desarrollarme profesionalmente gracias a mi formación en Integración Social con el colectivo de discapacidad intelectual y, gracias a las prácticas de Trabajo Social pude continuar desarrollándome con este colectivo. En la actualidad, sigo trabajando con este colectivo como profesional de atención directa y, por tanto, la realización del TFG me parecía una gran oportunidad para poder realizar una investigación sobre el desarrollo de una nueva forma de atender las necesidades del colectivo para el que trabajo, es decir, la Asistencia Personal.

## **2. APROXIMACIÓN A LA DISCAPACIDAD. FORMAS DE ENTENDER Y ATENDER LA DISCAPACIDAD.**

Para entender el ámbito de la discapacidad, primero debemos hablar sobre la percepción social de este sector social a lo largo de la historia.

Es decir, en primer lugar, vamos a analizar y describir los diferentes cambios evolutivos con respecto al afrontamiento, tratamiento y acercamiento a la discapacidad, sector social, que en mayor o menor medida siempre ha estado excluido y segregado.

### **2. 1. Percepción social de las personas con discapacidad a lo largo de la historia.**

A lo largo de la historia, las personas con discapacidad, según Di Nasso P. (2004) “fueron indistintamente, despreciados, adorados, compadecidos, aniquilados o temidos según las ideologías imperantes en el grupo social de pertenencia” (p. 5).

En relación con esta afirmación, cabe destacar a Aguado Díaz (1995), quien señala que el tratamiento a las personas con discapacidad a lo largo del tiempo ha sido una historia de contrastes, principalmente entre dos enfoques:

- **Enfoque o actitud pasiva:** se basa en la tradición demonológica, por lo que, desde este enfoque, la deficiencia es fruto de causas ajenas al hombre (pecado, castigo de dioses, del demonio, etc.). Por lo tanto, la deficiencia es una situación incontrolada e inmodificable que produce rechazo, segregación, ...
- **Enfoque o actitud activa:** se basa en la tradición naturalista, por consiguiente, se considera la deficiencia como enfermedad, por lo tanto, es fruto de causas naturales, biológicas y ambientales. La deficiencia es una situación modificable por lo que se puede prevenir y tratar, lo que supone la integración de las personas.

A pesar de estos enfoques o actitudes, Aguado Díaz (1995) también señala que “en el tratamiento dado a los deficientes hay variaciones históricas entre épocas y culturas, pero también hay ciertas líneas persistentes que, de forma muy sintetizada, giran en torno a una constante histórica, la marginación” (p. 25).<sup>1</sup>

El tratamiento a las personas con discapacidad, para Aguado Díaz (1995), en la **prehistoria** está caracterizado por oscilar entre el empirismo (prácticas mágicas, como por ejemplo la trepanación) y el animismo, que tiene su máxima expresión en el infanticidio (p. 34-39).

---

1

Para desarrollar este apartado seguiremos, fundamentalmente, las aportaciones de Aguado Díaz (1995).

Lo mismo pasaba en las culturas de la **Antigüedad**, un claro ejemplo lo tenemos en la cultura hindú, pues en la India los niños eran arrojados al Ganges, pero su religión budista predicaba compasión y generosidad. En la civilización persa pasaba algo parecido, pues consideraban que las deficiencias eran producto de la demonología, pero se regían por el Código de Hammurabi, que recogía preceptos compasivos como, por ejemplo, la adopción de niños.

En la Grecia Clásica, Aristóteles afirmaba “sobre el abandono y la crianza de los hijos, una ley debe prohibir que se críe a ninguno que esté lisiado” (Política, libro 7º, capítulo XVI, versículo 1335, p. 282). En la sociedad espartana, los niños que nacían con malformaciones eran arrojados por el monte, ya que al ser una sociedad notablemente guerrera consideraban que estos niños no iban a ser útiles.

En Roma, desde su fundación en el 800 a. C., hasta la caída del Imperio en el 476 d. C., las personas con discapacidad sufrieron diversos cambios en su tratamiento. Como ejemplos de estas diversas formas de tratamiento a las que nos referimos, podemos destacar, en primer lugar, una antigua ley atribuida a Rómulo, la cual establecía que se podía abandonar a un hijo inválido o monstruoso con el permiso de cinco vecinos. Posteriormente a esta ley, en el siglo I d. C. se empezaron a practicar el infanticidio y la mutilación de niños para la mendicidad y, a partir del siglo II d. C., se empezó a comprar discapacitados para diversión. Antes de la caída del imperio romano toda esta situación se ve modificada, aunque no erradicada, debido a la influencia del cristianismo primitivo y sus actitudes positivas hacia los disminuidos y enfermos, como por ejemplo el Concilio de Ancira que prohibía la entrada en los templos a aquellas mujeres que hubieran dado muerte a sus hijos. Tras la caída de Roma, durante el imperio bizantino, el humanitarismo cristiano tiene su mayor auge con la creación de orfanatos y hospitales. Según el autor (1995), del humanitarismo cristiano hay que recalcar su parte caritativa y paternalista, es decir, no se potenciaba a la persona, sino que se perpetuaba la situación de partida (p. 64).

Según Padilla Muñoz (2010):

Los romanos regularon los efectos civiles de las personas con discapacidades mentales o cognitivas al crear la curatela, una institución para administrar los bienes de un sui iuris púber o incapaz de ejercer por sí solo sus derechos. Durante aquel tiempo, los discapacitados mentales (esto es, los privados de razón) se llamaban *furiosis*, y aquellos con limitaciones o pobre desarrollo de sus facultades intelectuales se denominaban mente *captus* (p. 392).

Con respecto al mundo árabe, cabe destacar la figura de Mahoma, quien se caracterizaba por aplicar prácticas de extrema dureza para el cumplimiento de los mandatos, como por ejemplo la mutilación en caso de robo. En contraposición, también prohibió el infanticidio y promovía ayudar a los deficientes y enfermos mentales, pues los consideraba los inocentes del señor.

La **Baja Edad Media** se caracteriza por la culminación de la tradición demonológica con el Malleus Maleficarum (Enciclopedia cruel sobre brujería) como su máxima expresión

y con la instauración de la Inquisición. En este período se consideraba a los deficientes y, sobre todo, a los enfermos mentales que tenían problemas de conducta, como hijos del pecado y que estaban poseídos por el demonio, por lo que la Inquisición les perseguía y asesinaba. Como dice Padilla Muñoz (2010):

Durante la Edad Media se reemplazó al médico por el monje y se conservó la creencia de que los trastornos mentales se relacionan con lo diabólico y lo demoníaco. La Inquisición apoyó la exterminación de personas con discapacidad (por ejemplo, la enfermedad mental), al creerlas poseídas por algo diabólico; así mismo, se las culpaba por epidemias o plagas que se presentaran o, en algunos casos (habitualmente discapacidades físicas), se tenían para entretenimientos en circos o cortes (p. 393).

Durante este periodo, el número de discapacitados aumentó considerablemente debido a las grandes epidemias, a las guerras, invasiones, cruzadas, etc. Todo ello propició la mendicidad y la Iglesia se convirtió en la única institución que daba asilo a estas personas, por lo que era la única posibilidad de subsistencia.

**Del Renacimiento a la Reforma Protestante**, se produce el debilitamiento del feudalismo y del Papado, lo que supuso el cierre de muchas instituciones benéficas y que el Estado se empezará a hacer cargo de dichas competencias, como por ejemplo la Ley de pobres instaurada por la reina Isabel de Inglaterra en 1601. Este período supuso el auge de los nacionalismos, de la burguesía y la creación del Estado moderno, además, aportó humanismo, culto a la belleza e interés por el cuerpo humano y su anatomía. Este período fue sumamente duro para las personas con discapacidad, en el medio rural se les asignó el papel social de “el tonto del pueblo”, mientras que en las ciudades estaban recluidos en casa o internados y las opciones que tenían para sobrevivir eran la mendicidad o algún trabajo como por ejemplo el de bufón.

Con la laicización del individuo y el protagonismo de la corriente humanista se empieza a dar el paso de la concepción demonológica a la concepción naturalista, es decir, se pasa de la idea de pecado a la de enfermedad, con los sanatorios mentales como su máxima representación. Este tipo de instituciones perseguía el objetivo de la reinserción social y supuso la consideración de los internos como pacientes. En nuestro país, en cuanto al problema de la pobreza, como ya se ha señalado anteriormente, una de las formas de supervivencia para los deficientes era la mendicidad, en esta línea cabe señalar la figura de Juan Luis Vives (1493-1540). Vives fue un humanista preocupado por los problemas sociales y en su obra *De subventionem pauperum* (1526, Brujas), enfoca la pobreza desde una perspectiva rehabilitadora proponiendo un método para suprimir la mendicidad a través de la enseñanza del trabajo adecuado a cada persona. Para Aguado Díaz (1995), Vives “propone un método ingenioso para suprimir la mendicidad” (p. 90).

En contraposición a Vives, encontramos la figura de Domingo de Soto (1494-1560), quien, en su obra *Deliberación en la causa de los pobres* (1545), aboga por la libertad de la mendicidad. En medio de esta polémica, en la España del Siglo de Oro, hay que destacar la creación de instituciones como las Casas de Misericordia, los hospicios o los albergues para la regeneración de los más desfavorecidos.

Para Aguado Díaz (1995) es importante la figura de Pedro Ponce de León (1520-1584), como el primer educador de la historia de las personas sordomudas. Su tratado *Doctrina para los mudos-sordos*, se basa en un método práctico de instrucción, a través de técnicas de aprendizaje oral, lectura labial y pronunciación. Es importante recalcar su figura puesto que había una creencia pesimista, basada en el dogma aristotélico de que los que habían nacido mudos nunca podrían hablar (p. 96).

En cuanto a las discapacidades físicas, hay que señalar al padre de la cirugía moderna, Ambroise Paré (1510-1590), impulsor de la cirugía ortopédica y creador de diversos inventos ortopédicos, como por ejemplo un brazo artificial móvil o la primera mano estética de cuero.

**Durante los Siglos XVII y XVIII** perdura el pesimismo y el negativismo sobre las personas con discapacidad, puesto que la sociedad sigue viendo las deficiencias como permanentes e inmutables, por lo que se produce una segregación indiscriminada y un internamiento masificado (conocido como “el gran encierro”, especialmente por el trato cruel e inhumano que recibían, estaban recluidos y hacinados en celdas oscuras, con cadenas y grilletes, pasaban hambrunas y no tenían ningún tipo de asistencia). La sociedad sigue rechazando a los deficientes y durante estos siglos se siguen utilizando la mayoría de las prácticas sociales del pasado (el abandono, mutilaciones para la mendicidad, compra de niños en asilos y orfanatos, etc., venta de deficientes mentales como esclavos, etc.). También se sigue con la concepción demonológica de la deficiencia.

A pesar de esto, también cabe destacar que en el siglo XVIII hubo avances significativos en el ámbito de la medicina y que beneficiaron a las deficiencias mentales y físicas, como la vacuna contra la viruela, mayor conocimiento en el estudio del sistema nervioso y del cerebro. Así, podemos señalar a Francis Glisson (1597-1677) como el primero en identificar el origen de la hidrocefalia o a Philippe Pinel (1745-1826), que en 1801 publicó un tratado médico-filosófico clasificando las enfermedades mentales, basado en los órganos lesionados más que en los síntomas, haciendo una diferenciación entre congénito y adquirido, y señalando diversos niveles en el funcionamiento intelectual. Aparte de dicho tratado, cabe destacar también su labor en el cambio en el tratamiento a las personas con enfermedad mental que estaban internadas en los hospitales, suprimiendo los abusos físicos, por el descanso de los pacientes, un trato amable y humano, así como la formación a través de libros, música o el empleo agrícola.

