



TRABAJO DE FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**“El asistente personal como herramienta para
la vida independiente y la inclusión social en
personas con enfermedad mental”**

Autora:

D^a. MARTA RAMOS RODRÍGUEZ

Tutora:

D^a. MARÍA TERESA DEL ÁLAMO MARTIN

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2020. – 2021.

FECHA DE ENTREGA: 19 de julio de 2021

RESUMEN

El servicio de asistencia personal se está desarrollando y visibilizando en los últimos años, es una herramienta que garantiza el ejercicio de derechos en igualdad de condiciones de las personas con enfermedad mental. La figura del asistente personal ofrece apoyo y acompañamiento en el desarrollo del proyecto de vida personal, en el proceso hacia la vida independiente y en la toma de decisiones.

La asistencia personal mejora la calidad de vida de las personas, a través de la promoción de la autonomía personal, con el objetivo de que las personas con algún problema de salud mental vivan de forma autónoma e independiente, tengan el control de su vida y de sus decisiones, participen en la comunidad y como consecuencia sean incluidos socialmente.

PALABRAS CLAVE

Asistencia personal, enfermedad mental, salud mental, autonomía, empoderamiento, autodeterminación, vida independiente, apoyo, acompañamiento, desarrollo personal.

ABSTRACT

The personal assistance service is something that is being developed and made visible in recent years, it is a tool that guarantees the exercise of rights on equal terms for people with mental illness. The figure of the personal assistant offers support and accompaniment in the development of the personal life project, in the process towards independent living and in decision-making.

Personal assistance improves people's quality of life, through the promotion of personal autonomy, with the aim that people with a mental health problem live autonomously and independently, have control of their lives and decisions, participate in the community and as a result are socially included.

KEYWORDS

Personal assistant, mental illness, mental health, autonomy, empowerment, self-determination, independent life, support, accompaniment, Personal development.

1	Introducción	4
1.1	Justificación.....	4
2	Objetivos	5
3	Metodología	5
3.1	Diseño	5
3.2	Fuentes de información y estrategias de búsqueda.....	5
3.3	Procedimiento.....	6
4	Resultados	7
4.1	Salud Mental: Aspectos Técnicos, Sociales y Legales	7
4.1.1	Marco conceptual.....	10
4.1.2	Marco legal	15
4.1.3	Aspectos sociales de la enfermedad mental.....	21
4.2	Modelos teóricos de la discapacidad.....	22
4.2.1	Modelo médico.....	22
4.2.2	Modelo biopsicosocial	22
4.2.3	Modelo social	23
4.2.4	Modelo de la diversidad	23
4.2.5	Modelo de Calidad de Vida.....	24
4.3	Trabajo social en salud mental	25
4.3.1	Función del trabajo social en personas con enfermedad mental.....	25
4.3.2	La importancia de lo social en la salud mental	26
4.4	Asistente personal	26
4.4.1	Asistencia personal en España y Castilla y León.....	26
4.4.2	Servicio de asistente personal (SAP)	31
4.4.3	La figura del asistente personal.....	33
4.4.4	Tareas, competencias y funciones.....	34
4.5	Percepción de los profesionales sobre la figura del asistente personal	36
5	Conclusiones.....	43
6	Bibliografía	45
6.1	Bibliografía legal.....	49
7	ANEXOS	51

1 Introducción

El propósito de este Trabajo de Fin de Grado es la recopilación de información a través de una revisión bibliográfica documental y la entrevista a profesionales del ámbito de la salud mental que mostrará la importancia de la figura del asistente personal como agente de cambio y herramienta para la inclusión social hacia la vida independiente para las personas con enfermedad mental.

Las personas con enfermedad mental, además, de la estigmatización social sufren otras barreras (Wang, 2006), para superarlas y vivir de forma independiente y normalizada, requieren ser acompañadas en su proceso de vida y desarrollo de su proyecto personal. El asistente personal desempeñará este papel de acompañamiento, según las necesidades de la persona, respetando en todo momento sus decisiones y proyecto de vida personal elegido.

Byrne (2003) concluye que todos los esfuerzos dirigidos a potenciar este aspecto e incluso en muchos casos con una actitud individual proactiva de las personas implicadas en salud mental mejorarían su estado de salud y su calidad de vida.

Históricamente las personas con enfermedad mental han sido institucionalizadas y tratadas desde el modelo clínico, donde la persona no era sujeto sino objeto de la intervención, quedando segregadas, siendo privadas del ejercicio de sus derechos, toma de decisiones y desarrollo de una vida independiente y normalizada. (Fundación Isonomía, 2010).

El Movimiento de Vida Independiente ha propiciado la evolución del modelo social de discapacidad. Se parte del modelo social hacia un modelo de diversidad funcional. Gracias al Movimiento de Vida Independiente surge la asistencia personal. Los nuevos modelos de intervención y el asistente personal han provocado que la persona pase a ser el centro de la intervención, de modo que sea ésta la que tiene el control de su proyecto de vida e intervención.

El trabajo social al igual que la asistencia personal pretende promover la inclusión social y la participación social de las personas con enfermedad mental en la comunidad. La figura del asistente personal adquiere una gran importancia, dado que es quien proporciona ayuda y acompaña a las personas a desarrollar su proyecto de vida de una manera normalizada, potenciando su autonomía personal, autodeterminación, así como la vida independiente, tratando a las personas como seres de derechos y con capacidad de tomar sus propias decisiones y ser conscientes y responsables de sus propios actos.

1.1 **Justificación**

La idea de realizar una revisión bibliográfica para este Trabajo de Fin de Grado surge durante el periodo de prácticas del Grado de Trabajo Social en la Asociación El Puente Salud Mental Valladolid.

Las prácticas en este centro me han permitido aproximarme a la realidad de las personas con enfermedad mental, acompañándolas, así como conocer la relevancia e importancia del papel del asistente personal en la vida diaria de estas personas.

La elección de este tema nace de mi interés por mostrar lo importante que es acompañar y comprender a las personas con enfermedad mental. Mostrar que son

personas con los mismos derechos y obligaciones que las demás. Que son capaces de decidir por ellas mismas, que tienen el mismo derecho a desarrollar su proyecto de vida y que con el apoyo necesario son capaces de hacerlo por ellas mismas, de realizarse personalmente y vivir de forma independiente.

2 Objetivos

General

Analizar la figura del asistente personal, profundizando en la importancia que tiene este servicio para las personas con enfermedad mental.

Específicos

- Señalar la importancia de la dimensión social en salud mental
- Aproximación a la relación entre el trabajo social y la asistencia personal
- Mostrar la evolución de la figura del asistente personal y su importancia
- Describir la función del asistente personal y del servicio de asistencia personal en España y el marco normativo en el que se encuentra
- Aproximarse al concepto y contexto de las personas con enfermedad mental.
- Aproximación al marco legal de la asistencia personal y de las personas con discapacidad y/o enfermedad mental.
- Analizar la percepción que dos asistentes personales y una técnica media de tutela que trabajan con personas con problemas de salud mental, tienen sobre la función, papel e impacto del asistente personal en el ámbito de la salud mental.

3 Metodología

3.1 Diseño

El trabajo de fin de grado es una revisión bibliográfica sobre documentos revistas e investigaciones científicas, libros... que abordan temáticas como: la asistencia personal en personas con enfermedad mental y la importancia de la figura del asistente personal para la inclusión social, la promoción de la autonomía personal, así como la autodeterminación y la vida independiente de estas personas.

Además, se complementa con un trabajo empírico de carácter cualitativo en el que se han realizado tres entrevistas semiestructuradas, a dos asistentes personales en el ámbito de la salud mental de dos entidades distintas, El Puente Salud Mental Valladolid y Fundación INTRAS, la tercera persona entrevistada es técnica media en la Fundación Acción Social y tutela Castilla y León.

3.2 Fuentes de información y estrategias de búsqueda

Para la realización de la revisión sistemática ha sido necesaria la búsqueda en distintas bases de datos científicas, entre ellas Dialnet, Google Scholar y Red SciELO.

También se han realizado búsquedas en páginas web de organismos públicos tanto a nivel europeo, estatal como autonómico: Organización Mundial de la Salud, Red Europea de Vida Independiente, Boletín Oficial del Estado, Confederación Salud Mental España, Ministerio de Sanidad, Boletín Oficial de Castilla y León y la Junta de Castilla y León.

3.3 Procedimiento

Se utilizaron palabras clave como: “asistente personal”, “inclusión social”, “enfermedad mental”, “salud mental”, “asistencia personal”, “trabajo social”, “empoderamiento”, “igualdad de oportunidades”, “promoción”, “prevención”, “autonomía”, “vida independiente”, entre otras, en dos idiomas tanto español como en inglés, así como la combinación entre los distintos términos.

Primero se realizó una revisión bibliográfica de fuentes secundarias que abordara la temática de la asistencia personal, para fundamentar y conseguir un acercamiento al tema. Tras una primera lectura de documentos, fueron seleccionados los artículos más relevantes, conforme a los objetivos planteados.

Los criterios de inclusión para seleccionar los artículos fueron:

- Estudios científicos publicados en bases de datos oficiales.
- Documentación en diferentes idiomas (castellano e inglés)
- Artículos relacionados con la asistencia personal en el ámbito de la salud mental en concreto con las personas con enfermedad mental.
- Investigaciones empíricas publicadas en bases de datos oficiales.
- Normativa estatal española y autonómica de Castilla y León.

Tras realizar un acercamiento y base teórica sobre la asistencia personal en personas con enfermedad mental, se planteó realizar un estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas, de las cuales se obtendría información gracias a tres profesionales del ámbito de la salud mental.

Para ello se elaboró un guion en torno a cuatro bloques temáticos:

Bloque 1. Impacto del servicio de asistencia personal en la calidad de vida

Bloque 2. El Servicio de Asistencia Personal

Bloque 3. Relación profesional

Bloque 4. Incapacitación

Bloque 5. Realidad de la Asistencia Personal en Valladolid

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas las respuestas. Tras la primera lectura general de las transcripciones, se agruparon los contenidos de las entrevistas en función de los bloques temáticos previamente establecidos.

4 Resultados

En este apartado se presentan los resultados. Los primeros serán los obtenidos de la revisión bibliográfica y a continuación los de las entrevistas a profesionales.

4.1 Salud Mental: Aspectos técnicos, sociales y legales

Evolución histórica del concepto

Siguiendo el libro “El Trabajo Social Sanitario en Salud Mental” (Juan, 2014), a lo largo de la historia de las civilizaciones ha existido preocupación por la conducta anormal. Se han buscado diferentes justificaciones para la enfermedad mental. En culturas más primitivas, se explicaba por la acción de fuerzas y poderes sobrenaturales o divinos. También la posesión demoniaca ha tenido un papel importante en la explicación de la locura. Con esta concepción, se delegaba el tratamiento de las enfermedades mentales en los chamanes, hechiceros o sacerdotes.

En el antiguo Egipto, existían templos dedicados al cuidado de enfermos con actividades ligadas al placer, la paz espiritual, con música, danza, pintura... Se hablaba de trastornos emocionales, que más tarde los griegos denominaron histeria. Se utilizaban los sueños para entender las enfermedades y su curación.

En esta época, en Grecia, Hipócrates calificó los trastornos mentales como las enfermedades físicas, considerando que ambas obedecen a alguna alteración anatómica o fisiológica. Hipócrates aporta la primera calificación de los trastornos mentales, dividiéndolos en: manía, melancolía y frenitis (cuadro psicótico agudo).

Los Mayas distinguían entre locura, melancolía, delirio, alucinaciones y el frenesí.

En la India, se consideraba que la enfermedad mental tenía un origen sobrenatural y demoniaco.

Con la llegada del Imperio Romano, adquieren más relevancia las ciencias sociales y el derecho, sobre las ciencias naturales, pero comienza a reconocerse que el estado natural de una persona acusada de un delito, puede ser un atenuante de la pena. Aristóteles y Platón consideraban que los problemas mentales eran en parte orgánicos. Areteo fue el primero en hablar de personalidades pre-psicopáticas.

Durante el periodo medieval y renacentista, se entiende la enfermedad mental como posesiones demoniacas, supersticiones, intolerancia y misticismo. La psiquiatría y la psicología son tratadas por el clero como algo sobrenatural, apareciendo la locura como una manifestación del pecado. En el siglo XV se persigue “la brujería”, considerada como un acto de anormalidad conductual y transgresión de códigos sociales de comportamiento, castigándose con la tortura y la hoguera “para liberar el alma”.

Es ya en el siglo XVI cuando se inicia la primera revolución psiquiátrica. El primer hospital psiquiátrico del mundo se inaugura en Valencia en 1409. Este modelo de hospital se reproduce en Zaragoza (1425), Sevilla (1435) y Valladolid (1436).

Durante los siglos XVII y XVIII se desarrolla el interés por la medicina psiquiátrica, aunque los pacientes psiquiátricos siguen sufriendo tratamientos humillantes y vejatorios, siendo tratados como marginados.

Philippe Pinel (1745 -1826) publica su “Tratado de la Insania”, que introduce un cambio en el concepto de enfermedad mental y su tratamiento. Explica su origen por la herencia y las influencias ambientales.

A finales del siglo XVIII se producen cambios políticos y económicos marcados por la tendencia liberal y democrática, lo que repercute en el tratamiento a los enfermos mentales. El trato se vuelve más digno, y se les empieza a tratar como enfermos, desde una actitud de respeto y no de castigo.