Según el autor (1995), **el Siglo XIX** supuso grandes avances en la medicina que influyeron directamente en los deficientes, como por ejemplo la Teoría de los gérmenes de Pasteur y Koch, que supuso la supresión de epidemias; Mendel creó las bases de la genética, Roentgen inventó los Rayos X y Broca publicó su atlas cerebral (p. 117). Pero la máxima expresión de progreso durante este siglo, podemos decir que fue la reafirmación de la diferenciación entre enfermedad mental y deficiencia mental. Por tanto, debido a que se empezó a aceptar la idea de que los trastornos mentales tenían una base orgánica, pero también ambiental, se pusieron en funcionamiento medidas

de Educación Especial (este hecho es significativo porque supuso también avances en la educación y escolarización de los deficientes). Es decir, estos avances supusieron un cambio en la visión hacia los deficientes, pasando de una visión demonológica a una organicista y biologicista, reemplazando el pensamiento de pecado por el de enfermedad, el de endemoniado por paciente.

Todos los progresos que se llevaron a cabo en el ámbito de la medicina durante este siglo tuvieron su culmen a finales de siglo reconociendo la psiquiatría como una ciencia y, por tanto, una especialidad médica.

En este punto es interesante resaltar que, en todos estos avances en el ámbito médico, surgieron diferentes formas de denominar a los deficientes como por ejemplo idiota, imbécil, debilidad mental, simpleza, demente, etc. Es importante destacar este hecho porque todos estos conceptos finalmente se convirtieron en insultos peyorativos.

También merece una mención especial, el incremento que se produjo durante la segunda mitad del siglo XIX, con la creación de asociaciones profesionales en Estados Unidos para trabajar con y por la discapacidad, como por ejemplo la Asociación Americana para el Retraso Mental (AAMR), destinada a la definición, clasificación y terminología de la deficiencia mental.

Los progresos en las discapacidades físicas (llamados “inválidos”) y sensoriales durante este siglo no son tan significativos, pero podríamos destacar la idea de la primera prótesis de antemano movida por el hombro de Peter Beill en 1818 o la mejora en los métodos proporcionados por la sordomudística española.

A pesar de estos avances, durante el siglo XIX el tratamiento por parte de la sociedad a las personas con discapacidad sigue siendo similar, aunque un poco más agravado en el área urbana. Siguen siendo considerados locos, lunáticos, los “tontos” del lugar, etc. Si tenían suerte y se les consideraba válidos podían trabajar en el campo, sino su única opción era la mendicidad o robar para poder sobrevivir. Incluso las familias acomodadas con un familiar con discapacidad lo mantenían a escondidas para que nadie lo descubriera.

A **principios del Siglo XX**, se empieza a desarrollar una comprensión biologicista-social de la deficiencia mental, con actitudes hacia los deficientes paternalistas y protectoras y un nivel ínfimo de sensibilidad social y profesional hacia la deficiencia mental, con prácticas sociales como la segregación de por vida de los deficientes mentales, la eutanasia, la esterilización, restricciones matrimoniales, etc. Aunque, desde un enfoque activo, como consecuencia de la *Revolución Industrial* y la escolarización obligatoria, la deficiencia mental en este nuevo siglo adquiere la categoría de problema social, haciendo que los gobiernos asuman crecientes responsabilidades tomando medidas legales e institucionales en este ámbito. Dichas medidas se empezaron a desarrollar en torno a dos líneas de actuación; la primera, medidas dictadas a favor de los “anormales” (deficientes mentales, sordos y ciegos), y la segunda, disposiciones concretas y específicas de cara a accidentes laborales (por ejemplo, en nuestro país en el año 1900 se publica la Ley de Accidentes de Trabajo, propuesta por el ministro Dato).

Padilla Muñoz (2010) afirma que:

En el siglo XX se recrudeció la persecución contra los discapacitados, aun cuando la más visible fue la perpetrada por Adolf Hitler, bajo el pretexto de mejorar la raza; así mismo, las dos guerras mundiales y otros enfrentamientos bélicos (guerras de Corea, Vietnam, etc.) dejaron un sinnúmero de personas discapacitadas física y mentalmente que indujeron a crear cierta conciencia sobre el problema (p. 395).

Según Aguado Díaz (1995), el período entre guerras, que abarca de 1910 a 1935, es una época de espera en lo relativo a la comprensión de la deficiencia mental, y lo denomina “la gran tregua”. Aunque hay que puntualizar que la I Guerra Mundial (1914-1919) trajo consigo polémica ya que supuso la incorporación de deficientes mentales a los ejércitos de combatientes. En definitiva, según este autor, los grandes cambios, las nuevas ideas, las innovaciones, vienen tras la II Guerra Mundial, preludio de las dos décadas prodigiosas (Aguado Díaz, 1995, pp. 155-156).

De este período, cabe señalar también la proliferación de asociaciones, las primeras, principalmente, surgen en los años treinta, creadas por padres de discapacitados mentales y, a partir de los años cuarenta, es cuando ya se empiezan a generalizar.

El autor (1995) dice que la II Guerra Mundial “trae consigo una suerte dispar para los deficientes según el lado en que les toca” (p. 161). Por un lado, nos encontramos con la experiencia norteamericana, en la que los deficientes son reclutados para participar de manera activa en el conflicto bélico, considerado un privilegio la defensa de su país (una vez acabado el conflicto se les vuelve a encerrar). Y por otro lado, nos encontramos la experiencia nazi, en la que se practica la eutanasia, se instauran los campos de concentración y las cámaras de gas, con la pretensión de garantizar la mejora de la raza.

Tras la **II Guerra Mundial**, surge el movimiento rehabilitador y, paralelamente, se desarrolla la psicología de la rehabilitación, así como su expansión a otros campos, como la psicología clínica. Como dice Aguado Díaz (1995) “Ya durante las hostilidades se potencian los servicios de rehabilitación para excombatientes y mutilados de guerra...Adquiere entonces todo su vigor el movimiento rehabilitador. Sus objetivos iniciales son claros: la recuperación físico-somática y funcional” (p. 182). Después de esto se comprueba que la rehabilitación no es solamente física, sino que también intervienen factores sociales y psicológicos. Por consiguiente, durante el transcurso de tiempo entre la II Guerra Mundial y finales de los años cincuenta, el movimiento rehabilitador, que en sus inicios estaba centrado en la rehabilitación física y funcional de excombatientes, se va progresivamente ampliando, hasta llegar a la rehabilitación integral de la persona.

Todos estos avances resuenan de manera directa en las personas con discapacidad por medio de la creación de medidas legales e institucionales de gran relevancia como, por ejemplo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, proclamada por la Organización de Naciones Unidas (ONU) o, en nuestro país, la aprobación, en 1945, de la Ley de Educación Primaria, que implantaba la creación de escuelas especiales

para niños deficientes.

El entorno sociopolítico (activismo social) y los desarrollos internos en el campo de la salud mental (la crisis del modelo médico, las concepciones diagnósticas y la psicología clínica y profesional), propician en la **década de los sesenta** los determinantes psicosociales y socioambientales y, paralelamente, la intervención comunitaria, la proliferación de centros de salud y el movimiento preventivo.

Tras estos antecedentes según Aguado Díaz (1995), los avances producidos a partir de esta década hacen hincapié en los determinantes socioambientales (haciendo inviables los tratamientos tradicionales, individualizados), con un enfoque socio comunitario. A partir de los sesenta, se reanuda lo biológico y se habla de categorías bio-psico-sociales. Todo ello, obviamente, tiene una repercusión directa en el campo de las deficiencias (p. 214).

En Norteamérica, el movimiento para la vida independiente (*Independent Living*), se empezó a desarrollar en los años sesenta, pero no fue hasta la década de los ochenta cuando empezó a ejercer su valor e importancia en la lucha por la eliminación de todo tipo de barreras, tanto físicas como sociales, a través de la puesta en marcha de programas, servicios y centros concebidos con el fin de fomentar la vida independiente.

**El período comprendido entre 1960 y 1980**, es la época más positiva y favorable para el colectivo puesto que se beneficia de los planteamientos y enfoques dominantes en las ciencias de la salud, los comunitarios y los bio-psico-sociales.

Los avances en las ciencias biomédicas tienen un efecto directo en la mejora de los tratamientos (erradicación y curación de enfermedades infecciosas y agudas) y en la prevención de las deficiencias. Pero, por contra, traen consigo la presencia de un nuevo tipo de enfermo, el "crónico". La complejidad proviene de factores psicosociales que requieren un abordaje multiprofesional. También tienen repercusión para el colectivo los avances producidos en las distintas áreas de la psicología (en especial: evaluación psicológica, la modificación de conducta y la psicología comunitaria).

Según el autor, "la conexión con las corrientes dominantes en la sociedad se manifiesta a través de la proliferación de medidas legales e institucionales" (Aguado Díaz, p. 223). En este sentido, hay que destacar que la ONU aprueba en 1971 la Declaración de los Derechos de las Personas Deficientes Mentales y la Declaración de los Derechos de las Personas Minusválidas.

Aguado Díaz (1995) expresa que todas estas tendencias empiezan a llegar a España con medio siglo de retraso con respecto a Europa, pero en consecuencia el abordaje de la deficiencia mental queda reducido. Así, los temas relativos a las personas con discapacidad empiezan a ser objeto de medidas legales y de publicaciones en revistas españolas, empezando a tener repercusión entre los distintos especialistas.

A partir de **la década de los ochenta**, comienzan a intensificarse las tendencias de los últimos veinte años (intervención comunitaria, proliferación de centros y servicios, movimiento preventivo, desinstitucionalización bajo el principio de normalización,

activismo social, movimiento de la asociaciones de padres y profesionales, etc.).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, en 1980, aprobó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, en la que se abordó la problemática con respecto a la pluralidad de términos y conceptos que hacían mención a las personas con discapacidad. En dicha clasificación se estableció la delimitación entre 'deficiencia', 'minusvalía' y 'discapacidad'. Posteriormente, dicha Clasificación, en el año 2001, pasó a denominarse Clasificación Internacional del Funcionamiento, las Discapacidades y la Salud (CIF), en la cual, finalmente se definió el término 'discapacidad' (como veremos más adelante).

Desde la perspectiva del autor, la progresiva importancia y complejidad que adquiere el tema de la asistencia a los deficientes, discapacitados y minusválidos, a partir de este período, se ve condicionada por la crisis económica y sus repercusiones en servicios sociales (Aguado Díaz, p.232).

En definitiva, a lo largo de este último medio siglo, hemos podido observar avances significativos en el tratamiento de las personas con discapacidad, tanto de sus familias, amigos, allegados, como del resto de la sociedad en general.

Las familias con miembros con discapacidad han pasado de tener sentimientos de culpa o de vergüenza, de estar aislados socialmente, a abordar la situación de otra manera, principalmente a conocer y asumir la situación de la persona con discapacidad.

En cuanto a la sociedad, tanto las familias como las entidades que trabajan con este sector social se han encargado de darle una mayor visibilidad y presencia en la comunidad. Este hecho ha provocado que se hayan disminuido los prejuicios y haya un mayor conocimiento social sobre las discapacidades.

Hoy en día entendemos que las personas con discapacidad son precisamente eso, personas, seres humanos, que aunque tengan algunas limitaciones para el desarrollo de su vida diaria, siguen teniendo intereses, metas, fines, similares a los de cualquier otra persona.

Como veremos más adelante, todas estas variaciones históricas en el tratamiento a las personas con discapacidad, mayoritariamente de carácter negativo, han producido efectos en los modelos de actuación y atención del colectivo.

## **2. 2. Evolución conceptual y terminológica de la discapacidad.**

Como hemos podido observar en el apartado anterior, el afrontamiento, el acercamiento y el tratamiento a la discapacidad ha ido variando a lo largo del tiempo y del contexto histórico. Pues bien, lo mismo ha ocurrido con respecto a la manera de dirigirnos a este colectivo.