A principios del siglo XIX se encuentran en auge las teorías biologicistas, aunque a mediados de siglo, se produce una nueva revolución psiquiátrica, con Kraepelin y Freud, estableciéndose la investigación clínica. A final de siglo aparece el psicoanálisis.

La psiquiatría contemporánea del siglo XX avanza en las áreas de estudio, modelos y técnicas, así como en las ciencias médicas de la salud mental: aparición de la psicofarmacología, diferentes psicoterapias, diferentes tipos y clasificaciones internacionales. Se reforman los equipos de atención, incorporando psicólogos, neurólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales. Estos avances, mejoran el tratamiento y la atención a pacientes de salud mental. Aparece el tratamiento ambulatorio y se potencia la inserción social en el entorno, frente a la institucionalización de los pacientes que existía previamente.

Se puede concluir que la forma de concebir la enfermedad mental repercute directamente en el tratamiento social y sanitario de las personas que las padecen, por lo que es importante saber cómo definimos la salud mental y la enfermedad mental en la actualidad.

Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) define la salud como:

“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.”

Esta definición concluye que la salud mental tiene una esfera multidimensional donde interactúan factores biológicos, sociales, políticos, ambientales y económicos, que condicionan directamente el desarrollo de las capacidades, habilidades y potencialidades de las personas (Macaya et al., 2018).

Así mismo la OMS también define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Por lo que la salud mental es esencial para el bienestar y funcionamiento de la comunidad y del individuo. (OMS, 2004).

Barg (2006) considera que la salud mental de las personas está relacionada con sus condiciones y estilo de vida. Cada persona según su situación personal tiene unos medios u otros para desarrollarse personalmente tanto a nivel afectivo, emocional, intelectual, social y laboral, es decir que dependiendo de las condiciones y situación en la que viva una persona puede tener unas herramientas o no que le permitan desarrollarse tanto a nivel personal como social.

Según el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2020 de la OMS que declara “que la salud mental es un elemento esencial para el bienestar de todas las personas”.

Enfermedad Mental

Según la OMS (2019) la enfermedad de tipo mental es aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones.

Actualmente se utilizan dos grandes clasificaciones de las enfermedades mentales:

- ✚ CIE-11, establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) [CIE-11 \(who.int\)](http://who.int)
- ✚ DSM-V-TR, publicada por la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA), 2013.

Así se entiende por población enferma mental crónica, aquella que incluye a:

«Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro- orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos» (Goldman y cols., 1981).

Es importante conocer que las nuevas corrientes de la promoción de la salud, siguiendo la definición biopsicosocial de la OMS, trabajan con esas tres esferas para mejorar la salud de las personas.



Fuente: Dahigren & Whitehead (1993)

Actualmente, para trabajar en la prevención y promoción de la salud se utilizan los determinantes de salud. Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

4.1.1 Marco conceptual

Además de señalar algunas cuestiones generales sobre la salud mental, vistas en el apartado anterior, se considera imprescindible para comprender la asistencia personal y su contexto, exponer un glosario de términos y conceptos clave que sirven de base para fundamentar este trabajo. Todos estos términos se irán mencionando a lo largo del trabajo por lo que es necesaria una aproximación conceptual previa.

Autonomía

La autonomía personal como capacidad, es la habilidad que tienen las personas para decidir sobre su vida y ser responsables de sus propias decisiones. La autonomía como derecho, significa que todas las personas, sin importar sus capacidades, tienen el derecho a tener un proyecto de vida y a desarrollarlo, así como tener el control de este en la medida que sea posible (López, 2010).

Según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia la autonomía personal consiste en que las personas sean capaces de controlar su vida, afrontar y tomar decisiones propias, sobre cómo quieren vivir, según sus gustos, preferencias y deseos, así como desarrollar por ellos mismos las actividades básicas de la vida diaria.

Autodeterminación

La autodeterminación tiene mucho que ver con la autonomía, esta significa la capacidad que tienen las personas para decidir sobre su vida y ejercer el control de esta (FEAFES, 2020).

Wehmeyer (2006) define la autodeterminación como las actividades y habilidades que una persona necesita para actuar, elegir y tomar decisiones por ella misma, repercutiendo en su calidad de vida, sin influencias externas innecesarias.

Una acción es autodeterminada cuando la persona actúa de una forma autónoma (autonomía), las conductas son autorreguladas (autorregulación), la persona actúa de una manera que ejerce el control de su vida, de sus actos y decisiones (control y eficacia) y actúa con conciencia clara de sí mismo (autoconocimiento). (Wehmeyer et. Al, 2006).

Participación social activa

Cuando hablamos de participación activa en la comunidad hablamos de la participación de la sociedad en el proceso y desarrollo de la comunidad.

La participación activa se manifiesta a través del ejercicio individual de derechos, el apoyo social informal, el voluntariado, movimientos sociales, asociacionismo, redes informales solidarias o participación planificada de la administración pública. (Lillo & Roselló, 2010)

Sanabria (2001), la participación social es un proceso social, donde los grupos, organizaciones, instituciones y en general todos los actores sociales que incluye la comunidad, son participes e intervienen en las necesidades y problemas de la comunidad y juntos elaboran herramientas de cambio y buscan soluciones a las necesidades y demandas de la comunidad.

Empoderamiento

Según Zimmerman (2000) el concepto de empoderamiento podemos comprenderlo a través de cuatro componentes:

- Como valor analiza las influencias de contexto y no culpabiliza si no que se centra en las potencialidades y aspectos positivos de las personas, donde el profesional acompaña y proporciona las herramientas necesarias para el cambio y la comunidad es el centro de la intervención participando activamente en su proceso de cambio y desarrollo.
- Como proceso Zimmerman (2000) y Rappaport (1988) concuerdan en que es *“un constructo que relaciona fortalezas individuales y capacidades, sistemas naturales de ayuda y conductas proactivas con asuntos del cambio social y de política social.”*

Para Zimmerman (2000) el proceso de empoderamiento implica que una persona realiza acciones y percibe resultados a nivel emocional, el sentimiento de tener el control de su vida.

Montero (2003) cambia el concepto por fortalecimiento y lo entiende como un proceso donde las personas que constituyen una comunidad, desarrollan su vida y sus capacidades, construyendo herramientas y recursos por ellos mismos, con el fin de mejorar su entorno y mejorar su desarrollo personal, cubriendo sus necesidades, ya que ellos mismos son quienes mejor saben lo que necesitan.

- El tercer componente sería como proceso en un contexto, Zimmerman (2000) plantea que las acciones, actividades o estructuras pueden ser empoderadoras.

Por último, el empoderamiento como proceso en un contexto en diferentes niveles del agregado social, el empoderamiento puede partir a nivel individual (solos o en grupos), a nivel organizacional y a nivel comunitario. A nivel individual está el componente intrapersonal, por lo que es un aspecto cognitivo donde vemos como las personas usan sus propios recursos y capacidades para influir en su contexto, también está el componente de comportamiento que indica las acciones que realizan la personas para ejercer el control de sus vidas participando en las organizaciones o en las actividades de la comunidad. El nivel organizacional y comunitario se refiere a las organizaciones que existen en la comunidad como asociaciones, iglesias, vecinos... las cuales ofrecen herramientas y dan un sentido a la comunidad. (Zimmerman, 2000).

Desinstitucionalización

La desinstitucionalización psiquiátrica nace a través de los movimientos de liberación de minorías y mujeres a mediados del siglo XX. Las personas con enfermedad son una de las minorías que se veía excluida tanto de la sociedad como del ejercicio de derechos.

Dos países fueron los pioneros en ejercer la desinstitucionalización. El primero de ellos fue Estados Unidos donde este cambio fue meramente económico, su finalidad fue ahorrar gastos sin sustituir estos centros por otros, por lo que las personas con enfermedad mental acabaron en la calle o en prisiones perpetuando la exclusión social y la segregación. A pesar de este retroceso, en Estados Unidos sí que se han generado avances como la *Community Mental Health Act* de Kennedy (1963) que propulsó la psiquiatría comunitaria; el segundo país fue Italia, el proceso de desinstitucionalización fue un ejemplo a seguir ya que se centraba en la salud mental comunitaria, y al contrario que Estados Unidos sí que creó nuevos servicios en sustitución por los centros hospitalarios, buscaban la emancipación de las personas con enfermedad mental así como la defensa de sus derechos. (Hernández, 2017).

El cambio de intervención con las personas con enfermedad mental implica necesariamente deshacerse de la idea de la institucionalización. Conlleva, un proceso de desinstitucionalización que promueva la inclusión social, la participación en la comunidad, la autodeterminación y la autonomía personal, dejando a un lado la segregación y el aislamiento y buscando la vida independiente de las personas con enfermedad mental.

Además de que las personas con enfermedad mental deban ser consideradas ciudadanas de pleno derecho y que desarrollen su proyecto de vida de una forma independiente, con los apoyos y herramientas necesarias, para que estas sean lo más autónomas posibles y tomen el control de su vida.

Movimiento de Vida Independiente

El movimiento de vida independiente nace en los años 60 en Estados Unidos promovido por Ed Roberts, con la intención de buscar y ofrecer soluciones a las personas con discapacidad y reclamar sus derechos. El concepto de vida independiente implica el control sobre la propia vida.

Según la Red Europea de Vida Independiente (2012), la vida independiente implica factores ambientales e individuales para que las personas con diversidad funcional

tomen el control de su vida, como, donde y con quien vivir. El entorno debe de ser apropiado, que promueva la igualdad de oportunidades y que todos los servicios sean accesibles para todas las personas.

En España el movimiento de vida independiente nace en 2001, a través del Foro de Vida Independiente y Divertad. Dicho movimiento promovía espacios de reflexión, eventos... que reivindicaban y visibilizaban el movimiento de vida independiente.

Según la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad, la vida independiente significa que las personas con diversidad funcional son las que ejercen el control de sus vidas y deciden por ellas mismas, participando activamente en su comunidad.

El Foro de Vida Independiente (2017) considera que la vida independiente es la ideología que promueve que las personas accedan a todo tipo de recursos (humanos, materiales, económicos...) para que estas puedan tener el control de sus vidas en igualdad de oportunidades. *“Como corriente de pensamiento se fundamenta en los principios de libertad, justicia, autodeterminación, control, equidad, autoestima y empoderamiento”.*

Según la Red Europea de Vida Independiente las políticas de discapacidad deben partir de los derechos humanos, donde todos los servicios sean accesibles y flexibles, en condiciones de igualdad, los principios clave son la elección, control de los actos y decisiones propios, la libertad, igualdad y autodeterminación. El objetivo es mejorar y cambiar la situación de las personas con diversidad funcional, buscando su empoderamiento, autonomía y el ejercicio de sus derechos. Las personas con diversidad funcional se ven limitadas por la estructura y entorno social y físico en el que viven, la estigmatización, las desigualdades... El Movimiento de Vida Independiente es un modelo social que busca que el entorno tenga las ayudas y herramientas necesarias, así como redes sociales y de apoyo fuertes para un mejor desarrollo personal.

Plena Inclusión (2018) plantea dos perspectivas para el concepto de Vida Independiente:

- Como derecho a tener las mismas oportunidades y apoyos para desarrollar el proyecto de vida de cada persona
- Como manera de vivir, donde las personas ejercen el control de su vida y de desarrollan y realizan personalmente según sus propios valores, criterios, preferencias, gustos... con los apoyos que ellos mismos deciden.

“La Vida Independiente es un derecho que no exige determinadas capacidades ni niveles de Funcionalidad, si no que proporciona la garantía de poder determinar la propia vida en igualdad de condiciones.” (Plena Inclusión, 2018).

La vida independiente implica vivir en igualdad de oportunidades, ejerciendo los derechos y obligaciones, la libre elección y toma de decisiones, así como la igualdad de acceso a los servicios. Por último, la vida independiente trata de dar la oportunidad a todas las personas de tomar sus propias decisiones sobre su vida promoviendo su máxima autonomía personal independientemente del tipo y grado de discapacidad.

Atención centrada en la persona

Del Álamo-Martin y González Polo (2020) concluyen que la evolución del concepto de discapacidad desde el enfoque de los derechos ha llevado a revisar los modelos de asistencia tradicionales en el ámbito de la salud, de los servicios sociales o del empleo, para incorporar en los últimos años los modelos de atención centrada en la persona.

Morgan y Yoder (2012) definen la atención centrada en la persona como un enfoque holístico en la atención desde el respeto y la individualización, permitiendo la negociación en la atención, ofreciendo elegir en la relación terapéutica y empoderando a las personas para que se impliquen en las decisiones relacionadas con su atención.

Schalock (2007) afirma que para mejorar la calidad de vida de las personas es necesario dar apoyos individuales según las necesidades y demandas de las personas, por ello la intervención se debe de adaptar a la persona, ya que cada una vive de una manera diferente su situación por mucho que se puedan parecer.

El manual de la Escala de Intensidad de Apoyos (SIS) (Thompson et al., 2004), sirve para planificar la intervención con los usuarios ayudando a determinar las necesidades de apoyo que estas presentan, adoptando un plan de apoyo personalizado e individualizado de la persona teniendo en cuenta las vivencias y experiencias de la persona, así como, sus gustos, preferencias, deseos...

La escala SIS se compone por tres secciones, la primera se compone de seis subsecciones: vida en el hogar, en la comunidad, formación, empleo, salud y seguridad y por último actividades sociales. La sección dos se conforma por elementos relacionados con la protección y defensa de los derechos. Por último, la tercera sección se trata de las necesidades de apoyo conductuales y médicos. Gracias a esta escala se puede identificar las necesidades de apoyo que requiere la persona, tanto frecuencia como tiempo de apoyo diario, y a raíz de determinar las necesidades se crea el plan de apoyos personalizado donde se concretan esos apoyos y herramientas necesarias. Las dimensiones de la calidad de vida citadas anteriormente están conectadas directamente con las áreas de evaluación de la escala SIS.