En esta evolución conceptual y terminológica de la discapacidad podemos apreciar una clara tendencia peyorativa y de carácter negativo a la hora de referirnos a la misma. Es

decir, cuando hablamos de “discapacidad”, nos estamos refiriendo a que es una persona “sin capacidad”, “anormal” sin normalidad, “enfermo” sin salud, “dependiente” sin independencia, etc.

Además, cabe decir que ciertos términos creados en un principio en el ámbito de la medicina para clasificar diferentes tipos de deficiencias como por ejemplo “idiotia”, “retrasado”, “imbécil”, etc., finalmente han sido utilizados por la sociedad para menospreciar y denostar a las personas.

A partir de las Clasificaciones Internacionales propuestas por la **Organización Mundial de la Salud** (en adelante **OMS**), destacamos la **Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)**, que en 1972 inició su andadura y que proporciona un marco conceptual basado en la etiología (estudio de las causas de las enfermedades). Es decir, la CIE proporciona un diagnóstico de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud.

Sin embargo, esta Clasificación resultaba insuficiente puesto que no tenía en cuenta las consecuencias de la enfermedad sobre el desarrollo global de la persona. Cabe señalar, que esta concepción inicial estaba basada exclusivamente en el modelo médico, ya que sólo tiene en cuenta la enfermedad y no las consecuencias de ésta en todos los aspectos de la vida de la persona.

Debido a ello, la OMS propuso en 1980 la **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM)**. Esta nueva propuesta de Clasificación delimitó el significado y tipos de deficiencia, discapacidad y minusvalía.

A partir de la CIDDDM, según Cáceres (2004), entendemos el concepto de **deficiencia** como “toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica” (p. 74). Cáceres (2004) hace referencia a las anomalías de la estructura corporal, así como de la función de un órgano. Por lo tanto, en principio, sólo afecta al órgano y puede ser temporal o permanente. Así, por ejemplo, podríamos hablar de deficiencias intelectuales, psicológicas, auditivas, del lenguaje, etc. (p. 74).

Respecto al concepto de **minusvalía**, según Cáceres (2004), la CIDDDM lo define como “una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)” (p. 75). Es decir, Cáceres (2004) hace referencia a las desventajas que experimenta una persona como consecuencia de una deficiencia y de una discapacidad. Las minusvalías pueden ser, por ejemplo, de orientación, de movilidad, de integración, etc. (p. 75).

En cuanto al término **discapacidad**, según Cáceres (2004), la CIDDDM lo define como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (p. 75). Este autor hace referencia a la discapacidad, desde la perspectiva del rendimiento funcional y de la actividad de la persona, como la consecuencia de la deficiencia. Las discapacidades pueden ser temporales o permanentes, ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivas o regresivas. Por ejemplo,

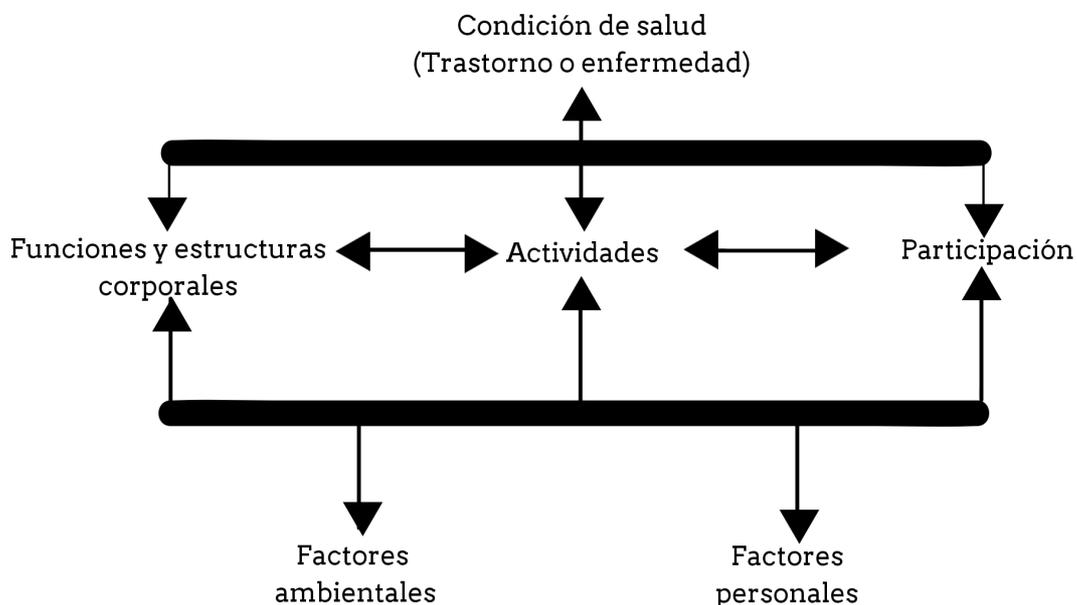
estaríamos hablando de discapacidades conductuales, de destreza, de la comunicación o del cuidado personal, entre otras (p. 75).

En el año 2001, la OMS planteó una revisión de la CIDDM y propuso la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, las Discapacidades y la Salud (CIF)**, que supuso un importante avance en el cambio de visión residual de la discapacidad al incluir la relación de la persona con su entorno físico y social, considerando la discapacidad un proceso multidimensional.

La CIF se constituyó con el objetivo principal de proporcionar un lenguaje estandarizado y unificado, que sirviera como marco conceptual para definir los componentes de la salud y algunos componentes relacionados con la salud del bienestar. Es decir, la CIF proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas ya que ha pasado de clasificar las consecuencias de las enfermedades a clasificar los componentes de la salud.

Esta clasificación proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el **funcionamiento y la discapacidad** (funciones del sistema corporal, estructura del cuerpo y actividades y participación) y con los **factores contextuales** (ambientales y personales). Por lo tanto, el funcionamiento y discapacidad de un individuo se entienden como la interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedad, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales (sociales, actitudinales, etc.).

**Figura nº 1:** Interacciones entre componentes de la CIF.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (p. 21).

Por consiguiente, la CIF (2001) define la **discapacidad** como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (p. 231).

En el año 2005, a través del Foro de Vida Independiente (formado por el propio colectivo de personas con discapacidad) se empieza a promocionar el término “**Diversidad Funcional**”, con el fin de desvincularse del término que los denota: el de discapacidad, que quiere decir persona sin capacidad o capacidades.

El término Diversidad Funcional, en primer lugar, pretende eliminar los conceptos peyorativos que se han aplicado a lo largo de la historia y que han llevado a este sector social a la exclusión y a la marginación. En segundo lugar, diversidad quiere expresar un desarrollo diferente al que se considera usual y que, por tanto, esa funcionalidad diversa trae consigo discriminación y que es el entorno social el que la produce y no la peculiaridad fisiológica.

Según Rodríguez Díaz (2010):

El punto de partida para la consecución de las pretensiones inscritas en el discurso de la diversidad funcional pasa, no por desentenderse de la nomenclatura vigente – que sanciona normativamente la ausencia, en las personas con discapacidad, de lo que estaría mayoritariamente presente en los demás, es decir, la capacidad- sino por reclamar una transición conceptual que reivindicaría la presencia, tanto en las personas con discapacidad como en las que no o son, de una pauta universal (ni normativa ni excluyente), respecto a un ideal mayoritario: la diversidad, lo diverso (p. 162).

También han surgido otros términos nuevos para referirnos a las personas con discapacidad, como por ejemplo el de “**Capacidades Diferentes**”. Sin embargo, los detractores de este término consideran que se remarcan aún más las diferencias.

En definitiva, si nos queremos dirigir correctamente a este colectivo debemos decir “persona con discapacidad”, ya que es el término correcto y aceptado internacionalmente.

### **2. 3. Tipos de discapacidades.**

Como dice Padilla Muñoz (2010):

La discapacidad es una situación heterogénea que envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones física o psíquica y los componentes de la sociedad en la que se desarrolla y vive. Incluye un sinnúmero de dificultades, desde problemas en la función o estructura del cuerpo —por ejemplo, parálisis, sordera, ceguera o sordoceguera—, pasando por limitaciones en la actividad o en la realización de acciones o tareas —por ejemplo, dificultades suscitadas con problemas en la audición o la visión—, hasta la restricción de un individuo con alguna limitación en la participación en situaciones de su vida cotidiana (p.

384).

Puesto que el sector social al que nos dirigimos es el de personas con discapacidad, debemos conocer qué tipos de discapacidades existen.

Según PREDIF (2021), si nos basamos en el Real Decreto 1972/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, podemos hablar de tres tipos de discapacidades: físicas, sensoriales y psíquicas.

Las **discapacidades físicas** son aquellas que están relacionadas con el cuerpo, miembros y órganos, en general (PREDIF, 2021). Se originan en:

- Sistema músculo esquelético: deficiencias articulares, amputaciones...
- Sistema nervioso: epilepsia, tetraplejia, paraplejia...
- Aparato respiratorio: asma, trasplante de pulmón, fibrosis quística...
- Sistema cardiovascular: cardiopatías, arritmias...
- Sistema hematopoyético y sistema inmunitario: anemias, inmunodeficiencias no secundarias a infección por VIH...
- Aparato digestivo: enfermedad del hígado, incontinencia...
- Aparato genitourinario: deficiencias del riñón, incontinencia urinaria...
- Sistema endocrino: hipertiroidismo, diabetes...
- Piel y anejos: psoriasis...
- Neoplasias: tumor.

Dicho origen se puede dar de forma congénita, en el parto o con posterioridad al parto, entendiéndose a lo largo de toda la vida (PREDIF, 2021).

La discapacidad física impide a la persona, de forma permanente e irreversible, moverse con la plena funcionalidad de su sistema motriz. Por lo tanto, estas personas presentan una disminución importante en la capacidad de movimiento de una o varias partes del cuerpo. También puede referirse a la disminución o incoordinación del movimiento, trastornos en el tono muscular o trastornos del equilibrio (PREDIF, 2021).

Las **discapacidades sensoriales** son aquellas que se originan en el aparato visual, oído, garganta y estructuras relacionadas con el lenguaje (PREDIF, 2021).

Por consiguiente, dentro de las discapacidades sensoriales podemos distinguir entre:

- a) Discapacidad sensorial auditiva: hace referencia a la carencia, disminución o deficiencia de la capacidad auditiva total o parcial. Podemos distinguir entre sordera prelocutiva (anterior a la adquisición del lenguaje) y postlocutiva

(posterior a la adquisición del lenguaje. Existen diferentes criterios para clasificar los distintos tipos de pérdida auditiva o sordera, en función de la localización de la lesión, de las causas, del grado de pérdida auditiva o de la edad del comienzo de la sordera. Existen diversos niveles de pérdida auditiva: hipoacusia leve, hipoacusia moderada, hipoacusia severa y sordera (Consejería de empleo, turismo y cultura, 2013, p. 6).

- b) Discapacidad sensorial visual: es la consideración a partir de la disminución total o parcial de la vista (ONCE, 2021):
- Ceguera o discapacidad visual grave: según la ONCE (2021) las personas ciegas o con ceguera son aquellas que no ven nada en absoluto o solamente tienen una ligera percepción de luz (pueden ser capaces de distinguir entre luz y oscuridad, pero no la forma de los objetos).
  - Deficiencia visual: para la ONCE (2021) las personas con deficiencia visual, a diferencia de aquellas con ceguera, conservan todavía un resto de visión o resto visual útil para su vida diaria (desplazamiento, tareas domésticas, lectura, trabajo, etc.).

Esta pérdida grave de funcionalidad de la visión se va a manifestar, por un lado, en limitaciones muy severas de la persona para llevar a cabo de forma autónoma sus desplazamientos, las actividades de vida diaria, o el acceso a la información. Por otro, en restricciones para el acceso y la participación de la persona en sus diferentes entornos vitales: educación, trabajo, ocio, etc., y que adoptan la forma, no sólo de barreras físicas y arquitectónicas, sino también sociales y actitudinales (ONCE, 2021).

Las **discapacidades psíquicas** se diferencian en discapacidad intelectual y enfermedad mental (PREDIF, 2021).

- A Discapacidad Intelectual: la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo (AAIDD) define la Discapacidad Intelectual como “un estado individual que se caracteriza por presentar limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, y por ser originada antes de los 18 años” (Plena Inclusión, 2018).

Algunas discapacidades intelectuales se originan antes de que nazca el bebé, otras durante el parto y otras por alguna enfermedad o daño sobrevenido durante la infancia. Las causas son muchas y variadas, y la discapacidad acompañará a la persona durante toda su vida. En función de su causa, existen diferentes tipos de discapacidad intelectual. Desde el punto de vista médico y atendiendo al del coeficiente intelectual, se habla de leve, moderada grave y profunda; desde un modelo más social y atendiendo a la provisión de apoyos hablamos de personas con extensas o limitadas necesidades de apoyo (Plena Inclusión, 2018).

Según Plena Inclusión (2018) hay cuatro factores que pueden darse antes, durante o después del nacimiento de un niño:

- 1) Algún trastorno genético (como el síndrome de X Frágil, la fenilcetonuria, el

síndrome de Lesch-Nyhan). Son transmitidos al niño a través de los genes en el momento de la concepción.

2) Trastornos cromosómicos: suceden durante el proceso de disposición de los cromosomas. Los más frecuentes son el síndrome de Down, el síndrome de Prader-Willi y el síndrome de Angelman.

3) Causas biológicas y orgánicas: aparecen antes, durante o después del nacimiento. Las principales causas prenatales son el sarampión y la rubéola durante el embarazo, el consumo de toxinas o de ciertos medicamentos. En cuanto a los factores perinatales (durante el alumbramiento), cabe destacar la exposición a toxinas o infecciones (por ejemplo, el herpes genital), la presión excesiva en la cabeza o la asfixia. Por último, pueden darse algunas causas postnatales como un traumatismo craneal o una meningitis.

4) Causas ambientales: por ejemplo, carencias alimenticias de la madre durante el embarazo, el consumo de drogas o alcohol, la falta de estimulación física y sensorial y la carencia de atención sanitaria.

#### **B. Enfermedad mental (Salud mental):**

En primer lugar, antes de hablar de enfermedad mental, debemos conocer el término salud mental. Según la OMS, este término se define como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (FEAFES GALICIA, 2021).

Por consiguiente, se considera que, aunque en algún momento de nuestra vida, todas las personas hemos experimentado sentimientos de tristeza, ansiedad o insomnio y que solo se consideran un problema de salud mental cuando provocan un comportamiento social desajustado, causando un importante malestar subjetivo y permanecen en el tiempo.

En definitiva, hablamos de enfermedad mental cuando una persona no tiene una buena salud mental y eso le lleva a tener dificultades en el funcionamiento de su vida diaria, convirtiéndose en un problema persistente en el tiempo (FEAFES GALICIA, 2021).

Según FEAFES GALICIA (2021) podemos hablar de los siguientes tipos de enfermedades mentales:

- Trastornos del estado de ánimo: son los que afectan a la persona emocionalmente y suponen una alteración del humor, como por ejemplo el trastorno bipolar, pues combina períodos de mucha exaltación (maníacos) con otros de total abatimiento (depresivos). Otro tipo de trastornos del estado de ánimo son los depresivos, en los que aparecen síntomas de tristeza, desesperación e inhibición.
- Trastornos de ansiedad: en este tipo de trastorno prevalecen los sentimientos

de tristeza e inseguridad y se basan principalmente por anticiparse a un futuro peligro con un sentimiento incómodo, como por ejemplo estamos hablando de trastornos del pánico, fobias, estrés postraumático o el trastorno obsesivo-compulsivo.

- Trastornos relacionados con sustancias: hacen referencia a trastornos relacionados con el abuso de drogas, provocando cambios en el comportamiento (como por ejemplo alteraciones en el sueño o apetito), cambios físicos (como pérdida o aumento de peso repentinos o deterioro en el aspecto) y sociales (problemas legales, cambio de grupo social, etc).
- Trastornos psicóticos: causan separación de la realidad (delirios) en la persona que los sufre. El ejemplo más claro es la esquizofrenia, cuya característica principal es que la persona experimenta una grave distorsión entre sus pensamientos y emociones. Es frecuente que oiga o vea cosas que no existen, se aísla de su entorno, descuide su aspecto, sus quehaceres o crea cosas que no son verdad.
- Trastornos de personalidad: la persona presenta una conducta disruptiva a través de comportamientos violentos con grandes dificultades para relacionarse. Un ejemplo es el trastorno límite de personalidad.
- Otros trastornos: como por ejemplo trastornos del sueño, trastornos sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del control de los impulsos o trastornos del desarrollo como el déficit de atención.

### **2. 4. Modelos de atención a la discapacidad.**

Para Velarde (2012) “un recorrido histórico del término muestra que, a lo largo de los siglos, la concepción de la discapacidad ha ido cambiando, y con ella el modo de afrontarla” (p. 115).

Velarde (2012) nos habla de tres modelos de atención a la discapacidad:

- **Modelo de prescindencia:** este modelo abarca el periodo de la Antigüedad y la Edad Media. Durante estos periodos históricos la discapacidad era concebida como un castigo impuesto por los dioses. Además, se consideraba que las personas con discapacidad no tenían nada que aportar a la sociedad y que, por lo tanto, como bien indica el nombre del modelo, eran prescindibles y no valía la pena que vivieran. En definitiva, el enfoque que se tenía de la discapacidad era un enfoque “mágico-religioso”, basado en que los poderes sobrehumanos castigaban a las personas por algún acto cometido. Por ello, las personas con discapacidad eran rechazadas y perseguidas e incluso asesinadas. Un ejemplo en la historia lo podemos encontrar en la sociedad espartana, en la cual a los niños que nacían con malformaciones los arrojaban por el monte, puesto que al ser una sociedad notablemente guerrera consideraban que estos niños no iban a ser útiles.

- **Modelo médico o rehabilitador:** se enmarca a principios del siglo XX, tras la I Guerra Mundial. Durante este periodo se produjo un cambio en la visión de la discapacidad, que dejó de verse como un castigo divino y comenzó a verse como una enfermedad que podría recibir tratamiento. Según Palacios (2008) “el objetivo del modelo médico es curar a la persona discapacitada, o bien, modificar su conducta con el fin de esconder la diferencia y, de ese modo, incorporarla a la sociedad” (p. 66). Es decir, en esta etapa se plantea la discapacidad desde la dicotomía salud-enfermedad, considerando al colectivo como personas enfermas a las que hay que curar y normalizar para que puedan estar integradas en la sociedad. Un ejemplo claro de este pensamiento sería el de las lobotomías que se hacían a las personas con enfermedad mental.
- **Modelo Social de la Diversidad Funcional:** el cual tiene su origen en el Movimiento de Vida Independiente que se inició a finales de los años 60 en Estados Unidos. Debido a ello, se produjo un cambio en el paradigma de la discapacidad, dejando de entender ésta como una carencia de la persona, sino que era el resultado de las interacciones entre la propia persona y su entorno. En definitiva, se produjo un cambio de paradigma basado en que el problema está en la sociedad y no en las limitaciones de la persona por su discapacidad, ya que es la sociedad la que pone las barreras del entorno, tanto físicas como sociales y actitudinales. En la actualidad, desde hace unos años, concretamente desde el año 2005, se empieza a hablar de la diversidad frente a la discapacidad. Este nuevo enfoque plantea que se debe proporcionar dignidad a todas las personas, independientemente de cuál sea su diversidad, puesto que la palabra dignidad significa dar el mismo valor a todas las personas, así como dar los mismos derechos.

En la misma línea que Velarde, encontramos a Urmeneta (2010), que hace referencia también a estos tres modelos de atención a la discapacidad (modelo del destino o prescindencia, modelo médico-rehabilitador y modelo social). Sin embargo, Urmeneta (2010) alude, además, a dos modelos que, según él, no están comúnmente aceptados y son los siguientes:

- **Modelo de las capacidades:** se basa en las teorías de Martha Nussbaum basadas en el enfoque de las capacidades y, quien, desde la filosofía moral, reivindica la justicia social y unos derechos humanos justos. Por lo tanto, el aporte es la visión de la calidad humana (Urmeneta, 2010, pp. 69).
- **Modelo de la diversidad:** modelo teorizado por personas con discapacidad que aún está en desarrollo. Se basa en aceptar la diversidad humana, sin entrar en el binomio capacidad-discapacidad, ya que esto implica una comparación negativa para las personas discapacitadas. Este modelo propone el concepto de diversidad funcional para sustituir al de persona con discapacidad. También reivindica la dignidad de la persona, diferenciando entre dignidad extrínseca (la jurídica) y dignidad intrínseca (la moral). Por lo tanto, sus ejes de intervención se fundamentan en la actuación legislativa-judicial (tomando la Convención Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad

**ASISTENCIA PERSONAL Y DISCAPACIDAD: PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL.**

como referencia) y en la defensa de la dignidad en el terreno de la bioética (Urmeneta, 2010, p. 69-70).

Aguado Díaz (1995), menciona y describe cinco modelos de atención a la discapacidad a lo largo de la historia:

**Tabla nº1: Modelos de atención a la discapacidad.**

<b>MODELOS HISTÓRICOS:</b>	<b>ENFOQUE PASIVO: INMODIFICABILIDAD</b>	<b>ENFOQUE ACTIVO: MODIFICABILIDAD</b>
Modelo Demonológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Causas ajenas/extrañas.</li> <li>- Fruto del pecado/demonio.</li> <li>- Infanticidio/hogueras.</li> <li>- Venta/ mutilaciones.</li> <li>- Resignación/apartamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Causas desconocidas.</li> <li>- Prácticas empíricas.</li> <li>- Cirugía de los huesos.</li> <li>- Técnicas protésicas.</li> <li>- Hospitales/ asilos.</li> </ul>
Modelo Organicista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Causas naturales.</li> <li>- Clasificación/ etiquetado.</li> <li>- Alarma eugenésica.</li> <li>- Beneficencia/ encierro.</li> <li>- Institucionalización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Causas naturales.</li> <li>- Tratamientos médicos.</li> <li>- Sordomudística/ instrucción.</li> <li>- Regeneración de pobres.</li> <li>- Tratamiento moral.</li> </ul>
Modelo Psicologista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Causas psicológicas.</li> <li>- Clasificación/ etiquetado.</li> <li>- Determinismo del CI.</li> <li>- Subnormalidad/ Anormalidad.</li> <li>- Traumas/ regresión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Causas psicológicas.</li> <li>- Tratamientos/ programas.</li> <li>- Movimiento rehabilitador.</li> <li>- Modificación de conductas.</li> <li>- Posibilidad de aprendizaje.</li> </ul>
Modelo Socio-ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Causas socioambientales.</li> <li>- Fases de reacción a la discapacidad.</li> <li>- Integración por Decreto.</li> <li>- Actitudes negativas.</li> <li>- Marginación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Causas socioambientales.</li> <li>- Prevención/ estimulación precoz.</li> <li>- Intervención comunitaria.</li> <li>- Asociacionismo.</li> <li>- Desinstitucionalización.</li> </ul>

## ASISTENCIA PERSONAL Y DISCAPACIDAD: PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

Modelo Bio- psico-social	<ul style="list-style-type: none"><li>- Causas bio-psico-sociales.</li><li>- Pensión, única salida.</li><li>- Centros Especiales de Empleo.</li><li>- Actitudes negativas.</li><li>- Marginación.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Causas bio-psico-sociales.</li><li>- Interacción de factores.</li><li>- Tratamientos multimodales.</li><li>- Rehabilitación profesional.</li><li>- Normalización/ integración.</li></ul>
--------------------------	---	--

Fuente: Elaboración propia a partir de Aguado Díaz (2010), en Historia de las deficiencias (p. 264).