Tabla 3: La conexión entre las dimensiones de la calidad de vida con las áreas de evaluación de la escala SIS

• Dimensión de calidad de vida	Áreas de evaluación de SIS
• Desarrollo personal	Salud y seguridad, protección y defensa Necesidades de apoyo conductual excepcionales
• Autodeterminación	Protección y defensa
• Relaciones interpersonales	Actividades sociales
• Inclusión social	Actividades de vida en comunidad, actividades sociales
• Derechos	Protección y defensa, salud y seguridad
• Bienestar emocional	Salud y seguridad, protección y defensa Necesidades de apoyo conductual y médico
• Bienestar físico	Salud y seguridad, necesidades de apoyo médico excepcionales
• Bienestar material	Actividades de empleo

Fuente: Van Loon (2009)

4.1.2 Marco legal

En este apartado se muestra el marco normativo y jurídico que regulan el desarrollo de la figura del asistente personal y sus funciones. La asistencia personal es una herramienta para que las personas con discapacidad y/o problemas de salud mental sean ciudadanos de pleno derecho, ejerzan sus derechos en igualdad de oportunidades y desarrollen su proyecto de vida.

Nivel internacional

La importancia del desarrollo de los derechos humanos en el ámbito internacional es muy importante y necesario para el reconocimiento de derechos de las personas con enfermedad mental que influyen directamente en el desarrollo de estos en los ámbitos estatales y autonómicos.

Entre las leyes, tratados y convenciones a destacar encontramos:

- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea
- Corte Europea y Corte Interamericana de Derechos Humanos.
- Declaración Universal de Derechos Humanos
- Pactos Internacionales o la Carta de las Naciones Unidas de Derechos Humanos
- Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos
- Convenciones Internacionales sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación racial, contra la mujer...

- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). Esta es la más importante en cuanto se refiere a la asistencia personal, es un tratado internacional ratificado por España en 2008, por lo que España en 2011 aprobó la ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Se hace referencia a la asistencia personal a través de la Vida Independiente en el artículo 19 “Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad”. En este artículo encontramos la figura del asistente personal como una herramienta de cambio y de oportunidad para que las personas con diversidad funcional puedan tener una vida independiente con la máxima autonomía posible, además reconoce que las personas con discapacidad decidan dónde y con quien vivir, acceso a servicios sociales específicos elegidos por la persona (como el asistente personal), así como el derecho a la autodeterminación, la toma de decisiones y su participación activa en la comunidad y sociedad. Esta convención ha sido muy importante para la legislación del asistente personal en España y darle la importancia que tiene.

Nivel Nacional: España

- Constitución Española de 1978. En el artículo 9.2. se menciona que los poderes públicos deben de facilitar la participación social en todos sus ámbitos, eliminar las barreras y promover la libertad e igualdad de las personas. En el artículo 10 se habla de que la dignidad de la persona, el libre desarrollo de la personalidad y el respeto a los derechos son derechos fundamentales. En los artículos 49 y 50 se menciona la atención a las personas con discapacidad y personas mayores, concretamente expresan que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), estableció el subsidio de ayuda a tercera persona.
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad reconoce el papel del trabajador social en la intervención con personas con enfermedad mental, con la finalidad de promover y mejorar la salud mental. En el Capítulo III de la salud mental art.20 busca la plena integración de las personas con enfermedad mental en el sistema sanitario general a través de la prevención, atención integral y rehabilitación.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU). Esta es la primera ley en España en la que aparece la figura del asistente personal, en los artículos 2 y 9. En el artículo 2 que menciona los principios en los que se basa, entre estos se encuentra “la Vida Independiente” y se entiende por “la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad”. En el artículo 9 se menciona

concretamente el apoyo y servicio de la asistencia personal como medida de acción positiva para hacer efectiva la vida independiente, mencionada en el artículo 2.

- La Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, amplía más el marco regulador de la figura del asistente personal que la anterior ley, en los artículos 2.7, 14 y 19.

Esta ley permite que toda persona en situación de dependencia pueda acceder al Servicio de Asistencia Personal.

En el artículo 2.7 se especifica que la asistencia personal es un “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”.

En el capítulo II, Prestaciones y Catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, encontramos el artículo 14.1 “Prestaciones de atención a la dependencia” que dice que estas *“podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria”*. En el artículo 14.5 *las personas en situación de dependencia podrán recibir una prestación económica de asistencia personal en términos del artículo 19*.

Para finalizar el artículo 19 “Prestación económica de asistencia personal”, “tiene como finalidad promover la autonomía personal de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados. Su objetivo es contribuir a la contratación del asistente 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 de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación”.

En el Capítulo III, artículo 26 define y clasifica las situaciones de dependencia en diferentes grados:

- Grado I: Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II: Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente

de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

- Grado III: Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.
- Real Decreto Legislativo 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 recoge los derechos de las personas con discapacidad.

Nivel autonómico: Castilla y León

- Orden FAM/824/2007, de 30 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.
- Orden FAM/644/2012, de 30 de julio, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales. Actualmente está derogada.
- La Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León busca el pleno desarrollo personal y el bienestar social, cubrir necesidades sociales y desarrollar las potencialidades de las personas, promover y garantizar el derecho al acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad, garantizar una atención integral y de calidad, así como la promoción, prevención y protección de la salud y el bienestar social de las personas.
- Orden FAM/1133/2012, de 27 de diciembre y la Orden FAM/92/2014, de 12 de febrero que modifican la Orden FAM/644/2012, de 30 de julio, para adaptarse al Real Decreto 1051/2013 de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia establecidas en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y ajustar el cálculo de las prestaciones económicas.
- Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el catálogo de servicios sociales de Castilla y León.
- Orden FAM/3/2015, de 7 de enero y Orden FAM/298/2015, de 10 de abril. Que flexibilizan la prestación vinculada para utilizarla en diferentes servicios, de forma simultánea o sucesiva, en función de las necesidades de cada persona y los cambios de estas.

- Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.

Marco legal de incapacitación

Dos figuras jurídicas históricamente vinculadas con los problemas de salud mental son la incapacitación y el internamiento involuntario.

Hasta ahora el proceso de incapacitación tenía como único objeto revisar la capacidad que jurídicamente tenemos todos, para conocer si es necesario o no establecer medidas de protección. La incapacitación de personas con problemas de salud mental y/o discapacidad física o psíquica que tienen problemas para autogobernarse, tiene como finalidad proteger los intereses y derechos de estas personas tanto a nivel personal como patrimonial. La guarda y protección de la persona y/o los bienes se realiza mediante, tutela, curatela o defensor judicial. Por último, si la situación que llevo a la persona a la incapacitación cambia, podrán pedir una revisión los familiares o los tutores legales.

Hay que tener en cuenta que independientemente de la gravedad de la enfermedad o discapacidad, no hay ninguna limitación en la capacidad de obrar de la persona sin que exista una sentencia judicial.

Así se señala en las siguientes disposiciones del Código Civil:

- Artículo 199: Nadie puede ser incapacitado sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley.
- Artículo 200: Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

Los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico aparecen en el artículo 763 de la *Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil*:

El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

El artículo 211 del código civil regula los internamientos de las personas con problemas de salud mental, los internamientos no voluntarios pueden ser “ordinarios” o de “urgencia”, en ambos se actúa contra su voluntad y se le restringe de su libertad, pero para llevar a cabo el ingreso involuntario es necesario una autorización judicial que lo declare.

Con la entrada en vigor de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, se obliga a los estados partes a llevar a cabo las medidas necesarias para dar a las personas con discapacidad acceso al apoyo que necesiten, el objetivo es promover, proteger y asegurar el disfrute y el ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales y el respeto a la dignidad. Por otro lado, los estados partes deben proporcionar salvaguardas adecuados y efectivos que respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de las personas.

Esta ley supone un cambio de un sistema donde predominaba la sustitución en la toma de decisiones que afecta a las personas con discapacidad, por otro sistema que se basa en el respeto a la voluntad y las preferencias de las personas, estas serán las que tomarán sus propias decisiones.

La nueva legislación se fundamenta con el artículo 10 de la Constitución Española, respetando la dignidad, tanto en la tutela de sus derechos fundamentales, en la libre voluntad de las personas con discapacidad como en los principios de necesidad y proporcionalidad de las medidas de apoyo que, en su caso, pueda necesitar esa persona para el ejercicio de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás.

Es importante destacar que esta nueva ley no solo atiende a los asuntos de naturaleza patrimonial si no que incide en los aspectos personales, como las decisiones de su vida diaria, esto significa que las personas con discapacidad son titulares del derecho a la toma de sus propias decisiones.

Se eliminan del ámbito de la discapacidad no sólo la tutela, sino también la patria potestad prorrogada y la patria potestad rehabilitada, figuras demasiado rígidas y poco adaptadas al sistema de promoción de la autonomía de las personas adultas con discapacidad que ahora se propone.

A través de la entrevista realizada a la técnica media de Fundación Acción Social y Tutela Castilla y León en relación con la nueva Ley 8/2021, vemos la realidad y visión de una profesional lo trabaja:

“Un número significativo de las personas que padecen problemas de salud mental se encuentran incapacitadas legalmente, la nueva reforma del código civil pretende ser más garantista con los derechos de las personas declaradas incapaces (...) Por lo tanto, la reforma del código civil va a ser más garantista y va a poner el foco de atención en la necesidad de apoyos concreta, pero las personas van a seguir siendo declaradas incapaces; en vez de declarar a la persona incapaz y nombrar tutelas, se nombrarán curatelas. Una de las cosas buenas de esta nueva ley es que va a ser más revisionista, en la actualidad las personas declaradas incapaces, a no ser que lo promueva un familiar u otra persona, se quedan declaradas incapaces de por vida, la reforma contempla en un plazo máximo de tres años las medidas de apoyo adoptadas serán revisadas,

además la persona debe ser escuchada para que si la situación que le llevo a ser declarada incapaz se ha visto modificada pueda recuperar la capacidad de obrar en esa esfera de su vida. Con la nueva ley de incapacidad las personas dejaran de estar incapacitadas para poder desarrollar su proyecto personal y decidir por ellas mismas.”

En cuanto a cómo influye la incapacitación en la vida de las personas con enfermedad mental:

“Hay que tener presente que cuando una persona es declarada incapaz, se está limitando su capacidad de obrar y su toma de decisiones, por lo tanto, para la persona va a ser negativo, pero no debería repercutir de una manera negativa si el profesional es capaz de guiar la intervención desde el proyecto de vida de la persona y apoyarla, servir de apoyo o anclaje para la persona, para acompañarla en su proyecto de vida y que pueda seguir desarrollándolo con normalidad”

Por último, hay que destacar como afecta la nueva ley a las personas con enfermedad mental desde un punto de vista profesional:

“Será más positiva y minuciosa, buscando los apoyos concretos que la persona necesita y no limitando en la totalidad la esfera de la vida de la persona, es muy importante la revisión, la “remoción de las capacidades” que se llama, es importante que una persona no sea declarada incapaz de por vida, porque la situación que le ha llevado puede haber variado, y la persona ya haber recibido todos los apoyos que necesitaba o superado la situación que la llevo a ser declarada incapaz, es importante que esto se recoja.”

4.1.3 Aspectos sociales de la enfermedad mental

Según Villar (2011) la salud mental está condicionada por múltiples factores: individuales, familiares, sociales, comunitarios, económicos, medioambientales... Lo que obliga a que se aborden las dificultades de salud mental desde los ámbitos sociales en coordinación con los sanitarios, actuando sobre las causas y sobre las consecuencias de los factores de riesgo para la salud mental.

Para poder proporcionar una atención integral a las personas con problemas de salud mental es necesario contar con la participación de agentes sanitarios y no sanitarios, así como abordar el ámbito comunitario, para poder evitar la institucionalización y la medicalización.

Villar (2011) concluye que las necesidades y problemáticas de las personas que padecen enfermedad mental son múltiples y variadas. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemáticas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.). Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a la problemática psiquiátrica y psicosocial particular, como pueden ser:

- Atención y tratamiento específico de salud mental: necesitan un adecuado diagnóstico y tratamiento que permita controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir aparición de crisis y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.

- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social: a pesar de la mejoría y el control que se hace a través del tratamiento farmacológico, suelen perseverar dificultades en la autonomía e integración en la vida cotidiana, precisando de un apoyo continuo y flexible que favorezca y mejore su esfera social.
- Apoyo a la integración laboral: en general, las personas que padecen enfermedad mental crónica tienen dificultades para acceder y mantener un puesto de trabajo estable.
- Defensa de sus derechos y protección jurídica: se trata de un colectivo especialmente vulnerables a los abusos y situaciones de desprotección, teniendo obstáculos para el ejercicio de sus derechos civiles, siendo necesario asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos.

4.2 Modelos teóricos de la discapacidad

A continuación, se exponen los modelos teóricos de atención a la discapacidad seleccionados más acordes con la asistencia personal, ya que estos incluyen el contexto social a la hora de evaluar e intervenir.