También Padilla Muñoz (2010) sintetiza diferentes modelos de comprensión y atención a la discapacidad:

- 1. Modelo médico-biológico:** Según este modelo la discapacidad es un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos prestados en forma individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está destinado a obtener la cura o una mejor adaptación de la persona o un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera como cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud (OMS, 2001).
- 2. Modelos de discapacidad social:** Para este modelo la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/ entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto, el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales. Lo que en el ámbito de la política (y del derecho) se constituye en un tema de derechos humanos (OMS, 2001).
- 3. Modelo de las minorías colonizadas:** Según el autor, este modelo es similar al anterior, pero “incorpora las luchas por los derechos de las personas con discapacidad” (p. 405). Según este modelo predomina la visión de que la persona con discapacidad es incapaz de hacer nada por sí misma, de que es dependiente y, por lo tanto, no tendría derechos. Al predominar esta visión de las personas con discapacidad, surgen movimientos que promueven la lucha por los derechos del colectivo para evitar la exclusión de este.
- 4. Modelo universal de la discapacidad:** su promotor, Irving Kenneth Zola, plantea que para vencer la marginación que sufren las personas con discapacidad hay que entender la discapacidad como un fenómeno universal. Según Padilla Muñoz (2010):

Este modelo dice que todos los seres humanos tenemos capacidades y falencias. Ningún ser humano posee todas las habilidades que le permitan adaptarse a las diversas demandas que la sociedad y su entorno le plantean. La incapacidad es relativa y requiere ser contextualizada en un ambiente determinado y en un individuo dado. De esta manera, el paso de una capacidad a la discapacidad estaría determinado por el contexto sociopolítico y cultural, en el cual se mueve un individuo con ciertas características psicológicas, físicas y sociales. Este modelo sugiere valorar y aceptar las diferencias de las personas como una forma de estar en el mundo, pues todos estamos en riesgo y ante ello, la sociedad debe dar respuesta. (p. 407).

- 5. Modelo bio-psico-social:** basado en la interacción de la persona con los factores ambientales que le rodean, ya que estos influyen en su funcionamiento. La discapacidad es considerada como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona.

Por tanto, podemos concluir, según el autor que “los modelos descritos anteriormente han evolucionado a lo largo de la historia, desde el ámbito primordialmente médico hasta modelos más integrativos, que incorporan paulatinamente los derechos de las personas con discapacidad e involucran los derechos humanos” (Padilla Muñoz, 2010, pp. 407-408).

Para concluir este epígrafe, debemos enmarcar, en consecuencia, la Asistencia Personal dentro del modelo de atención a la diversidad, ya que este modelo reivindica según Palacios y Romañach (2006):

- Suprimir la capacidad como indicador para el colectivo y sustituirlo por la dignidad. Es decir, el mismo valor para las vidas y, por lo tanto, mismos derechos.
- Exigir el valor de la diversidad humana y la participación en esta diversidad en el colectivo de personas con discapacidad.
- Apoyar un cambio en la terminología: sustituir ‘personas con discapacidad’ por ‘personas con diversidad funcional’ (en Plena Inclusión, 2018, p. 14).

Finalmente, señalar, como dicen Prieto, De la Rosa e Izquieta (2019), que este modelo “reconoce la capacidad y el derecho de toda persona a disfrutar al máximo de su autonomía en el desarrollo de su proyecto de vida” (p. 7).

### **3. APROXIMACIÓN A LA ASISTENCIA PERSONAL.**

Desde la perspectiva de Plena Inclusión (2018), podemos decir que el Servicio de Asistencia Personal responde a los nuevos modelos sociales y de derechos de las personas con discapacidad, haciendo hincapié en los apoyos personalizados necesarios para promover la vida independiente e inclusiva en la comunidad, tal y como se recoge en la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad.

#### **3. 1. Origen, desarrollo e implementación de la Asistencia Personal.**

Antes de explicar y desarrollar la figura del Asistente Personal es necesario realizar algunas reflexiones sobre la Vida Independiente como marco en el que nace esta figura (Plena Inclusión, 2018, p. 8).<sup>2</sup>

Los conceptos ‘**vida independiente**’ y ‘**asistencia personal**’ surgieron a mediados de los años sesenta de la mano de un activista norteamericano llamado Ed Roberts y otras personas con discapacidad.

Roberts, que fue pionero en la lucha por los derechos del colectivo, a los catorce años contrajo una poliomielitis que le dejó el cuerpo paralizado de cuello para abajo, salvo dos dedos de una mano y varios de los pies. Su propia discapacidad fue la que le llevó a luchar, en primer lugar, por el derecho a la accesibilidad. Finalmente, la necesidad de ayudar en un sentido más extenso a la comunidad impulsó el primer programa de servicio en defensa de la vida independiente por y para las personas con discapacidad. De esta manera surgió el **Movimiento de Vida Independiente**.

Dicho movimiento, poco a poco, fue extendiéndose por Europa a partir de los años setenta e instaurándose mediante la Red Europea de Vida Independiente (red de asociaciones de personas con discapacidad que apoyan la filosofía de vida independiente).

Según Plena Inclusión (2018), el Movimiento de Vida Independiente (*Independent Living Movement*) se creó con el objetivo de visibilizar el colectivo y participar en igualdad de derechos en todos los ámbitos sociales de la comunidad, reivindicando su autodeterminación, inclusión, empoderamiento y emancipación (p. 8).

En consecuencia, dicho movimiento surge de las propias personas con discapacidad que exigen su participación en la sociedad, así como también la eliminación del estereotipo de ‘personas asistidas/dependientes’.

En nuestro país, este movimiento surge en el año 2001, gracias al **Foro de Vida Independiente**, el cual, se constituye en una comunidad virtual que ha dado a conocer en España la filosofía mundial de vida independiente. Por tanto, dicho foro promueve

---

2

Para desarrollar este capítulo seguiremos, fundamentalmente, las aportaciones de Plena Inclusión (2018).

espacios de reflexión, movilizaciones, eventos y acciones de visibilización y reivindicación de los derechos de las personas con discapacidad.

A partir del desarrollo del Foro de Vida Independiente surge una red federal de organizaciones (Federación de Vida Independiente), que trabajan por el cambio de políticas y la creación de recursos para que las personas con discapacidad puedan llevar a cabo sus proyectos de Vida Independiente. A través de dicha red se empieza a gestionar la Asistencia Personal como herramienta para apoyar los proyectos de vida independiente de las personas con discapacidad (Plena Inclusión, 2018, p. 16).

Este Foro define la vida independiente como:

Ideología que anima a las personas a acceder al conjunto de recursos humanos, materiales, económicos, sociales y políticos que les permitan obtener y ejercer el control sobre sus vidas, equiparándoles al resto de los ciudadanos. Como corriente de pensamiento se fundamenta en los principios de libertad, justicia, autodeterminación, control, equidad, autoestima y empoderamiento (Plena Inclusión, 2018, p. 16).

En el año 2003, con el desarrollo normativo de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU), se definió por primera vez el concepto de Vida independiente como la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre la propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad. Así mismo, en dicha ley, se definió también por vez primera la asistencia personal como contenido de las medidas de acción positiva.

En el año 2006, ASPAYM (Asociación de personas con lesión medular y otras discapacidades físicas) abrió la primera Oficina de Vida Independiente en Madrid. Y, también en ese mismo año, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia reconoció el derecho a percibir una prestación económica para la contratación de un asistente personal.

La **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas** fue ratificada por España en el año 2008. En dicha Convención se reconoció la Vida Independiente como un derecho fundamental a nivel universal y se insta a los Estados miembros a que generen políticas acordes a este reconocimiento. Por lo tanto, las personas con discapacidad tienen derecho a llevar a cabo su proyecto de Vida Independiente y a recibir los apoyos necesarios para alcanzarlo.

Por consiguiente, para asegurar que la Vida Independiente es un derecho universal para todas las personas, es necesario comprender que las personas con discapacidad, aun siendo un grupo de personas muy heterogéneas, es probable que necesiten apoyos para aquellas cuestiones que tienen que ver con la cotidianidad o con la toma de decisiones de aspectos más relevantes o de mayor importancia en lo referente a su proyecto vital. Por ello, se considera la Asistencia Personal como una herramienta

clave para el ejercicio del derecho a la Vida Independiente de las personas con discapacidad.

“La Vida Independiente es el objetivo y la Asistencia Personal es el medio para hacerlo” (Antonio Centeno, Foro de Vida Independiente).

### **3. 2. Naturaleza de la Asistencia Personal: acercamiento conceptual.**

En este epígrafe vamos a realizar una aproximación conceptual a la Asistencia Personal a través de las siguientes dimensiones: axiológica, metodológica, profesional y laboral.

#### **1. Dimensión axiológica.**

La dimensión axiológica de la Asistencia Personal podemos enmarcarla en base a los siguientes fundamentos principales:

##### **A. La filosofía de Vida Independiente.**

Según Plena Inclusión (2018), los pilares fundamentales en los que se basa la filosofía de Vida Independiente son:

- Toda vida humana tiene un valor.
- Todos, cualquiera que sea su discapacidad, son capaces de realizar elecciones.
- Las personas con discapacidad lo son por la respuesta de la sociedad a su diversidad física, intelectual y sensorial y tienen derecho a ejercer el control de sus vidas.
- Las personas con discapacidad tienen derecho a la plena participación en la sociedad (p.16).

##### **B. El Modelo de Calidad de Vida.**

Según Schalock y Verdugo (2007), la calidad de vida es definida como ‘un estado deseado de bienestar personal que:

- Es multidimensional.
- Tiene propiedades éticas ligadas a la cultura.
- Tiene componentes objetivos y subjetivos.
- Está influenciada por factores personales y ambientales’ (p. 22).

Por otro lado, según estos autores, las dimensiones de calidad de vida que definen el modelo deben ser tenidas en cuenta para la prestación de los apoyos a las personas con discapacidad. Estas dimensiones son:

- a) Bienestar emocional: tiene que ver con sentirse bien, sentirse alegre, no sentir angustia ni estrés continuado, pero también con tener una idea adecuada y

positiva de uno mismo. Para las personas es muy importante sentir satisfacción de lo que hacen y lo que son, sentir que tienen capacidad para ser útil es fundamental. Eso implica tener motivación y ganas de hacer actividades y participar y estar seguro de uno mismo (Plena Inclusión, 2018, p. 18).

- b) Bienestar físico: tiene que ver con estar sano, estar bien atendido cuando se está enfermo, saber cómo cuidarse. También con desarrollar capacidades y tener las ayudas técnicas y los apoyos necesarios para llevar una vida normalizada y desarrollar sus capacidades (Plena Inclusión, 2018, p. 18).
- c) Bienestar material: tiene que ver con tener una economía y condiciones materiales que permitan vivir sin penurias y, además, tener una vida confortable y satisfactoria (Plena Inclusión, 2018, p. 18).
- d) Desarrollo personal: tiene que ver con las competencias personales, habilidades sociales. Con saber adaptarse a las diferentes situaciones y etapas de la vida, con el aprendizaje de nuevas habilidades y competencias (Plena Inclusión, 2018, p. 18).
- e) Relaciones interpersonales: las relaciones interpersonales son importantes porque somos animales sociales. Todas las personas necesitan sentirse queridas, valoradas, necesitan compartir pensamientos y sentimientos con otras personas. Esta dimensión tiene que ver con tener relaciones distintas, como familia, amigos o compañeros y que esas relaciones sean positivas y satisfactorias (Plena Inclusión, 2018, p. 18).
- f) Inclusión social: tiene que ver con participar en la sociedad y en la comunidad sin rechazo ni discriminación de los demás. Tiene que ver con tener la posibilidad de usar espacios de ocio, entornos comunitarios y la posibilidad de hacerlo en las mismas condiciones que las demás personas (Plena Inclusión, 2018, p. 18).
- g) Autodeterminación: es elegir por uno mismo qué es lo importante para cada uno. Significa tener metas, intereses y objetivos. Poder tener ideas y opiniones y ser lo más autónomo posible (Plena Inclusión, 2018, p. 18).
- h) Derechos: tener derechos es fundamental. Tener derechos es el reconocimiento de que eres una persona y mereces respeto (Plena Inclusión, 2018, p. 18).