Por ello el modelo médico ha sido excluido ya que este considera que el problema es considerado una enfermedad de la propia persona e intervienen desde el modelo asistencialista y busca la medicalización e institucionalización de la persona (Lozano et al. 2020)

Tanto el modelo médico como el modelo biopsicosocial se basan en el paradigma de la rehabilitación. Este paradigma es el precursor de las instituciones manicomiales españolas cuya finalidad es la recuperación o rehabilitación social (Palacios y Bariff, 2007).

4.2.1 Modelo médico

Este modelo tiene una perspectiva asistencialista y rehabilitadora, donde el problema es considerado una enfermedad de la propia persona, interviniendo a través de la medicalización e institucionalización de la persona, considerando a la persona inferior en el sentido biológico o fisiológico (Lozano et al. 2020).

4.2.2 Modelo biopsicosocial

Las personas con enfermedad mental serán atendidas desde una perspectiva multidimensional de la persona, incluyendo los aspectos biológicos, psicológicos y los de carácter social, por lo que se evalúan los aspectos corporales, las actividades y la participación de la persona en la comunidad (Lozano et al., 2020).

Este modelo da importancia al aspecto social y tiene una perspectiva integradora, ya que una persona que padece una enfermedad mental se puede ver agravada por sus condiciones sociales, estilo de vida condiciones familiares, comunitarias, redes sociales y de apoyo, cultura... que pueden limitar a la persona a la hora de desarrollar su vida plenamente (Bartz, 1999).

Las esferas biológicas, psicológicas y sociales interactúan entre sí, por ello la salud no es únicamente la ausencia enfermedad física, si no que desde los ámbitos psicológicos y sociales también se puede conocer el estado de la persona tanto de enfermedad como de bienestar.

Para una mejor intervención y rehabilitación es necesario considerar estos tres ámbitos, ya que la salud es una constante interacción entre estas:

Las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras; la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales. Cambia por tanto la función del profesional en salud, que ya no sería sólo 'curativo de enfermedades, trastornos, deficiencias' sino de 'cuidar la salud' y la vida teniendo en cuenta a la persona en su contexto vital. (Vanegas & Gil, 2017).

El modelo social, de la diversidad y de calidad de vida se centran en la autonomía personal o vida independiente de las personas.

4.2.3 *Modelo social*

Según Lozano et al. (2020), el modelo social está relacionado con el Movimiento de Vida Independiente, a través de este modelo el concepto de independencia cambia, pasa de ser la capacidad de llevar a cabo las acciones por uno mismo a tener la capacidad de decidir y tener el control de la vida propia.

Este modelo concluye que las limitaciones de las personas con diversidad funcional se ven reproducidas por el contexto social y de las políticas sociales y no por causas personales.

Oliver (1991, citado en Iáñez & Lobato 2006), considera que "el modelo social se basa en el reconocimiento de dos hechos con importantes consecuencias para las personas con discapacidad: la discriminación socioeconómica y la medicalización de la discapacidad"

El modelo social considera que las limitaciones y problemáticas vienen dadas por el contexto social, por lo que la discapacidad no se considera algo individual, "la concepción de la discapacidad es ante todo un constructo social, ya que el entorno social posee un papel crucial en los procesos discriminatorios hacia las personas con discapacidad" (Iáñez & Lobato 2006).

4.2.4 *Modelo de la diversidad*

Este modelo se lleva a cabo en España a finales del año 2006, gracias al "Foro de Vida Independiente y Diversidad". A través de este modelo se hace más hincapié en los derechos y la dignidad humana, que serán los medios para promover y conseguir la autonomía personal, igualdad de oportunidades, la plena participación en la comunidad y la autodeterminación (Lozano et al., 2020).

Este modelo se basa en los principios de autodeterminación, atención individualizada e inclusión comunitaria. Este modelo incluye el Servicio de Asistencia Personal que promueve la vida independiente y la autonomía personal de las personas con discapacidad y/o enfermedad mental (Prieto et al., 2019).

Este modelo tiene una perspectiva social que promueve que las limitaciones de las personas con diversidad funcional están en el entorno y no en la persona, que la discapacidad es un fenómeno social y el entorno es el que limita y discapacita a las personas (Palacios y Romañach, 2006). Según Palacios y Bariffi (2007, 22-23, citado en Prieto et al., 2019), las barreras que sufren las personas diversidad funcional son causa de la sociedad y no de la persona, por lo que la participación de la persona en la sociedad en todos los ámbitos de su vida es posible si en el entorno se adapta a las necesidades de estas personas para que puedan ejercer sus derechos en igualdad de oportunidades como toda la ciudadanía.

4.2.5 Modelo de Calidad de Vida

La calidad de vida es multidimensional, no se trata solo de factores individuales, sino que también afectan los factores ambientales y la interacción entre ambos. Estos factores influyen directamente en el bienestar personal, según Schalock et al., (2002) existen ocho dimensiones básicas de la calidad de vida: bienestar emocional, material y físico, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Existen tres factores que incluyen estas ocho dimensiones según Schalock (2007): la independencia que abarca el desarrollo personal y la autodeterminación, la participación social que abarca las relaciones interpersonales, la inclusión social y los derechos y por último el bienestar que abarca el bienestar emocional, físico y material.

Así mismo, los indicadores de calidad de vida nos proporcionan el conocimiento de si una persona tiene bienestar personal o no, son necesarios para operacionalizar las dimensiones de la calidad de vida, así como para valorar los resultados.

Tabla 1. Descripción general de factores, dimensiones e indicadores de calidad de vida

Factor de calidad de vida	Dimensión de calidad de vida	Indicadores de ejemplo de calidad de vida
Independencia	Desarrollo personal	Educación, habilidades personales, comportamiento adaptativo (ADL IADL)
	Autodeterminación	Elecciones/decisiones, autonomía, control personal, objetivos personales
Participación social	Relaciones interpersonales	Redes sociales, amistades, actividades sociales, interacciones, relaciones
	Inclusión social	Integración y participación en la comunidad, papeles comunitarios, apoyos
	Derechos	humanos (respeto, dignidad, igualdad) Legales, (acceso legal, tratamiento legal justo)
Bienestar	Bienestar emocional	Seguridad, experiencias positivas, Experiencias, satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
	Bienestar físico	Estado de salud Estado nutricional
	Bienestar material	Ocio/ejercicio físico Situación financiera, estatus laboral, vivienda, posesiones

Fuente: Schalock & Verdugo (2002)

4.3 Trabajo social en salud mental

La atención a las personas con enfermedad mental comienza en los manicomios y la psiquiatría en 1800. A finales del siglo XIX las intervenciones se amplían a centros hospitalarios, clínicas y se empieza tener en cuenta el factor social, a principios del siglo XX se crean los ambulatorios de salud mental. Entre los años 60 y 70 se plantea y se lleva a cabo la desinstitucionalización, dejando atrás la hospitalización y comenzando a trabajar en la atención en la comunidad

El trabajo social se incorpora en el ámbito de la salud mental a principios del siglo XX en Estados Unidos, comienza con la finalidad de dar una respuesta social a las personas con problemas de salud mental.

En España se incorpora en el año 1953 con la tercera Escuela de Trabajo Social por parte del Doctor Sarró, dando importancia al papel del trabajador social con la idea de intervenir con las familias de las personas con problemas de salud mental.

El trabajo social en el ámbito de la salud mental tiene un carácter importante ya que va más allá del diagnóstico clínico y el tratamiento médico, porque trabaja sobre el contexto social de las personas buscando la plena integración de estas, así como incidiendo en la prevención y la promoción de la salud mental.

Según Gijón y Colom (2016) el Trabajo Social Sociosanitario interviene dando apoyo y orientación a las personas, con la ayuda de los recursos que existen dentro del ámbito hospitalario, centros de salud y red de servicios sociales y servicios sanitarios.

4.3.1 Función del trabajo social en personas con enfermedad mental

El trabajo social en el ámbito de la salud mental es un trabajo social clínico, se trabaja desde el modelo biopsicosocial con una población concreta y esto define la intervención social que se llevará a cabo. El trabajo social se diferencia de otras disciplinas ya que este se enfoca en el aspecto social para realizar una intervención tanto con la persona como con el entorno y la comunidad.

Según Garcés (2010) la trabajadora social tiene tres funciones básicas, la atención directa a personas, familias o grupos en situación o riesgo de exclusión social, *“este proceso incluye el análisis de la demanda y detección de la situación de riesgo o necesidades de las personas, valoración socio-familiar, diagnóstico social, planificación de la intervención social y la discusión de caso con el equipo profesional para estructurar el plan de trabajo”*. Como segunda función para Garcés (2010) estaría la preventiva, promoción e inserción laboral, que busca la plena inclusión y comprensión, así como la adaptación de la persona en la comunidad. Por último y como tercera función esta la coordinación, que busca la presencia del factor social en las intervenciones.

La evaluación es un proceso importante de cara a la intervención ya que a través de esta se realizara en plan de atención individualizado y es necesario ser lo más preciso para adaptarlo a las personas, para ello hay que tener en cuenta sus habilidades personales y socioemocionales, sus intereses, gustos, preferencias, el entorno que le rodea y el contexto en el que vive, es decir que identifica y evalúa las capacidades y los riesgos que la persona tiene, para adaptar el plan de atención individualizado.

Para poder intervenir de una forma eficaz y coherente con las personas con enfermedad mental se debe de trabajar desde la coordinación, planificación y organización, ya que las personas con enfermedad mental necesitaran una continuidad de servicios de salud mental a lo largo del tiempo.

4.3.2 *La importancia de lo social en la salud mental*

Gijón y Colom (2016) consideran que gracias al reconocimiento y puesta en práctica del modelo biopsicosocial se ha reconocido la importancia del ámbito social en la salud mental de las personas, ya que este es un factor que afecta a la salud mental. Lo social implica factores socioculturales y medioambientales. Es necesaria promover un modelo de atención integral multidisciplinar en el que se encuentran distintos factores que afectan a la salud mental como son los socioculturales, económicos, medioambientales, biológicos y políticos, es necesario este modelo ya que es imprescindible para una mejor evaluación e intervención más completa.

La perspectiva social es necesaria para comprender a realidad de las personas y por qué están en la situación en la que viven y se encuentran y como han llegado a una situación o riesgo de exclusión social.

4.4 **Asistente personal**

4.4.1 *Asistencia personal en España y Castilla y León*

Asistencia Personal en España

La primera aparición de la figura del asistente personal a nivel estatal es en la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, *de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU)*, concretamente aparecía en el artículo 9 que decía: “*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.*” Es decir que el asistente personal es una figura de apoyo y acompañamiento para llevar a cabo una vida independiente.

Actualmente encontramos la asistencia personal en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), en los artículos:

- 2. Que 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”.
- 19. Encontramos la Prestación económica de asistencia personal “que tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados. 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.”

Según Lozano et al., (2020) el número de prestación y personas beneficiarias sigue siendo escaso, solo un 0,56% representa este servicio. Existen una serie de explicaciones de esta escasa representatividad:

- Desinformación y desconocimiento del servicio de asistencia personal.
- Que el desarrollo de la ley es distinto según la Comunidad autónoma.
- Recortes económicos en los servicios sociales y que han afectado directamente al SAAD.
- Incomprensión de la figura del asistente personal y por consecuencia lo confunden con otros profesionales como la figura del cuidador.
- Falta de acceso y burocracia por parte de la administración.
- “Inexistencia de una regulación normativa específica”.

En la mayoría de las Comunidades Autónomas, aunque todas tienen la asistencia personal en sus leyes de servicios sociales, normas o catálogos (Federación Salud Mental CyL, 2019), muchas de estas no tienen concedida ninguna Prestación Económica de Asistencia Personal como lo son Aragón, Cantabria o Extremadura y las que la tienen no son representativas como Murcia, Asturias, Andalucía, Castilla la Mancha, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Cataluña o Navarra (Lozano et al., 2020).

En España existen dos modelos de prestación para contratar el Servicio de Asistencia Personal:

- **El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante SAAD)**, es un sistema para la unificación de servicios y prestaciones económicas dirigido a la promoción de la autonomía personal, atención y protección a las personas en situación de dependencia. Dichos servicios pueden ser tanto públicos como privados concertados y deben de estar acreditados. El SAAD aparece en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en el artículo 6.1, este define al SAAD como un servicio que sirve para ofrecer una comunicación y unión entre las administraciones públicas, para una mejor colaboración y participación entre estas, además unifica y mejora los recursos públicos y privados disponibles, así como las condiciones de vida de las personas. En el artículo 6.2 de la ley expone que el SAAD es un sistema que *“se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados.”*

Las prestaciones y servicios de la ley se integran en la Red de Servicios Sociales en las competencias de cada Comunidad Autónoma. La Red está formada por los centros públicos de las Comunidades Autónomas, de las entidades locales, los centros de referencia estatal y los centros de referencia privados acreditados (Artículo 16.1. de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

Las condiciones de acceso a la prestación se harán a través de un acuerdo previo entre el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La contratación del Servicio de Asistencia Personal (SAP) puede realizarse de dos formas diferentes a través de la contratación directa donde el profesional debe estar dado de alta en el régimen especial de los trabajadores autónomos de la seguridad social y se firma un contrato privado, y por otro lado se puede contratar a través de la mediación de un Servicio de Vida Independiente el servicio de asistencia personal se gestiona a través de entidades sin ánimo de lucro, es decir de entidades cogestoras, el servicio estará dado de alta en la Comunidad Autónoma que corresponda y debe estar autorizado por la administración, la prestación económica la recibe el usuario para poder pagar el servicio. Una entidad cogestora podría ser PREDIF con el Servicio Integral de Asistencia Personal (SIAP).

- **Contratación privada**, fuera del SAAD a través de la contratación directa como anteriormente se ha mencionado y el servicio de vida independiente, aquí la financiación es únicamente de la persona que lo contrata.

Por último, hay que destacar que no existe ningún convenio de los trabajadores que regule la asistencia personal, con un salario mínimo, ni se recoge en el catálogo de cualificaciones profesionales. Únicamente la asistencia personal se nombra en artículos de leyes ya citados.

Es necesario que se desarrolle un marco legal específico de la asistencia personal para diferenciarlo del trabajo doméstico, ya que muchas veces se ha referenciado el asistente personal en la normativa del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el regulaba la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar o de el régimen especial de la Seguridad Social del Servicio Doméstico.

Asistencia Personal en Castilla y León

El Catálogo de servicios de Castilla y León, contempla el SAP como una prestación económica para la asistencia personal a personas en situación de dependencia, busca la promoción de la autonomía personal y su objetivo es ayudar con los gastos del servicio de asistencia personal, facilitando el acceso a esta prestación a las personas que lo necesitan.

Según la Federación de Salud Mental de Castilla y León (2019) el SAP es un servicio que ofrece apoyo para la vida independiente, dando una atención integral a las personas, donde el eje central de la intervención es la persona y su proyecto de vida, además es un servicio que promueve la autonomía personal y la inclusión social de las personas en la comunidad.

La normativa actual en Castilla y León es la Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la

dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.

La Orden FAM/6/2018 se refiere a la asistencia personal en Castilla y León en los artículos:

- **Artículo 11.1. Asistencia Personal:**

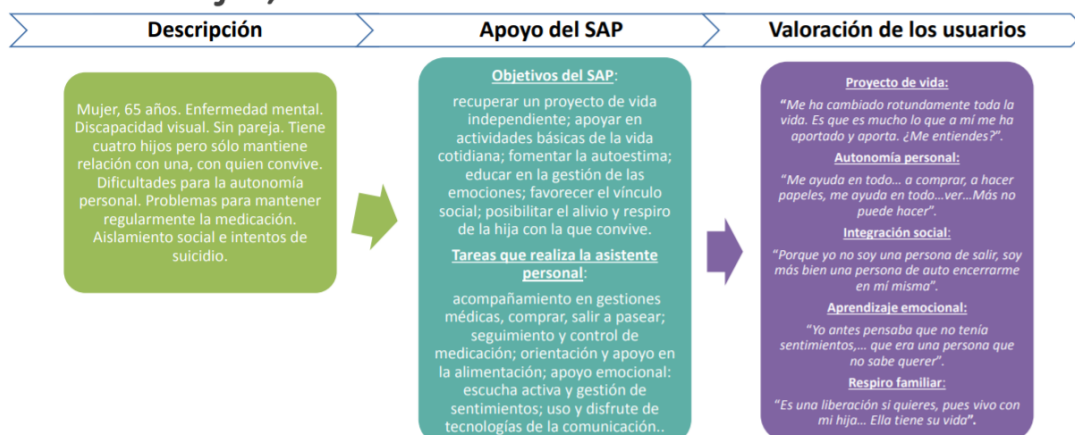
La prestación económica de asistencia personal está destinada a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.
- **Artículo 11.2. Requisitos de acceso del beneficiario**
 - a) Tener reconocida la situación de dependencia.
 - b) Estar empadronado y residir en un municipio de Castilla y León.
- **Artículo 11.3. Contratación**
 - a) Mediante contrato con empresa o entidad privada debidamente acreditada.
 - b) Mediante contrato directo con el asistente personal.
- **Artículo 11.4. Cuando la contratación se realice en la modalidad b) del apartado anterior, el asistente personal debe reunir los siguientes requisitos:**
 - a) Ser mayor de 18 años.
 - b) Residir legalmente en España.
 - c) No ser el cónyuge o pareja de hecho de la persona dependiente, ni tener con él una relación de parentesco hasta el tercer grado, por consanguinidad, afinidad o adopción.
 - d) Estar de alta en régimen especial de trabajadores autónomos de la Seguridad Social.
 - e) Reunir las condiciones de idoneidad para prestar los servicios derivados de la asistencia personal. Se entenderá cumplido este requisito cuando se acredite contar con la formación necesaria. Este requisito se exigirá también a las personas que presten el servicio de asistencia personal a través de empresa o entidad privada.
 - f) Tener inscrito el servicio de asistencia personal que presta, en el Registro de entidades, servicios y centros de carácter social de la Comunidad de Castilla y León.
- **Artículo 11.5.** La justificación del gasto se realizará del modo previsto en el artículo 10.13.
- **Artículo 11.6.** Los beneficiarios de la prestación económica de asistencia personal podrán destinar aquella a la adquisición de otros servicios incluidos en su programa individual de atención.

- **Artículo 30.4** de compatibilidades, concluye que la prestación económica de asistencia personal es compatible con el servicio de promoción de la autonomía personal. La modificación de la Orden FAM/547/2018 amplía las compatibilidades, dando la prestación vinculada de asistencia personal compatible con los cuidados en el entorno para menores de 18 años.
- **En el capítulo IX. Seguimiento y control. Artículos 31.1 y 31.2** donde se afirma que cualquier persona en situación de dependencia, que reside en un domicilio particular y reciba alguna prestación del catálogo tendrá asignado un coordinador de caso que informará y orientará sobre los cuidados de la persona, coordinar y personalizar las prestaciones, promover acciones y herramientas que mejoren la calidad de vida de las personas, así como de sus cuidadores y por último realizar seguimientos. Este coordinador será un profesional del equipo de acción social básica.

La instauración de esta figura en Castilla y León viene dada gracias al proyecto piloto impulsado por la Gerencia de Servicio Sociales de la Junta de Castilla y León junto con el Comité Autonómico de Entidades de Representantes de Personas con Discapacidad en Castilla y León (CERMI-CyL), que desarrollaron seis entidades del tercer sector de acción social (ASPRODES, FEAFES Salamanca, federación Autismo, FUTUDIS, Fundación INTRAS y RESPIRÁVILA), a través de cincuenta usuarios con distintos perfiles, este proyecto piloto se impulsó entre los años 2014 y 2016. Además, se realizó una investigación de este proyecto piloto por parte de Raquel Alario Bancells, Eduardo J. Esteban Sancho, José Luis Izquieta, Juan M^a Prieto, Rafael de la Puente y Pablo de la Rosa. El objetivo de esta investigación y análisis del proyecto piloto era determinar las fortalezas, debilidades y potencialidades del Servicio de Asistencia Personal, a través de una metodología cualitativa. Como resultados se muestra como el servicio se adapta a la persona, es flexible y versátil, que la dimensión comunitaria y relacional del servicio son el acceso a recursos normalizados, dimensión relacional, sensibilización y mantenimiento en el entorno y refuerzo de sistemas informales tiene como efecto acabar con el aislamiento, mejora la calidad de vida, la inclusión y sensibilización social. Como conclusiones de la investigación encontramos que la asistencia personal es un servicio en sí mismo y permite una intervención integral y multidisciplinar, que es necesario avanzar en la regulación del servicio de asistencia personal, mejorar las condiciones laborales y la formación del asistente personal, así como mejorar la difusión del servicio e impulsar más investigaciones sobre aspectos específicos del SAP.

Como ejemplo de la investigación y para recalcar la importancia de la asistencia personal en personas con enfermedad mental, mencionamos un caso de la investigación del proyecto piloto (2016):

2. Mujer, 65 años. Pensionista.



Fuente: (Alario et al., 2016)

El Servicio Integral de Asistencia Personal (en adelante SIAP) fue gestionado por PREDIF Castilla y León, con la colaboración de la Junta de Castilla y León, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y la Fundación ONCE, nace para dar la oportunidad a las personas con discapacidad y/o en situación de dependencia de *"desarrollar su proyecto de vida de la forma más autónoma posible con los apoyos necesarios."* El SIAP ofrece promoción, información y asesoramiento en asistencia personal, contratación de los asistentes personales, formación y empleo e intermediación. (PREDIF Castilla y León.)

La Federación de Salud Mental de Castilla y León (2020), empieza a trabajar con la asistencia personal en el año 2015, busca mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y de sus familias, desde una atención integral y comunitaria incluyendo el servicio de asistencia personal. Buscan representar, defender y apoyar a las personas con enfermedad mental y sus familias, defendiendo sus derechos y la dignidad de estas, luchar por combatir las limitaciones y barreras que reproducen los poderes públicos y buscan crear políticas coherentes y efectivas de prevención, educación, rehabilitación, asistencia e integración, dar apoyo y asesoramiento, sensibilizar y concienciar a la población, reivindicar la acción solidaria y el voluntariado, impulsar y apoyar acciones de formación y empleo para mejorar la situación laboral de las personas con enfermedad mental, así como promover y apoyar la igualdad de oportunidades.

4.4.2 Servicio de asistente personal (SAP)

La atención a las personas con enfermedad mental grave o discapacidad ha avanzado en las últimas décadas gracias al cambio de modelos de atención a las personas con diversidad funcional, gracias al modelo de diversidad ha surgido el SAP, el cual promueve la vida independiente, la autonomía personal y la participación activa de las personas.

Según la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), la asistencia personal es un derecho humano de las personas en situación de

dependencia, en el artículo 19 se especifica el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, por ello es necesario que las políticas sociales que se planteen se basen en la vida independiente, para respetar los derechos humanos de las personas con diversidad funcional.

El SAP es un servicio que se adapta a las personas, que respeta sus gustos y preferencias, así como su proyecto de vida, son las personas las que deciden y controlan este servicio y deciden cuando, con quien y como quieren que el asistente personal les ayude.

Encontramos el servicio de asistencia personal en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en el artículo 19, donde lo define como una prestación económica que busca la *“promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados.”*

El servicio de asistencia personal se desarrolla por un asistente personal que desempeña o acompaña en las actividades básicas de la vida diaria de la persona en situación de dependencia, con el fin de fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal (Lozano et al., 2019)

El SAP se reconoce como un servicio y derecho universal para mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas y promover la autonomía personal de las personas en situación de dependencia.

Vivir de forma autónoma e independiente, tener el control de tu vida, decidir por ti mismo, desarrollar tu proyecto de vida en base a tus gustos, preferencias y motivaciones es un derecho legítimo de todas las personas, y para que este derecho sea real y efectivo es necesario un plan de apoyos personalizado (Blanco, 2019).

El SAP es un servicio que lo desarrolla un asistente personal profesional, este es contratado por la persona con problemas de salud mental, esta persona tiene el control del servicio y la elección de este, decide con quién, cómo, cuándo y dónde necesita apoyos y acompañamiento. La persona pasa de ser objeto de la intervención a ser sujeto, participando en las decisiones de plan de atención.

La asistencia debe partir de unos principios básicos y esenciales, de manera general puede partir de los principios que se recogen de la convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad: respeto a la dignidad, la no discriminación, participación e inclusión plenas, respeto a la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad, igualdad de oportunidades, accesibilidad, igualdad entre hombres y mujeres y preservación de la identidad.

El SAP es un servicio donde el asistente personal interviene a partir de las necesidades de las personas que van a recibir el servicio buscando mejorar la calidad de vida de estas, promoviendo la integración social y la participación en su comunidad. El SAP tiene una dimensión comunitaria que se compone de la unión de las relaciones personales e institucionales de los usuarios, la participación en actividades en la comunidad, el acceso y disfrute de los servicios sociales, culturales, deportivos... todas estas cuestiones influyen directamente en la persona tanto a nivel individual como social. Así mismo el otro punto de la dimensión comunitaria consiste en preparar el entorno visibilizando las barreras que sufren las personas con enfermedad mental y/o discapacidad, sensibilización... ya que los beneficios anteriormente citados serán efectivos si el

entorno propicio. Para que la dimensión comunitaria del SAP esté reforzada y sea útil es necesario la coordinación y colaboración de agentes de cambio tanto informales como formales, pueden ser amigos, familiares, vecinos, trabajadores de la teleasistencia o de ayuda a domicilio, médicos, trabajadores sociales... así como también pueden ser organizaciones como los CEAS, colegios, centros de salud mental, asociaciones... la coordinación con los diferentes agentes informales y/o formales será seleccionada y coordinada según las necesidades y proyecto de vida de la persona. (Prieto et al. 2019).

4.4.3 *La figura del asistente personal*

El asistente personal ayuda a otra persona a desarrollar su vida de una manera normalizada y participativa en la comunidad, ayuda a desarrollar las actividades básicas de la vida diaria de las personas, ya que por su situación no pueden realizarlas por ellas mismas o necesitan apoyos o acompañamiento para realizarlas (Arnau et al., 2006; Planas, 2013).

En la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en el artículo 2, define la asistencia personal como “un servicio prestado por un asistente personal” que ayuda a realizar o realiza las actividades de la vida diaria de una persona que se encuentra en situación de dependencia, con el fin de promover una vida independiente y su autonomía personal.

A través del asistente personal se busca integrar a las personas con problemas de salud mental en la comunidad, buscando eliminar el aislamiento y la segregación. Así mismo a través del asistente personal se busca la máxima autonomía de las personas, así como su autodeterminación, que sean ellos mismo quienes controlen sus vidas y decisiones siendo el asistente personal una herramienta de apoyo y acompañamiento, basándose en las elecciones y proyecto de vida que la persona tenga.

El asistente personal debe ser flexible y adaptarse a la persona, debe garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en igualdad de condiciones, debe de orientar y acompañar, apoyar en la toma de decisiones, y en su caso ayudar en la toma de decisiones si la persona lo necesita como por ejemplo en situaciones en las que la comprensión del usuario no es buena, la memoria, resolución de problemas, falta de aprendizajes para la toma de decisiones... creativo (Plena Inclusión, 2018).