## 2. Dimensión metodológica.

La Asistencia Personal se enmarca en la metodología de proyectos de vida. Esto quiere decir que la Asistencia Personal es una herramienta cuyo objetivo es apoyar a la persona con discapacidad para que pueda tener una vida independiente. Por lo tanto, los apoyos que presta un asistente personal van a depender del proyecto de vida de cada persona y, por consiguiente, serán siempre **apoyos personalizados** (Plena Inclusión, 2018, p. 14).

## ASISTENCIA PERSONAL Y DISCAPACIDAD: PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

Según este movimiento asociativo la persona con discapacidad tendrá el control acerca de cómo, cuándo y dónde quiere recibir los apoyos que necesita. Por lo tanto, los apoyos del Asistente Personal:

- Se darán donde esté la persona, en sus entornos cotidianos y/o elegidos. No será preciso que la persona acuda a un centro específico para recibir apoyos de su Asistencia Personal, es el Asistente Personal quien se desplaza a donde está la persona.
- Estarán siempre orientados a promover la mayor participación, poder y control por parte de la persona con discapacidad. En ocasiones puede ser necesario interpretar la voluntad e intereses de la persona, especialmente ante limitaciones funcionales de comunicación.
- Se darán de forma ajustada, asegurando que la persona tiene los apoyos justos y necesarios, ni más ni menos (p. 14)

A través de la Asistencia Personal, la persona con discapacidad puede mejorar su participación en cualquier contexto de su vida: laboral, familiar, formativo, de ocio, social y/o privado. Por tanto, los apoyos pueden estar dirigidos a mejorar en múltiples y variadas situaciones (PREDIF, 2015).

En definitiva, los apoyos de la Asistencia Personal deben ser:

- **Flexibles:** deben cambiar si la persona lo necesita.
- **Personalizados:** cada persona necesita un apoyo pensado para ella.
- **Respetuosos:** el apoyo debe respetar las decisiones, los derechos, la seguridad y la dignidad de la persona con discapacidad (Plena Inclusión, 2018, p. 3).

### 3. Dimensión profesional.

Para Plena Inclusión (2018), partimos de que la asistencia personal es un derecho, a través del cual las personas con discapacidad tienen más oportunidades y apoyos, para controlar mejor su vida y vivir con libertad (p. 2).

Por lo tanto, para este movimiento asociativo, la figura del Asistente Personal nace para poder llevar a cabo el proyecto de vida independiente con el apoyo adecuado a las necesidades de cada persona. Se trata de una 'herramienta humana' que va a permitir a las personas con discapacidad desenvolverse socialmente en igualdad de condiciones a través de este apoyo (p. 13).

Desde Plena Inclusión (2018) se exponen aquellas habilidades y competencias que se consideran necesarias, así como unos requisitos mínimos formativos que debería tener un asistente personal (p. 26).

## ASISTENCIA PERSONAL Y DISCAPACIDAD: PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

El perfil del asistente personal puede variar en función de las tareas que va a desarrollar y, por supuesto, en función de la persona concreta a la que asiste. Por ello, no es posible establecer un perfil único, si bien pueden destacarse una serie de habilidades y competencias deseables, como son:

**Tabla Nº 2. Habilidades y competencias del Asistente Personal.**

Respeto	Flexibilidad	Paciencia	Confidencialidad	Amabilidad y cordialidad
Escucha activa	Polivalencia	Autocontrol	Iniciativa	Capacidad de trabajo en equipo
Habilidades sociales y comunicativas	Orientación al cliente y al servicio	Ética y respeto	Activo, pero no directivo	Capacidad de indagación
Empatía y asertividad	Habilidades de resolución de conflictos	Responsabilidad y honradez	Capacidad para estar en un segundo plano	Altas expectativas sobre las capacidades de la persona

Fuente: Elaboración propia a partir de Plena Inclusión (2018), en Asistencia Personal (p. 26).

Desde la perspectiva de Plena Inclusión (2018), con respecto a los requisitos formativos del Asistente Personal no hay una exigencia sobre una formación específica. Desde el punto de vista normativo, la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, tan sólo indica que deberá ser una persona que tenga conocimientos adecuados para el desempeño profesional. En esta línea, se consideró la Cualificación Profesional de Atención Sociosanitaria a personas en el Domicilio como, a priori, la más idónea. A la espera, por tanto, de que se concrete la regulación, han ido surgiendo una serie de iniciativas intermedias, desde las que se están realizando propuestas formativas menos extensas (entre 20 y 80 horas) elaboradas ad hoc por distintas entidades del Tercer Sector (algunas de ellas pertenecientes al movimiento asociativo Plena inclusión), así como por organizaciones privadas. A raíz de estas formaciones, se están conformando bolsas de asistentes personales (p. 27).

#### **4. Dimensión laboral.**

La Asistencia Personal está considerada como una herramienta clave para el ejercicio del derecho a la vida independiente de las personas con discapacidad (Plena Inclusión, 2018). En decir, la asistencia personal es una herramienta para que las personas con discapacidad puedan vivir por su cuenta y de manera independiente.

Por lo tanto, la asistencia personal es un trabajo, las personas que trabajan como asistentes personales dan un servicio.

Según Plena Inclusión (2018), para hablar de Asistencia Personal deben darse las siguientes situaciones:

- Debe existir un vínculo profesional entre la persona que recibe el apoyo y el/la asistente personal.
- La persona con discapacidad siempre va a determinar dónde, cómo y cuándo se van a dar los apoyos.
- La persona con discapacidad es la encargada de elegir quién va a ser su asistente personal.
- El/la asistente personal no debe dar más apoyo del estrictamente necesario (p. 13).

En nuestro país existen diferentes formas de contratación del Servicio de Asistencia personal.

En primer lugar, se puede llevar a cabo **a través del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**, puesto que la Asistencia Personal está contemplada como una prestación económica que facilite la contratación de un asistente personal, durante un número de horas, que promueva la autonomía de las personas en situación de dependencia (en cualquiera de sus grados) en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria y, por tanto, las posibilite su proyecto de vida. Esta prestación discrepa dependiendo de la Comunidad Autónoma de la que hablemos, puesto que cada una de ellas tiene establecidas unas condiciones específicas de acceso. De esta manera puede hacerse mediante dos formas, a través de contratación directa (la prestación económica la recibe directamente la persona con discapacidad para pagar a su asistente) o a través de un Servicio de Vida Independiente (servicio impulsado y gestionado por una entidad social que se encarga de contratar y dar de alta al asistente personal. Su función es la de mediar entre el cliente y el asistente, la persona es quien sigue recibiendo la prestación para pagar el servicio).

La otra opción que nos encontramos es mediante la **contratación privada**, bien de forma directa o bien a través del Servicio de Vida Independiente, sin embargo, en estos casos, la contratación es financiada íntegramente por los clientes.

### **3. 3. Diferencia con otros servicios.**

Para comprender mejor la figura del **asistente personal** debemos diferenciarla y compararla con otras profesiones afines. Esto nos ayudará a entender mejor en qué se parece, pero, sobre todo, en qué se diferencia la asistencia personal de otras figuras profesionales que, en principio, pueden parecer semejantes y nos pueden inducir a errores, como la figura del **cuidador** o la figura del **auxiliar de ayuda a domicilio**.

## ASISTENCIA PERSONAL Y DISCAPACIDAD: PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

Hay un rasgo relevante a destacar de la figura del asistente personal que lo diferencia de otras figuras laborales de atención a personas con discapacidad: el asistente personal es un trabajador que debe posibilitar el empoderamiento de la persona con discapacidad, asumiendo que ésta siempre es la gestora de su recurso (PREDIF, 2015).

Según Plena Inclusión (2018), una fórmula que nos puede ayudar a identificar las principales diferencias entre estas profesiones es la siguiente:

- Identificar el enfoque o paradigma desde el que se ejerce cada una de las profesiones.
- Saber cuál es el control de servicio que posee la persona con discapacidad.
- Reconocer los ámbitos o espacios donde se desarrollan las tareas profesionales (p. 35).

Plena Inclusión (2018) también plantea otro enfoque, el de 'producto-cliente', desde el que podemos diferenciar la figura del asistente personal de las otras dos mencionadas anteriormente. Desde este enfoque se plantea la figura laboral como el 'producto' y el 'cliente' es la persona dependiente. Es decir:

- Si es un cuidador, el 'cliente', por consiguiente, la persona dependiente, podrá estar limpio, aseado o alimentado en función de los horarios y normas que prevalezcan en el centro, en el que convivirá con más personas en su misma situación.
- Si el 'cliente' tiene un auxiliar de ayuda a domicilio, podrá vivir en su domicilio, se le asegura la ayuda para levantarse, pero si necesita salir a la calle o hacer otras cuestiones fuera del domicilio no puede contar con este 'producto' ya que no suele incluir este tipo de servicios.
- Si tiene un asistente personal, el 'cliente' además de levantarse, ir al aseo, alimentarse o acostarse, cuando lo desee podrá decidir cuándo hacer y cuándo no hacer lo que quiera (ir al banco, al cine, de compras, al trabajo, ...), según se organice con su asistente personal (p. 35).

A partir de la noticia de Ana Santiago, publicada en el Norte de Castilla en el 2018, podemos extraer las siguientes diferencias entre las tres figuras profesionales mencionadas anteriormente:

**Tabla N°3: Asistente Personal versus otros profesionales.**

	<b>ASISTENTE PERSONAL</b>	<b>AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO</b>	<b>CUIDADOS RESIDENCIALES</b>
<b>LUGAR</b>	En cualquier parte.	El hogar del interesado, aunque el auxiliar puede hacer las compras.	La residencia, solo sus espacios y actividades.
<b>HORARIO</b>	Flexibilidad de horas y días, con el tope máximo de lo contratado al mes. Si un día no se hace ninguna hora, pueden usarse en otro momento.	Previamente establecido para unas funciones muy concretas. Es el mismo horario todos los días y si esas horas no se hacen, se pierden.	El centro impone horarios de rutina para las comidas o aseos y en tres turnos, están cubiertas las 24 horas del día.
<b>TAREAS</b>	Cualquiera que necesite el beneficiario (desde estar en casa, salir de compras, estudiar, ir a un congreso, viajar, etc).	Las establecidas, y muy pautadas, por el médico y el centro de referencia. Habitualmente son el aseo, la alimentación y la medicación. Si el interesado quisiera viajar sería con familia o amigos.	Principalmente son aseo, alimentación y control de la medicación, aunque se intenta facilitar que pueda hacer fuera de la residencia lo que quiera; pero sin acompañarlos. Si quisiera viajar sería con familia o amigos.
<b>QUIÉN TOMA LAS DECISIONES</b>	El beneficiario. Este es el principal rasgo diferenciador, puesto que, en el caso del asistente	El equipo profesional formado por el médico de cabecera y el	La dirección del centro y el equipo profesional; aunque según la residencia, la

## ASISTENCIA PERSONAL Y DISCAPACIDAD: PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

	personal, es el beneficiario quien dice qué quiere hacer, cómo y cuándo; sólo él manda, y es una relación totalmente laboral-profesional. Además, el beneficiario elige a su asistente entre diferentes candidatos.	trabajador social, contando con la familia y, si está en condiciones, con el propio dependiente. El beneficiario no tiene la opción de escoger al personal que va a su casa.	persona mayor o con discapacidad puede participar en mayor o menor medida. No elige quien lo atiende.
--	---	--	---

Fuente: Elaboración propia a partir de Ana Santiago (2018), en El Norte de Castilla.