El asistente personal debe ser ágil y creativo para dar apoyo y generar oportunidades, según Bó (2015), las personas con más necesidades de apoyo pueden necesitar herramientas comunicativas para mejorar las oportunidades de participación, búsqueda de las motivaciones, gustos, preferencias, necesidades en las que las personas no puedan expresarlas pero si a través de su comportamiento por lo que será esencial la observación, por último la implicación y participación de las personas que conozcan bien a los usuarios y respeten y estén comprometidos con su proyecto de vida.

El rol del asistente personal debe de adaptarse a cualquier entorno, contexto y personas, trabajar directamente con el usuario, si surge cualquier necesidad no establecida debe de intervenir, la usuaria decide y dirige los apoyos que este le va a proporcionar, debe ser flexible ya que las necesidades de la persona pueden cambiar y fomenta la independencia de la persona ya que esta es la que decide (Romero y Valbuena, 2016).

El perfil del asistente personal varía según el caso y la persona y sus necesidades, pero si existen una serie de habilidades y competencias que el asistente personal debe de desarrollar entre ellas están el respeto, la flexibilidad, la escucha activa, la confidencialidad, la asertividad, la paciencia, la responsabilidad, ética, empatía, capacidad para potenciar el desarrollo personal de la persona y de sus habilidades sociales y emocionales, habilidades comunicativas, comprensión y adaptabilidad.

Según Prieto et al. (2019) las dos características más importantes del asistente personal son la flexibilidad para adaptarse a la persona, tanto a sus necesidades, potencialidades y características, siendo esta la protagonista de la intervención participando en la planificación de actividades y como segunda característica más importante encontraríamos la personalización de la intervención que responde a las demandas y necesidades de las personas adaptándose a su proyecto de vida. Dichos autores concluyen que la flexibilidad es una clave fundamental, ya que en la asistencia personal no valen protocolos estrictos o pautas muy marcadas, es necesario adaptarse al perfil de la persona ya que cada persona es diferente y única, cada uno tiene sus gustos, necesidades o preferencias, y es necesario conocerlas para ver cómo se les puede motivar, que actividades se pueden fomentar....

Existen diferencias entre la figura del asistente personal y la figura del cuidador:

ASISTENTE PERSONAL	CIUDADOR
Acompaña y apoya las decisiones del usuario	Cuida y decide
Fomenta la vida independiente y la autonomía personal	Rol paternalista, autoridad, jerarquía
Funciones específicas y algunas se realizan si surge la necesidad de realizarlas, aunque no estén especificadas.	Funciones específicas y acotadas
El control, las decisiones y la dirección de los apoyos son del beneficiario	Horarios, actividades marcadas por la organización, entidad o cuidador.
La contratación es por parte de la persona con enfermedad mental	La persona no contrata directamente
Flexibilidad y adaptación del asistente a la persona	La persona se adapta al servicio

Fuente: Elaboración propia a partir de Planas (2016); Romero & Valbuena (2016)

La asistencia personal es fundamental para liberar de las cargas de cuidadores familiares y darles un respiro, además si se realiza desde el enfoque de vida independiente puede ser una herramienta de prevención de abusos y violencias. (Arnau, 2018).

4.4.4 Tareas, competencias y funciones

Plena Inclusión (2018) expone que las habilidades y competencias que tiene un asistente personal deben ser: el respeto, la escucha activa, habilidades sociales y comunicativas,

empatía, flexibilidad, polivalencia, orientación a la persona, habilidades de resolución de conflictos, paciencia, autocontrol, ética, responsabilidad, confidencialidad, iniciativa, capacidad para fomentar el desarrollo de la persona, asertividad, indagación, trabajo en equipo, amabilidad y puntualidad.

Según Prieto et al., (2019) las competencias del asistente personal se pueden agrupar en cinco grupos: “habilidades sociales (empatía, asertividad, escucha activa...); actitudes (flexibilidad, adaptabilidad a la persona y sus capacidades...); competencias personales (paciencia, constancia, optimismo, que inspire confianza...); competencias profesionales (distancia emocional, destreza técnica, clarificación del rol profesional, trabajo en equipo), y competencias axiológicas (responsabilidad, respeto, protagonismo de la persona beneficiaria...)”.

El SAP es una relación interpersonal entre el asistente personal y la persona beneficiaria y la calidad del servicio depende de esta relación, entre ambos se crea un vínculo y si este vínculo es bueno, esto supondrá que las posibilidades de que el proyecto de vida independiente de la persona se lleve a cabo sean altas. (Prieto. et al., 2019).

El servicio de asistencia personal actúa en tareas personales, acompañamiento social, acompañamiento laboral, apoyo en el hogar, supervisión y coordinación y apoyo en la capacidad de comunicación, es decir el asistente personal apoya y acompaña a la persona en sus actividades básicas de la vida diaria, gracias a este servicio la persona mejora sus habilidades sociales y emocionales, así como su participación en la comunidad, en el contexto laboral, formativo, de ocio, social o privado, buscando siempre su plena integración. (Lozano et al., 2019).

Cada intervención del asistente personal varía según las necesidades de la persona, así mismo Picavea y Romañach (2006) destacan las tareas en:

- ✚ Tareas personales, las cuales tienen que ver con la persona como el aseo, vestirse, ayuda para comer, beber, acostarse o levantarse, toma de medicamentos...
- ✚ Tareas del hogar, estas son las actividades que se llevan a cabo dentro de la vivienda, limpieza, ordenar, hacer la comida, cuidar de animales...
- ✚ Tareas de acompañamiento, en estas el asistente personal acompaña a la persona en todos los ámbitos de la vida que la persona requiera en su casa, en el trabajo, en la calle, ir al médico, al banco, en el ocio, viajes...
- ✚ Tareas de conducción, el asistente desempeña la tarea de conducir ya sea para llevarlo a algún sitio, para recogerlo...
- ✚ Tareas de comunicación, como la interpretación de la lengua de signos o de otros sistemas de comunicación.
- ✚ Tareas de coordinación, “planificación del día a día y la ayuda de la toma de decisiones”
- ✚ Tareas excepcionales, estas tareas se refieren a cuando una persona tiene una crisis el asistente personal debe de actuar a través del protocolo establecido.

Estas últimas tareas las “excepcionales” el asistente personal las suele realizar con las personas con enfermedad mental, *como protocolo que se busca desarrollar en situación*

de crisis. La formación del profesional varía según las necesidades que tenga que cubrir y los apoyos que tenga que dar, no es lo mismo los apoyos que requiere una discapacidad física que una mental. *“Hay que tener conocimientos suficientes para desenvolverse y conducirse en las relaciones interpersonales con la persona con discapacidad, de cara a conseguir los objetivos propuestos en un clima de respeto mutuo.”* (Planas, 2013).

Una buena relación entre el asistente personal y el usuario es imprescindible para una buena intervención, para crear este vínculo el asistente personal debe de tener una serie de cualidades como sensibilidad, respeto por la intimidad y dignidad de la persona, equilibrio y serenidad antes situaciones complejas, paciencia, promoción de la autonomía. (Rodríguez-Picavea & Romañach, 2006)

4.5 Percepción de los profesionales sobre la figura del asistente personal

Los resultados obtenidos sobre la percepción de los profesionales en torno a la figura del asistente personal los hemos agrupado en bloques:

Bloque 1. Impacto del servicio de asistencia personal en la calidad de vida

Bloque 2. El Servicio de Asistencia Personal

Bloque 3. Relación profesional

Bloque 4. Incapacitación

Bloque 5. Realidad de la Asistencia Personal en Valladolid

Bloque 1. Impacto del servicio de asistencia personal en la calidad de vida

Las tres profesionales coinciden en que la asistencia personal mejora la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental, a través de la promoción de la autonomía personal, acompañándolos en el desarrollo de su proyecto de vida.

“¿Mejora la calidad de vida? ¡Rotundamente sí!, gracias al apoyo que ofrece la asistencia personal se fomenta la autonomía de la persona, para que sea dueña de su vida, tome sus propias decisiones y se capacite para construir un proyecto de vida personal de forma libre e independiente (...) El impacto que produce la asistencia personal en la vida de otra persona es incuestionable, el mero hecho de la relación que se establece entre usuario y asistente ya modifica positivamente su calidad de vida, tenemos q tener en cuenta que en la mayor parte de las ocasiones hay un componente importante de soledad y estigma, la figura del asistente personal mitiga y restablece nuevas formas de funcionar” (Asistente Personal, INTRAS)

“Si, objetivo del asistente personal en salud mental es la promoción de la autonomía personal” (Asistente Personal, FEAFES)

“Una buena intervención con personas con enfermedad mental, no se puede desarrollar si no hay una figura como el asistente personal de por medio” (Técnica Media, Fundación Acción Social y Tutela Castilla y León)

Bloque 2. El Servicio de Asistencia Personal

Las dos profesionales del servicio de asistencia personal coinciden y exponen que el asistente personal es una figura de acompañamiento y de apoyo y que sus funciones son múltiples.

“Las funciones de asistente personal son múltiples, principalmente es el apoyo más importante que tiene la persona usuaria en su día a día, desde el acompañamiento emocional, apoyo en el aprendizaje de AVDS, ocio, trámites administrativos, etc.” (Asistente Personal, FEAFES)

“El asistente personal es una figura de apoyo en la toma de decisiones y en la estructuración de la vida diaria, sus funciones son muy amplias y diversas, van desde el desarrollo de tareas personales, tales como aseo, vestimenta, toma de medicación, servicio despertador...apoyo en tareas en el hogar, acompañamiento, ya sea al trabajo, compras y gestiones, médicos, actividades de ocio (...) tareas de coordinación como la planificación diaria y ayuda en la toma de decisiones” (Asistente Personal, INTRAS)

Cada asistente personal ha destacado una serie de cuestiones sobre el servicio, pero ambas coinciden en que es un servicio que apoya a la persona y promueve su autonomía personal y vida independiente.

“Lo que destacaría de la asistencia personal sería la filosofía de vida independiente en la que está basada, en la dignificación de la persona usuaria” (Asistente Personal, INTRAS)

“El servicio de asistencia personal, es un apoyo fundamental para muchas personas que no cuentan con ningún apoyo o que su situación familiar no es la adecuada, el objetivo último del asistente personal es lograr la inserción y autonomía en todos los aspectos” (Asistente Personal, FEAFES)

En cuanto a las competencias y perfil profesional del asistente personal:

“El asistente personal debe ser empático, sociable, resiliente y tener muchas ganas de trabajar.” (Asistente Personal, FEAFES)

“Aunque no sea necesaria formación académica de alto nivel, si puede ser necesario acreditar una formación específica que irá vinculada a las necesidades particulares de cada persona usuaria. Hay que destacar la necesidad de entrenarnos en habilidad sociales y entender la filosofía de vida independiente. Generalmente se valora más la actitud y predisposición que la formación en sí (...) No existe un perfil único de Asistente Personal, pero si unas cualidades necesarias: sensibilidad, tolerancia, autocontrol, responsabilidad, respeto por la intimidad. Las herramientas necesarias de un Asistente Personal son las habilidades personales, como las habilidades sociales o la inteligencia emocional y las habilidades profesionales como la alianza terapéutica o la generación de vínculos” (Asistente Personal, INTRAS)

Sobre las dificultades que encuentran en su trabajo como asistentes personales:

“Personalmente los problemas con los que me he encontrado, sobre todo, son los relacionados con establecer límites y con la gestión de crisis...lidiar con la frustración es un aspecto importante. No siempre logramos el objetivo marcado... tenemos que entender los procesos y las situaciones en las que nuestra intervención es limitada, no somos superhéroes” (Asistente Personal, INTRAS)

“Trabajar en Salud mental es duro, muchos días las personas usuarias no quieren realizar la intervención o te hablan mal, los cambios estacionales también afectan mucho a estabilidad” (Asistente Personal, FEAFES)

Por último, en cuanto a la regulación laboral y las condiciones laborales en las que se encuentra la figura del asistente personal, ya que esta aparece en las leyes como figura y servicio, pero no existe un marco legal específico de la asistencia personal.

“La figura del Asistente Personal está recogida en la ley 39/2006 del 14 de diciembre en el artículo 2, pero en la práctica su remuneración es escasa, al ser una figura en crecimiento como decíamos existen todavía muchas lagunas sobre su regulación y puede dar lugar, como sucede en la inmensa mayoría de los trabajos desarrollados en el ámbito social, al intrusismo laboral inconsciente. En muchos casos es una figura poco conocida y que incluso se confunde con otras como la ayuda a domicilio” (Asistente Personal, INTRAS)

Bloque 3. Relación Profesional

En cuanto a la relación y vínculo profesional con los usuarios y las necesidades de establecer límites con estos, las tres profesionales están de acuerdo que son necesarios, además de para una buena intervención para que la persona sea capaz de diferenciar la relación profesional de una personal, es necesario para poder ayudarla y acompañarla desde un punto de vista objetivo sin dejar de ser empáticos, escuchar activamente o ser resilientes entre otras.

“Es muy necesario poner límites, estos se van marcando solos si la acción profesional está bien desarrollada y además considero que es positivo para la persona beneficiaria que sepa discernir entre la parte profesional que es en la que entra la trabajadora social, asistente personal... y la parte personal que es en la que el profesional no tiene por qué tener ningún tipo de intervención, el profesional tiene que apoyar desde dentro para que esa persona pueda proyectarlo hacia fuera por sí misma, el profesional no tiene que estar y para ello el vínculo tiene que ser bueno y estable, pero desde un prisma profesional” (Técnica Media, Fundación Acción Social y Tutela Castilla y León)

“Es necesario marcar límites, ya que se crean vínculos emocionales dado que eres el mayor apoyo de la persona, desde el principio, marco que es una relación profesional, así como los tiempos que tiene cada usuario, no hablo de mi vida personal. Si en algún momento he creado un vínculo emocional muy fuerte con la persona usuaria, he pedido cambio de persona a la usuaria, ya que beneficia a las dos partes.” (Asistente Personal, FEAFES)

“El trabajo de Asistente Personal sería imposible de desarrollar sin establecer un vínculo con el usuario, dicho vínculo tiene que estar basado en la horizontalidad, la empatía y la confianza. Es importante que se dé en las dos direcciones para que también el Asistente Personal pueda establecer unos límites que le permitan ser profesional en su ejercicio” (Asistente Personal, INTRAS)

La dificultad de establecer los límites, siempre que se establece una relación profesional en la que se crean vínculos y afectos entre las personas, es complejo, ya que es una relación en la que la persona comparte sus sentimientos, sus emociones, sus preocupaciones y como profesional empatizas con la persona y la comprendes. A la hora de establecer límites cada profesional según su experiencia actúa de una manera u otra, pero siempre los establece:

“La problemática nos la podemos encontrar en que es difícil de delimitar líneas entre lo profesional y lo personal a lo largo del desarrollo de ese vínculo. Que a su vez y tal vez paradójicamente cuanto mayor y más fuerte sea ese vínculo mejor podremos trabajar” (Asistente Personal, INTRAS)

“Si que puede resultar complicado establecer los límites, he recibido una formación para aprender a establecerlos, marco la relación profesional desde el inicio, es decir, yo soy la profesional que apoya para ello se realiza un plan de apoyo individualizado en el que la persona usuaria marca los objetivos que quiere conseguir con su asistente personal y le apoyo en cómo lograrlos” (Asistente Personal, FEAFES)

Bloque 4. Incapacitación

Hemos conocido la relación profesional tanto con las profesionales del servicio de asistencia personal como con la técnica media de acción social y tutela, pero en este apartado vamos a profundizar en el trabajo de la técnica media que trabaja con personas con problemas de salud mental.

En cuanto a la relación que establece con los usuarios quizás tiene otra complejidad ya que su figura como trabajadora se basa en revisar las tutelas de las personas, hay dos cuestiones importantes:

La implicación en la relación profesional con los usuarios y la figura de una profesional de tutela:

“Cuando tu estableces una relación con un usuario, tú desde tu figura institucional no eres bien recibida y menos cuando le estas diciendo a la persona que se va a ver limitada su capacidad de decisión y de autogobierno por una figura externa que no conoce, que no ha visto en su vida, que no sabe nada de ella, de repente tu vida pasa a estar en manos de una tercera que no conoces de nada, es difícil establecer una buena relación entre profesional y usuario en mi caso, porque mi posición se ve muy administrativa e institucionalizada y es normal que se genere desconfianza por la persona usuaria, porque no me conocen de nada, no saben lo que voy a desarrollar, mi proyecto de vida el suyo o de otra persona, si lo que voy a volcar sobre ellos son mis frustraciones no alcanzadas desde mi proyecto de vida o voy a intentar sacar a delante las suyas por muy limitadas que parezcan a priori. Es difícil, pero a base de confianza, de buen hacer, de buena relación, establecer un vínculo

sano, un vínculo estable, se consigue establecer una buena relación profesional usuario.” (Técnica Media, Fundación Acción Social y Tutela Castilla y León)

La dificultad de establecer vínculos y límites:

“La relaciones se establecen a base de paciencia, de escuchar mucho a la persona, de preguntarla, saber mucho de la persona, cuáles eran sus planes, a corto, a medio a largo plazo, saber si tiene aficiones, objetivos, metas, procurando establecer una primera relación profesional con las personas, es necesario generar un buen vinculo previo para que no se generen problemas, ya que si yo no estuviera ahí ellos harían tras cosas, y a pesar de haber generado un buen vinculo de manera previa los tienes, porque estas limitando lo que la persona ha decidido hacer, entonces en muchas ocasiones es difícil hacer ver a una persona con problemas de salud mental que lo que te está planteando no puede ser, que no se puede gastar 150€ al día en cosas que no necesita, que no es un buen sitio para vivir la calle por ejemplo. En definitiva, lo más importante es escuchar mucho, tener en cuenta a la persona y su contexto y mantenerlo, procurar que la persona mantenga ese vínculo y no lo pierda por nada y acompañarla y apoyarla.” (Técnica Media, Fundación Acción Social y Tutela Castilla y León)

Por último, en cuestión de incapacitación un número significativo de personas con problemas de salud mental se encuentran incapacitadas jurídicamente, por lo que esto es algo que repercute en la vida y el desarrollo de las personas con enfermedad mental. En el pasado mes de junio se aprobó la nueva Ley 8/2021 de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, lo que implica que la vida de estas personas se verá mejorada en el aspecto de la incapacitación y pone el foco de atención en las necesidades de apoyos concretas que necesitan las personas.

Como introducción al ámbito de la incapacitación de la legislación:

“La nueva reforma del código civil pretende ser más garantista con los derechos de las personas declaradas incapaces. Existen dos tipos de tutelas la parcial y la total, la total es cuando una persona esta incapacitada en todas las esferas de su vida y la parcial es cuando se encuentra incapacitada en determinadas esferas de su vida, las esferas de la vida de la persona son la patrimonial, económica, sanitaria y personal. Cuando esta incapacitada en una o varias esferas sin llegar a ser todas, se llama curatelas (curatela económica, personal...)”

Como repercute la incapacitación a las personas con enfermedad mental

“Por lo tanto, la reforma del código civil va a ser más garantista y va a poner el foco de atención en la necesidad de apoyos concreta, pero las personas van a seguir siendo declaradas incapaces; en vez de declarar a la persona incapaz y nombrar tutelas, se nombrarán curatelas. Una de las cosas buenas de esta nueva ley es que va a ser más revisionista, en la actualidad las personas declaradas incapaces, a no ser que lo promueva un familiar u otra persona, se quedan declaradas incapaces de por vida, la reforma contempla en un plazo máximo de tres años las medidas de apoyo adoptadas serán revisadas, además la persona debe ser escuchada para que si la situación que le llevo a ser declarada incapaz se ha visto modificada pueda recuperar la capacidad de obrar en esa esfera de su

vida. Con la nueva ley de incapacidad las personas dejarán de estar incapacitadas para poder desarrollar su proyecto personal y decidir por ellas mismas.”

Que aspectos cambia la nueva ley en el ámbito de incapacitación a las personas con enfermedad mental

“Será más positiva y minuciosa, buscando los apoyos concretos que la persona necesita y no limitando en la totalidad la esfera de la vida de la persona, es muy importante la revisión, “remoción de las capacidades” que se llama, es importante que una persona no sea declarada incapaz de por vida, porque la situación que le ha llevado puede haber variado, y la persona ya haber recibido todos los apoyos que necesitaba o superado la situación que la llevo a ser declarada incapaz, es importante que esto se recoja.”

Bloque 5. Realidad de la Asistencia Personal en Valladolid

Para finalizar la entrevista se pidió que si podían explicar algún caso concreto donde la persona sea beneficiaria del servicio de asistencia personal y en qué aspectos mejora su calidad de vida.

Caso 1:

“Persona que vive con su madre en el domicilio, no tiene relaciones sociales, ni ocio, no sabe manejarse fuera de casa y dentro del hogar lo hace todo su madre. Comienza con el servicio de asistencia personal, se comienza con paseos para crear alianza terapéutica, una vez establecida se comienza a participar en actividades, se hace estimulación cognitiva, comienza en el programa de empleo, se entrena manejo de autobuses urbanos, tras conseguir avances, se va a una vivienda de emancipación, se trabajan las actividades básicas de la vida diaria, y se ve aumentado su círculo y participación social” (Asistente Personal, FEALES)

Caso 2:

“Un ejemplo claro del tremendo impacto de la Asistencia Personal, sería un caso donde nos encontramos un usuario sumido en una profunda depresión que le impedía incluso salir de la cama, esta situación alargada en el tiempo produjo un notable deterioro cognitivo... a través del servicio de la AP logró restablecer su vida, fue un proceso largo, donde en un principio rechazaba el servicio, pero a poco y a través de establecer vínculo no solo salió de la cama si no que recuperó su autonomía, sale, hace compra, se viste y se preocupa por su higiene personal incluso participa de las otras actividades de la fundación como es Clínica de Memoria”

Caso 3, en este se explican dos casos de una persona que es beneficiaria del servicio de asistencia personal y de otro que no.

“Una caso de patología dual, de enfermedad mental y discapacidad, donde la enfermedad mental está muy cronicada, y no conseguimos vincular con ella de ninguna manera, está fuera de todos los circuitos, lo que significa que no tiene reconocidos derechos ni prestaciones de nada, no hay BVD, no hay valoración de discapacidad no hay nada, la hubo en su día, pero esta caducada, esencialmente no puedo trabajar con ella, si existiera la figura del asistente personal, estoy segura de que la situación variaría, a medida de que esa persona estableciera confianza

con mi tutelada y pudiera trabajar todas estas cuestiones, todo lo que implica reconocimiento de derechos, pasarlo a un BVD, todo lo garantista que es tener reconocida las discapacidad para determinadas cuestiones, lo que significa tener acceso a todo el catálogo de servicios y prestaciones para una persona que necesita de apoyos, si hubiera una persona que pudiera establecer una relación diaria con mi tutelada y yo pudiera estar día a día generando vínculo, escuchando, atendiendo a las necesidades que la persona presenta de manera diaria, no con una llamada a la semana, pues habría conseguido ya que esa persona hubiera mejorado sustancialmente, su situación y su proyecto de vida se hubiera mejorado muchísimo, pero no puedo.”

“Sin embargo hay una persona que esta fuera del circuito completamente también, lleva años sin acudir a salud mental, la he vinculado con asistente personal; esta persona estaba en la calle, comía de lo que encontraba en los contenedores, dormía entre cartones, además no se le tenía localizado porque cambiaba mucho de sitio, es una persona muy introvertida, no conseguíamos establecer relación con ella, ni siquiera la teníamos localizada geográficamente, finalmente conseguí establecer una buena relación de comunicación con esta persona, a base de ir verla, al lugar donde se ponía a pedir, a medida de ir a verla conseguí establecer un buen vínculo con esa persona y enseguida la vincule con asistencia personal, y en la actualidad está a punto de entrar en una vivienda normalizada, ha estado viviendo en una pensión, mejorando sus habilidades sociales y comunicativas, sus destrezas en las tareas domésticas, no tenía conciencia de enfermedad y ahora si la tiene, no tenía habilidades para el desarrollo de actividades domésticas, cocinar, lavar... y con la figura del asistente personal ha alcanzado mucho más que los objetivos previstos a corto plazo, - y yo no puedo ser más feliz, - a mí personalmente me parece una figura muy infravalorada y me parece fundamental en el buen desarrollo de una intervención, me parece que es el punto de anclaje perfecto para que el resto de agentes sociales que intervenimos con una persona podamos hacer bien nuestro trabajo y desde mi punto de vista una buena intervención por lo menos con enfermedad mental y con discapacidad también, pero sobre todo con enfermedad mental no se puede desarrollar si no hay una figura como el asistente personal de por medio.”

Como conclusión de este último apartado vemos como en la realidad, las personas con problemas de enfermedad mental que son beneficiarias del servicio de asistencia personal ven mejorada su calidad de vida, autonomía personal, autodeterminación y desarrollo personal y de proyecto de vida gracias a esta herramienta de apoyo y acompañamiento. Que los vínculos se establecen poco a poco, con paciencia, empatía, escuchando mucho a las personas, apoyando y respetando su proyecto de vida y sus decisiones y a través de esta herramienta es posible la inclusión social de las personas y su desarrollo hacia la vida independiente.

5 Conclusiones

La asistencia personal en España aún está poco desarrollada, se contempla en la legislación como servicio y prestación, pero es una figura joven en pleno auge y desarrollo. En Castilla y León son varias las guías sobre asistencia personal que han desarrollado diferentes entidades como Fundación INTRAS o la Federación de Salud Mental de Castilla y León.

La salud mental es multidimensional ya que se ve influida los factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos factores se articulan mediante determinantes que favorecen o perjudican el desarrollo personal de aquellos que padecen patologías mentales, como pueden ser: los estilos de vida, la edad, redes sociales, la educación, el ámbito laboral, condiciones socioeconómicas entre otras.

La enfermedad mental no limita a las personas, son los constructos y las barreras sociales, la estigmatización o la segregación las que las limitan. Una persona que padece de problemas de salud mental con los apoyos necesarios es capaz de desarrollar una vida normalizada y satisfactoria, de una manera independiente y autónoma. Las personas que padecen problemas de salud mental tienen necesidades y problemáticas múltiples y variadas, comunes como el resto de la población y específicas debido a su enfermedad mental.

La filosofía de vida independiente es esencial para la asistencia personal, ya que esta garantiza la dignidad de las personas y el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones, promueve la máxima autonomía personal, la toma de decisiones y el control de sus vidas, la participación activa en la comunidad y el desarrollo de su proyecto de vida.