En definitiva, según Plena Inclusión (2018) podemos decir que:

La figura laboral del asistente personal supone un cambio de paradigma en el mundo de los cuidados. Un concepto distinto de dar los apoyos necesarios a las personas con discapacidad, garantizando su libertad para tener el control de sus propias vidas (p. 35).

## **4. POLÍTICAS SOCIALES EN LA ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD Y EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA PERSONAL.**

Cuando la discapacidad pasó a ser considerada un problema social los gobiernos empezaron a tomar partido en el asunto y empezaron a tomar crecientes responsabilidades en el asunto. Por consiguiente, en este capítulo vamos a hacer referencia a las políticas sociales con respecto al ámbito de la discapacidad y de la asistencia personal.

### **4. 1. Marco legislativo en el ámbito de la discapacidad.**

Con respecto a la legislación internacional cabe destacar la **Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad**, de 13 de diciembre de 2006, la cual fue ratificada por nuestro país en el año 2007. Posteriormente entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Esta Convención se llevó a cabo con el objetivo de promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad, así como promover el respeto de su dignidad inherente.

A nivel europeo, podemos señalar el **Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea** (en adelante TFUE) y la **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea**.

El TFUE, anteriormente denominado Tratado de Roma (1957), establece en su artículo 10 que la Unión Europea (en adelante UE), en la definición y ejecución de sus políticas y acciones tratará de luchar contra toda discriminación por razón de discapacidad. Además, en su artículo 19, establece que podrá adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivo de discapacidad.

La Carta de los Derechos Fundamentales de la UE, proclamada el 7 de diciembre del año 2000 en Niza, hace referencia a la discapacidad en los artículos 21.1 y 26.

- Artículo 21.1. No discriminación: “Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual”.
- Artículo 26. Integración de las personas discapacitadas: “La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas discapacitadas a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad”.

En nuestro país, debemos hacer referencia, en primer lugar, a la carta magna, la **Constitución Española de 1978**, la cual en su artículo 49 establece que “los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración

de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.

En segundo lugar, debemos mencionar la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia**, ya que supone la creación de un sistema para la autonomía y atención a la dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por parte de la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

El **RDL 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social**, que reconoce a las personas con discapacidad como titulares de una serie de derechos y a los poderes públicos como los garantes del ejercicio real y efectivo de esos derechos. Además, refunde en un único texto las tres leyes básicas en vigor hasta ese momento, en materia de discapacidad:

- La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración social de las personas con discapacidad (LISMI).
- La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU).
- La Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LISIONDAU).

En cuanto al marco legislativo de Castilla y León, cabe señalar la **Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León**, la cual tiene por objeto “promover y garantizar en la Comunidad de Castilla y León el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a un sistema de servicios sociales de carácter universal y hacer efectivo el derecho subjetivo a las prestaciones esenciales del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública en las condiciones y términos específicamente previstos para cada una de ellas”. Y la **Ley 2/2013, de 15 de mayo, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad**, la cual, en su artículo 1, expone que “tiene por objeto garantizar la igualdad de oportunidades y la efectividad de los derechos y libertades fundamentales y deberes de las personas con discapacidad, orientando la actuación de los poderes públicos de Castilla y León en la atención y promoción de su bienestar, calidad de vida, autonomía personal y pleno desarrollo”.

#### **4. 2. Marco legislativo de la Asistencia Personal.**

Respecto al marco legislativo en referencia al ámbito de la Asistencia Personal, a nivel internacional, en primer lugar, cabe hacer alusión a las **Normas Uniformes para la**

**Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad**, aprobada en 1993 por la ONU, la cual, en su artículo 4, señala que “entre las medidas importantes para conseguir la igualdad de oportunidades, los Estados deben proporcionar equipo y recursos auxiliares, *asistencia personal* y servicios de intérprete según las necesidades de las personas con discapacidad”.

Por supuesto, hay que destacar la **Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)**, cuyo artículo 19 establece que “las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo en 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”.

En cuanto a la legislación estatal, en nuestro país, la asistencia personal está muy poco desarrollada desde el punto de vista normativo, además de encontrarnos diferencias significativas entre las distintas comunidades autónomas (Plena Inclusión, 2018, p.55).

No obstante, sí que podemos mencionar la **Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU)**, la cual en su artículo 9 dice que “las medidas de acción positiva podrán consistir en apoyos complementarios y normas, criterios y prácticas más favorables. Los apoyos complementarios podrán ser ayudas económicas, ayudas técnicas, *asistencia personal*, servicios especializados y ayudas y servicios auxiliares para la comunicación. Dichas medidas tendrán naturaleza de mínimos, sin perjuicio de las medidas que puedan establecer las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias”.

Más tarde, la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia**, en su artículo 2, se define la Asistencia Personal como “servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal”. También esta Ley recoge la Asistencia Personal como una prestación de carácter económico a las personas en situación de gran dependencia (grado III) y así lo refleja en su artículo 19: “ La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación”.

Finalmente, a través de la publicación del **Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad**, se reconoce la prestación económica de asistencia personal para la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia en cualquiera de sus grados (artículo 19).

Sobre la legislación en Castilla y León, en cuanto a la Asistencia Personal se refiere, cabe mencionar:

- La **Ley 16/2010, de Servicios Sociales de Castilla y León** que en su artículo 19.2 recoge la asistencia personal como una prestación esencial.
- La **Ley 2/2013, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad**, que menciona la prestación del asistente personal en su artículo 39: “La Junta de Castilla y León facilitará, con criterios de suficiencia económica, el acceso a la prestación de asistencia personal de acuerdo a la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, cuando esa prestación sea la que mejor permita el desarrollo de una vida independiente.
- Y, por último, el **Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León**, en el cual se incluye dentro del Grupo “Apoyo a la Autonomía Personal” la prestación nº22, que es la que hace referencia a la “Prestación económica para la asistencia personal a personas en situación de dependencia”.

### **4. 3. Planes de acción.**

En cuanto a los planes de acción, a nivel europeo, nos encontramos con la **Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad 2021-2030**, que pretende garantizar la plena participación, en igualdad de condiciones con las demás personas, de las personas con discapacidad en la sociedad. Esta Estrategia respalda la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad por parte de la UE y de sus Estados miembros. Por lo tanto, dicha Estrategia se basa en tres pilares fundamentales: los derechos de la Unión Europea, Vida Independiente y autonomía y, por último, la no discriminación e igualdad de oportunidades.

A nivel nacional nos encontramos con el último Plan de Acción de la **Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020**. Sus líneas de acción están enmarcadas en la Convención de la ONU y en la Estrategia Europea sobre discapacidad. Sus principios se basan en la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (2013). Esta estrategia se basa en cinco ejes fundamentales para las personas con discapacidad: igualdad para todas las personas, empleo, educación, accesibilidad y dinamización de la economía.

Por último, en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, se ha establecido el **Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (2016-2020)**, el cual “se basa en el compromiso con las personas con discapacidad en Castilla y León en clave de derechos, de empoderamiento para el desarrollo de proyectos de vida, de apoyos orientados a la calidad de vida y a la participación comunitaria; todo ello, en el marco de un sistema de responsabilidad pública que garantiza la atención, el apoyo y la igualdad de oportunidades a todas las personas”.

#### **4.4. Dispositivos de atención a la discapacidad.**

Principalmente podemos hablar de cuatro tipos diferentes de dispositivos de atención a la discapacidad:

- **Centro de día:** servicio asistencial que proporciona una atención integral a las personas en situación de dependencia durante el período diurno. Los Centros de día tienen como objetivo mantener o mejorar el nivel de autonomía personal de las personas atendidas, pero a la vez, cumplen una doble finalidad al ser una medida de respiro para las familias. Por lo tanto, este tipo de Centros, aparte de proporcionar apoyo a la familia favorecen que las personas puedan seguir en sus domicilios. Fundamentalmente los servicios que ofrecen son: manutención con menús adaptados a las necesidades de cada persona, transporte, atención psicológica (actuaciones de orientación, diagnóstico y tratamiento, dirigidas a potenciar al máximo el uso de sus capacidades psíquicas), atención médica (atención preventiva, diagnóstico y tratamiento), servicio de enfermería y rehabilitación (Sagardoy, J., 2021).
- **Centro ocupacional:** servicio diurno en el que los usuarios son atendidos mediante una atención ocupacional de tipo laboral, como medio para conseguir el ajuste personal y social más adecuado, destinado a mejorar su grado de autonomía. Cabe señalar que no son centros de trabajo, aunque realicen algunas actividades laborales (pueden cobrar pequeñas gratificaciones que son compatibles con cualquier tipo de pensión). Los servicios que ofrece son: ajuste personal y social que procura a la persona con discapacidad una mayor habilitación personal y una mejor adaptación a la vida social, cuidado y seguridad personal, manutención con menús adaptados a las necesidades de cada usuario, transporte, atención psicológica, terapia ocupacional de labores no productivas acorde con las capacidades del usuario, actividades deportivas, de ocio y tiempo libre (Sagardoy, J., 2021).
- **Centro residencial:** servicio, temporal o permanente, cuya finalidad es dar alojamiento, manutención y apoyo personal y social a aquellas personas que por sus características no pueden permanecer en su domicilio y necesitan de unos determinados tratamientos para lograr, hasta donde sea posible, su habilitación para las actividades de la vida diaria, evitando un mayor deterioro. no pueden permanecer en su domicilio (Sagardoy, J., 2021).
- **Viviendas tuteladas:** ofrecen un servicio de atención integral a personas con discapacidad que, a pesar de tener un alto nivel de autonomía, requieren apoyo y supervisión para llevar una vida autónoma e independiente (Sunrise Medical, 2017).

## **5. EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL.**

En este trabajo hemos podido observar las diferentes formas de entender y atender la discapacidad a lo largo de la historia, principalmente en un sentido negativo y peyorativo, considerándose un colectivo de personas enfermas, sin capacidades, dependientes y, por lo tanto, sin derechos.<sup>3</sup>

Para Prieto et al. (2019):

La discapacidad ha sido entendida y atendida en base a dos modelos, que podemos denominar clínico y de apoyo familiar. Ambos se han desarrollado en ámbitos distintos -el de apoyo familiar, en el doméstico y relacional; el clínico, en el formal o institucional- y reflejan diferencias notables (p. 9).

Siguiendo a estos autores, podemos decir que, por un lado, las familias de personas con discapacidad son las que han asumido su cuidado (entendido como una obligación moral) y, de forma complementaria, han sido atendidos por una institución. De esta manera, se ha legitimado una atención fundamentalmente paternalista, en la que las personas con discapacidad “viven una interminable minoría de edad que se convierte en un obstáculo insalvable para el disfrute de la autonomía y libertad que se reconoce a las personas adultas” (Prieto et al., 2019, p. 9). Por otro lado, la perspectiva clínica es meramente asistencialista, considera a las personas con discapacidad incapaces de decidir qué ayudas quieren, cómo, cuándo y quién se las ha de prestar, pues son los profesionales los que observan, valoran, establecen un diagnóstico de necesidades y proponen unos servicios estándar, de efectividad más o menos contrastada, y ajustados a las necesidades diagnosticadas.