La asistencia personal parte de la atención centrada en la persona, que implica que los apoyos son individualizados según las necesidades y demandas de las personas. Los apoyos y soluciones ofrecidos por el asistente personal se basan en la persona, así como en el modelo de atención a la diversidad y de calidad de vida.

El asistente personal encuentra dificultades en el desarrollo de su trabajo. Una de ellas, pone el foco en el vínculo forjado, se refiere a los límites que se establecen en la relación profesional. El Asistente Personal lo que requiere trabajar desde la comprensión, sensibilidad, empatía, confianza... Lo que implica que las emociones están muy presentes a lo largo de la relación, siendo necesario establecer distinciones entre la relación profesional y las relaciones personales más íntimas o amistosas. Los límites deben quedar claros desde el principio y mantenerse a lo largo de la relación.

En España la normativa vigente es la Ley 39/2006, en la que la figura del asistente personal queda regulada, permitiendo el acceso a este servicio a todas las personas en situación de dependencia, en Castilla y León la es la Orden FAM/6/2018, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.

En la normativa es importante destacar que recientemente se ha reformado la legislación civil y procesal a través de la Ley 8/2021, que pretende ser más garantista con los derechos de las personas con discapacidad, además de centrarse en los aspectos

personas y necesidades de apoyo de las personas sin incapacitarlas de por vida o limitándolos en todas las esferas de su vida, pasando de tutelas a curatelas.

Como reflexión final, la asistencia personal es un servicio de apoyo a la vida independiente que permite que las personas con enfermedad desarrollen su proyecto de vida, estas derriban las barreras y los límites que la sociedad construye, respetando a las personas, creyendo y apoyando su proyecto de vida, favoreciendo la independencia, igualdad de oportunidades y participación social activa, generando nuevas oportunidades a las personas en situación de dependencia, por lo que es la alternativa más eficaz y real a la institucionalización y segregación de las personas con algún tipo de discapacidad y/o enfermedad mental.

6 Bibliografía

- Aguilar, A., (2014). Conceptualización y sensibilización sobre las personas con enfermedad mental. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, (20),1. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original1.pdf>
- Alario, R., Esteban, E.J., Izquieta, J.L., Prieto, J.M., Puente de la, R., Rosa de la P., (2016). Estudio sobre la implantación del “Servicio de Asistencia Personal” Impulsado por la Gerencia de Servicios Sociales y CERMI Castilla y León. Informe ejecutivo. Análisis de la experiencia piloto del Servicio de Asistencia Personal para personas con discapacidad.
- Alonso, M. F., Ramírez, F. B., Misol, R. C., Bentata, L. C., Campayo, J. G., Franco, C. M., & García, J. T. (2012). Prevención de los trastornos de la salud mental. Atención Primaria, 44, 52-56.
- Arnau, S., Rodríguez, A. & Romañach J., (2006). Guía práctica de la asistencia personal. Consejería de familia y asuntos sociales. Comunidad de Madrid.
- Barg, L. (2006). Lo interdisciplinario en salud mental: niños, adolescentes, sus familias y la comunidad. In Lo interdisciplinario en salud mental: niños, adolescentes, sus familias y la comunidad (pp. 166-166).
- Bertolote, J. (2008). The roots of the concept of mental health. World Psychiatry, 7(2), 113.
- Bó, J., (2015). Las personas con necesidades complejas y sus decisiones de Vida Independiente: Todos somos Todos. Discapacidad, Justicia y Estado. Argentina: SAIJ.
- Byrne, P. (2003). Psychiatry and the media. Advances in Psychiatric Treatment, 9(2), 135-143.
- Carbonell, G. J., (2019): “El movimiento de vida independiente en España”. Revista Española de Discapacidad, 7 (II): 201-214.
- Carbonell, G. J., (2017). El asistente personal para una vida independiente: una figura en construcción. Revista de derecho UNED, 21, 187-216.
- Comisión europea (2010). Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras.
- Confederación Salud Mental España. (2017). Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2016.
- Del Álamo Martín, M.T. & Polo, J.G. (2020). Promoción de la autonomía personal y discapacidad visual: revisión bibliográfica. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, 17 (2), 214-224.
- ENIL, E. N. (2015). Personal Assistance Services in Europe 2015. Bruselas.
- European Union. (2018). Good Practices in mental health & well-being - Mental health services in the community. Recuperado de: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/mental_health/docs/2018_goodpractices_en.pdf
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2021). Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Recuperado de:

https://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/saad/el_saad/index.htm

- Federación Salud Mental Castilla y León (2019). Asistencia Personal en Salud Mental. Experiencia de salud mental en Castilla y León. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. Revista de recerca i investigació en antropologia, núm. 3.
- Garcés, E. M., (2010). El Trabajo Social en salud mental. Cuadernos de trabajo social, 23, 333-352.
- Gutiérrez López, S. (2015) El Trabajo Social en la Salud Mental: la relevancia de lo social dentro de lo clínico.
- Gómez, M., (2006) Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- González, N. (2008). Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Anuario mexicano de derecho internacional, 8, 527-540.
- González, N. (2017). La figura del asistente personal para personas con diversidad funcional intelectual y enfermedad mental grave.
- Gijón, M.T. y Colom, D. (2016). Debates transdisciplinares en torno a la especialización del trabajo social sanitario. En: D. Carbonero, E. Raya, N. Caparrós y C. Gimeno, Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: Aportaciones desde el Trabajo Social (pp.1-23). Logroño: Universidad de La Rioja.
- Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.
- Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado, núm. 96, de 21 de abril de 2008, páginas 20648 a 20659.
- IMSERSO. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2021). El sistema para la Autonomía y atención a la dependencia (SAAD). https://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/saad/el_saad/index.htm
- Jané-Llopis E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (89), 67-77.
- Juan, M. L., (2014). El trabajo social sanitario en salud mental. Universitat Oberta de Catalunya.
- Junta de Castilla y León, (2018). Catálogo de servicios sociales de Castilla y León.
- López, A. (2010). Autonomía personal y dependencia. Autonomía Personal, (1), 56-61.

- León, M. (2002). La atención comunitaria en salud mental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(5), 340-342.
- López, M., & Álvarez, C. (2020). La asistencia personal en España. Perspectiva de sus protagonistas: personas beneficiarias, responsables de la asistencia personal de las entidades proveedoras y asistentes personales. *Trabajo Social Global*, 10(19), 224-256.
- López, M. y Ruiz, S. (2018). Asistencia personal. Equiparación de derechos y oportunidades. Comparativa entre Suecia y España. *Revista Española de Discapacidad*. Vol. 6, Núm. 2, Pág. 103-130.
- López, W., (2015). Autonomía Personal. La autodeterminación como derecho social en las personas con discapacidad. Nº17, 36-42.
- Lozano, A., Robles, E. y Quezada, M., (2019). Asistencia personal en Salud Mental. Experiencias de Salud Mental Castilla y León. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- Lozano, A., Alario, R. & Robles E., (2020). La asistencia personal: un servicio para el desarrollo de la vida independiente y la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (27), paginas 45-75.
- Macaya, X. C., Pihan, R. & Vicente, B., (2018). Evolución del constructo de Salud Mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades médicas*, 18(2), 338- 355.
- Matas, T., (2013). Salud Mental. Lo que (sí) se puede hacer. *Revista de Trabajo Social de Murcia*. Nº18, Pág. 21-25.
- Miranda, M. (2015). Lo social en la salud mental (I): trabajo social en psiquiatría.
- Mínguez, C. (2015) Evolución de la atención a los Enfermos Mentales: el impacto del Trabajo Social.
- Morgan, S. & Yoder, L.H. (2012). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holist Nursing* ,30(1), 6-15.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M.& Guillén A.I., (2009). Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Ed. Complutense. Madrid.
- Naciones Unidas (2017). Observación general núm. 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Naciones Unidas (2006). Convención de Derechos de las personas con discapacidad.
- Ortí, M. J., Dalmau, M., Gimeno, C., & Rodríguez, A. L. (2010). Asistencia personal: un paso para la vida independiente.
- Orihuela, T., Cantero L. & López A., (2019). "La Asistencia Personal en salud mental". Valladolid: Edintras.
- Organización Mundial de la Salud & Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. (2004). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:

https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Organización Mundial de la Salud (2004). Promoción de la Salud Mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2005). Declaración Europea de Salud Mental. OMS. Helsinki.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.

Palacios, A. y Romañach, J. (2006): El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. Madrid: Diversitas Ediciones

Plana, M.J. (2013). El asistente personal para las personas con diversidad funcional: una herramienta para el cumplimiento de derechos. Trabajo social hoy, 68, 31- 54. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2013.0002>

Plena Inclusión (2018). Asistencia Personal. Una herramienta clave para el ejercicio del derecho a la vida independiente de las personas con discapacidad.

Prieto, J.M., Rosa de la, P., Izquieta, J.L. (2019). Asistencia personal y discapacidad intelectual: un servicio para la inclusión social. Revista Española de Discapacidad, 7 (2).

Rodríguez, A., & Romañach, J. (2006). Consideraciones sobre la figura del Asistente Personal en el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Foro de Vida Independiente.

Rodríguez, L. & García, M. (2018). Salud y Trabajo Social: un análisis desde las perspectivas de la formación y la investigación. Cuadernos de Trabajo Social 32(1), 123-139.

Rodríguez-Picavea, A. (2010). Vida independiente, dignidad y derechos. TOG (A Coruña), 7(6), pp. 78-101. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num6/picavea.pdf>

Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 29(1):143-48.

Sanabria, G. (2001). Participación social y comunitaria. Reflexiones. Revista Cubana de Salud Pública. Ciudad de la Habana, 27, (2).

Schalock, R.L. & Verdugo, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual.

Silva, C. & Martínez, M. (2004). Empoderamiento: proceso, nivel y contexto. Psykhe, 13 (2), 29-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/967/96713203.pdf>

Tajani, A., Ratas J. y Juncker J. (2017). The European pillar of social rights.

Tizón, J. & Rossell M. T. (1983). Salud Mental y Trabajo Social. Ed. Laila, 54, Barcelona.

Van, J. (2004). Uso de la escala de intensidad de apoyos en la práctica. Asignación de recursos y planificación de apoyos individuales basados en la escala de intensidad de apoyos. Revista Española sobre la discapacidad intelectual, 40 (299), 54-66.

- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta medica peruana*, 28 (4), 237-241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
- Wang, J. (2006). Perceived barriers to mental health service use among individuals with mental disorders in the Canadian general population. *Medical Care*, 44(2), 192-195. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/3768391>
- Wehmeyer, M., Peralta, F., Zulueta A., González, M. & Sobrino, A. (2006). Escala de autodeterminación personal ARC. Instrumento de valoración y guía de aplicación. *Estudios sobre educación*, 11, 176 pp.
- WHO Regional Office for Europe, (2010). Empoderamiento del usuario de salud mental - declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS.

6.1 Bibliografía legal

- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad adoptada por la Asamblea General de la ONU el 13 de diciembre de 2006.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos
- Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el catálogo de servicios sociales de Castilla y León.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León. Boletín Oficial del Estado, núm.7, 1756 a 1803.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU).
- Ley 2/2013 de Castilla y León, de 15 de mayo, de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutela.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.
- Orden FAM/824/2007, de 30 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia.
- Orden FAM/644/2012, de 30 de julio, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.

Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.

Orden FAM/547/2018, de 28 de mayo, por la que se modifica la Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.

Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad en Castilla y León.

Real Decreto legislativo 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.

Real Decreto 374/2010, de 26 de marzo, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

7 ANEXOS

7.1 Guion de la entrevista semiestructurada

Objetivo de la entrevista: Conocer la realidad y el impacto de la asistencia personal en Valladolid desde la perspectiva de profesionales que trabajan con personas con problemas de salud mental, así como identificar las funciones y dificultades que se les presentan.

Recursos: guía de la entrevista, grabadora de audio

- Nombre del informante
- Lugar de la entrevista
- Fecha de la entrevista
- Hora de comienzo
- Duración

BLOQUES DE LA ENTREVISTA

BLOQUE 1. IMPACTO DEL SERVICIO DE ASISTENCIA PERSONAL EN LA CALIDAD DE VIDA

¿Consideras que la asistencia personal mejora la calidad de vida de las personas? En caso afirmativo, como crees que mejora la calidad de vida de las personas con enfermedad mental

BLOQUE 2. EL SERVICIO DE ASISTENCIA PERSONAL

¿Cuáles dirías que son las funciones de una asistente personal?

¿Cómo funciona el servicio de asistencia personal?

¿Qué destacarías del servicio de asistencia personal?

¿Cuáles son las competencias y perfil profesional del asistente personal?

¿Qué dificultades encuentras en tu trabajo como asistente personal?

¿Qué opinas sobre la regulación laboral y las condiciones laborales de la asistencia personal?

BLOQUE 3. RELACIÓN PROFESIONAL

En la relación profesional y vínculo que se establece con los usuarios, ¿consideras que es necesario poner límites? ¿Como es la relación profesional con los usuarios?

¿Consideras que es difícil establecer los límites en la relación profesional? A través de tu experiencia profesional como crees que se pueden establecer

BLOQUE 4. INCAPACITACIÓN

¿Como crees que la incapacitación repercute en las personas con enfermedad mental?

¿Como consideras que la nueva ley afecta a las personas con enfermedad mental?

BLOQUE 5. REALIDAD DE LA ASISTENCIA PERSONAL EN VALLADOLID

Podrías explicar algún caso donde la persona sea beneficiaria del servicio de asistencia personal y en qué aspectos mejora su calidad de vida.