Prácticamente, estos modelos han imperado hasta la década de los años sesenta, que en ese momento se creó el Movimiento de Vida Independiente en Estados Unidos, quien promovió la puesta en marcha de un nuevo modelo, denominado Modelo de la diversidad. Según Prieto et al. (2019):

Este modelo, basado en los principios de autodeterminación, atención individualizada e inclusión comunitaria (Martínez, 2003: 135-156), contempla también la incorporación de un nuevo servicio de ayuda, el Servicio de Asistencia Personal, cuya pretensión es posibilitar a las personas con discapacidad una vida activa e independiente (de técnicos y familiares) (p. 10).

Por consiguiente, siguiendo a estos autores:

Las personas con discapacidad pasan de ser beneficiarias resignadas de decisiones que toman otras personas u organizaciones a ser responsables de

---

<sup>3</sup> Para el desarrollo de este apartado seguiremos, fundamentalmente, las aportaciones de Prieto et al. (2019).

## ASISTENCIA PERSONAL Y DISCAPACIDAD: PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

sus propias vidas. Estos rasgos hacen del Servicios de Asistencia Personal un servicio diferente a los que habitualmente se han dirigido a estas personas (ayuda a domicilio clásica, atención residencial, centro de día, apoyo familiar...) (p. 10).

Por eso, según Prieto et al. (2019), podemos decir que la Asistencia Personal:

Supone un cambio radical respecto a la forma de entender y atender la discapacidad, puesto que ahora es el destinatario quien decide el tipo de apoyo, cuándo y cómo lo recibirá y quién se lo prestará, haciendo así efectivo el ejercicio de su autodeterminación (p. 8).

El cambio de paradigma ha supuesto una nueva visión de la discapacidad, ya que se considera que el origen de las dificultades está fuera de la persona, en la sociedad y, en consecuencia, su participación plena en la totalidad de las áreas de la vida en comunidad, el ejercicio legítimo de sus derechos requiere la realización de todas las modificaciones y adaptaciones necesarias en su entorno. La Asistencia Personal es, por tanto, un servicio adaptado y ajustado a la persona beneficiaria, donde él es el experto y decide con quién, cómo y cuándo quiere que sean satisfechas sus necesidades. En definitiva, su promoción puede suponer una extraordinaria oportunidad de mejora en la atención al colectivo.

En 1973, en nuestro país, se celebró la primera Jornada de Asistentes Sociales, en la que se concluyó que los profesionales debían trabajar empezando por el principio de normalización, amparando todas sus intervenciones bajo el mismo.

W. Wolfensberger (1972) define el **principio de normalización** como:

La utilización de medios culturalmente normativos (familiares, técnicas valoradas, instrumentos, métodos, etc.), para permitir que las condiciones de vida de una persona (ingresos, vivienda, servicios de salud, etc.) sean al menos tan buenas como las de un ciudadano medio, y mejorar y apoyar en la mayor medida posible su conducta (habilidades, competencias, etc.), apariencia (vestido, aseo, etc.), experiencias (adaptación, sentimientos, etc.), estatus y reputación (etiquetas, actitudes, etc.).

Por consiguiente, **desde la perspectiva del Trabajo Social** y partiendo del principio de normalización, el papel del trabajador social está en promover estrategias que contribuyan a que las personas con discapacidad tengan los apoyos necesarios para poder desarrollar un proyecto de vida elegido y, en este sentido, la Asistencia Personal emerge como una propuesta valiosa.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), reconoció el derecho a 'vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad' del colectivo. Este hecho llevó a la consideración de la discapacidad desde el concepto de ciudadanía, es decir, al mismo nivel que los derechos de cualquier otra persona.

## **ASISTENCIA PERSONAL Y DISCAPACIDAD: PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL.**

Para fomentar su inclusión como ciudadanos de pleno derecho, los trabajadores sociales debemos trabajar para promover proyectos de calidad de vida, en los que cada persona tenga las oportunidades y los apoyos necesarios para tomar decisiones y ejercer el mayor control posible sobre cómo quiere que sea su vida. En esta línea, por tanto, debemos defender la asistencia personal como un derecho para todas las personas con discapacidad, independientemente del tipo de discapacidad y sus necesidades de apoyo. Así, también es muy importante el papel del trabajador social en la dimensión comunitaria del Servicio de Asistencia Personal, ya que implica una estrecha coordinación con diferentes agentes. Esta coordinación (instituciones, entre personas, servicios, profesionales, etc.) se realiza en función del proyecto personal o de la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la persona beneficiaria, atendiendo a sus capacidades, necesidades, demandas, aficiones, intereses, etc.

## **6. CONSIDERACIONES FINALES.**

El Movimiento de Vida Independiente implica una nueva filosofía en la concepción del colectivo de personas con discapacidad: la Vida Independiente.

Gracias a las Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (2006), dicha filosofía se traduce en el reconocimiento como derecho universal a 'vivir de forma independiente y en comunidad'.

Para hacer efectivo este derecho surge la figura del Asistente Personal, la cual se considera como una herramienta clave para garantizar a las personas con discapacidad su derecho a la vida independiente.

Su finalidad es que el colectivo participe plenamente en la comunidad a lo largo de todo su ciclo vital, con independencia de sus necesidades de apoyo, promoviendo y fomentando su autodeterminación, autonomía personal y toma de decisiones, proporcionando así a estas personas una oportunidad para su empoderamiento e inclusión.

La Asistencia Personal es importante porque es una nueva forma de entender y atender la discapacidad. Su principal rasgo diferenciador es que el beneficiario es quien toma las decisiones, decide qué quiere hacer, cómo y cuándo. Por lo tanto, los apoyos son flexibles y personalizados, en función del proyecto de vida que tengan las personas.

El papel del Trabajo Social en el desarrollo de este nuevo modelo es fundamental ya que implica trabajar para que los derechos de las personas con discapacidad sean reales y efectivos.

## **7. BIBLIOGRAFÍA.**

- Aguado Díez, A.L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Fundación Once: Madrid.
- Arnau Ripollés, S.P. (2008). *Guía práctica de la asistencia personal*. Consejería de Familia y Asuntos Sociales.
- Cáceres Rodríguez, C. (2004). *Sobre el concepto de discapacidad*. Una revisión de las propuestas de la OMS. [enlínea]. *Auditio: Revista electrónica de audiología*. 1 Noviembre 2004, vol. 2(3), pp. 74-77. Disponible en web: <http://www.auditio.com/docs/File/vol2/3/020304.pdf>
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2021). Disponible en web: [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_es.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf)
- Consejería de empleo, turismo y cultura (2013). *Guía para conseguir una prevención de riesgos laborales inclusiva en las organizaciones*. Comunidad de Madrid. Disponible en web: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM010763.pdf>
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311. Disponible en web: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/dof/mul/pdf](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/dof/mul/pdf)
- Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en web: <http://derechoshumanosya.org/convencion-de-naciones-unidas-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-diversidad-funcional-discapacidad/>
- Comisión Europea (2010). *Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras*. Bruselas.
- Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León. Disponible en web: <https://bocyl.jcyl.es/boletines/2014/12/12/pdf/BOCYL-D-12122014-1.pdf>
- De Lorenzo García, R. (2003). *El futuro de las personas con discapacidad en el mundo. Desarrollo humano y discapacidad*. Fundación Once: Madrid.
- Di Nasso P. (2004). *Mirada histórica de la discapacidad*. *Historia*, 4, 4.
- España. *Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Boletín Oficial del Estado, 14 de diciembre de 2006, núm. 299.
- España. *Plan de Acción de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020*. Aprobado por Acuerdo del Consejo de Ministros el 12 de septiembre de 2014.
- España. *Real Decreto Legislativo 1/2013, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social*.

Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2011, núm. 289.

Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad 2021-2030. Disponible en web: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip\\_21\\_810](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip_21_810)

García Alonso, J. V. (2003). *El movimiento de Vida Independiente: experiencias internacionales*. Fundación Luis Vives: Madrid.

Guzmán Castillo, F. (2015). *Evolución de la atención dirigida a las personas en situación de dependencia*, en Pié Balaguer, A. (coord.) (2015). *Deconstruyendo la Dependencia: propuestas para una vida independiente*. UOC: Barcelona.

láñez Domínguez, A. (2009). *Prisioneros del cuerpo. La construcción social de la diversidad funcional*. Diversitas Ediciones: Santiago de Compostela.

Lacasta Reoyo, J.J. (2015). *FEAPS, 50 años de unión por las personas con discapacidad intelectual y por sus familias*. Siglo Cero, vol. 46 (1), n.º 253, 2015, enero-marzo, pp. 41-65.

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Disponible en web: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066&p=20131203&tn=0>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia. Disponible en web: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>

Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León. Disponible en web: <https://bocyl.jcyl.es/html/2010/12/21/html/BOCYL-D-21122010-1.do>

Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con discapacidad. Disponible en web: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/dissres0.htm>

Organización Mundial de la Salud (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF, 22* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO, Madrid).

Organización Mundial de la Salud (2021). Disponible en web: [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)

Organización Mundial de la Salud (2021). Disponible en web: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Mundial de la Salud (2021). Disponible en web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Padilla Muñoz, A. (2010). *“Discapacidad: contexto, concepto y modelos”*, en *International Law* n.º 16, pp. 381-414.

Palacios, A. (2008). *El modelo Social de Discapacidad: orígenes, caracterización y*

*plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Cinca: Madrid.

Palacios, A. y Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* CINCA: Madrid.

Palacios, A. y Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad. La bioética y los derechos humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional.* Ediciones Diversitas: Santiago de Compostela.

Plan de Acción de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020. Disponible en web: <https://www.mscbs.gob.es/ssi/discapacidad/informacion/planAccionEstrategiaEspañolaDiscapacidad.htm>

Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Disponible en web: <https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1284723490602/Programa/1284723436622/Comunicacion>

Plena inclusión Castilla y León (2018). *Propuesta de Servicio de Asistente Personal.* Madrid, España.

Plena inclusión Castilla y León (2018). *Manual de formación del asistente personal.* Plena inclusión: Castilla y León.

PREDIF (2015). *Situación de la Asistencia Personal en España.* Predif: España.

Prieto, J. M. et al. (2019).: *“Asistencia personal y discapacidad intelectual: un servicio para la inclusión social”.* Revista Española de Discapacidad, 7 (II): 7-27.

Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Disponible en web: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-9364>

Rodríguez Díaz, S. (2010). *Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad,* en Cuadernos de Relaciones Laborales, vol. 28, n.º 1, pp.151-172.

Sagardoy Muniesa, J. (2021). Discapacidad: centro de día, ocupacional y residencias. Disponible en web: <https://javiersagardoy.com/informacion-laboral/atencion-a-la-dependencia/centro-de-dia-ocupacional-y-residencias#>

Santiago, A. (2018). ¿En qué se diferencia un asistente personal, un auxiliar de ayuda a domicilio y un cuidador?. El Norte de Castilla: Valladolid. Disponible en web: <https://www.elnortedecastilla.es/castillayleon/diferencia-asistente-personal-20181113075227-nt.html>

Schallock, R.L. y Verdugo, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero, vol. 38 (4). Núm. 224,

pp. 21-36. Disponible en web:  
[https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224\\_articulos2.pdf](https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224_articulos2.pdf)

Sunrise Medical (2017). Viviendas tuteladas: qué son y cómo acceder a ellas. Disponible en web: <https://www.sunrisemedical.es/blog/viviendas-tuteladas>

Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (2021). Disponible en web: <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00047-00199.pdf>

Urmeneta, X. (2010). *Discapacidad y Derechos Humanos*, en Norte de salud mental, vol. VIII, nº 38: 65-74.

Velarde Lizama, V. (2012). *Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico*. Empresa y humanismo, 115-116.

Verdugo, M.A. (2003). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002*. Siglo Cero, 2003, 34 (1), 5-19

Verdugo Alonso, M. A. (2003). *Aportaciones de la definición de retraso mental (AAMR, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad*. Disponible en web: <https://sid.usal.es/idoocs/F8/FDO6569/verdugo.pdf>