

**RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR Y
PERSONA CON DISCAPACIDAD N° 13 -GCPAMyPCD-ESSALUD 2018**

Lima, 31 DIC. 2018

VISTA:

La Carta N° 370 GPCD-GCPAMyPCD-ESSALUD-2018, a través de la cual la Gerencia de la Persona con Discapacidad remite la Carta N° 293-SGRSL-GCPAMyPCD-ESSALUD-2018, que propone la aprobación del Documento Técnico "Programa de Transición a la Vida Independiente de personas con Discapacidad en EsSalud";

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social, EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud; así como, otros seguros de riesgos humanos;



Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°656-PE-2014 se aprobó la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - EsSalud, el mismo que entre otros órganos centrales instituyó la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad;



Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus modificatorias, se aprobó la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud -ESSALUD, en cuyo literal a) del artículo 173° señala que la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, tiene entre sus funciones a) *Formular y proponer las políticas, estrategias, planes y programas de prestaciones sociales y de aquellas vinculadas con la salud, encaminadas a incrementar los niveles de participación social, económica y cultural de las personas adultas mayores, personas con discapacidad y otra población asegurada priorizada en situación de vulnerabilidad, a fin de contribuir en mejorar su calidad de vida;* b) *Elaborar los modelos de atención para el adulto mayor, persona con discapacidad y otros grupos vulnerables en coordinación con los órganos que corresponden;* c) *Conducir y supervisar la implementación de normas y procedimientos en materia de las personas adultas mayores, personas con discapacidad y otros grupos vulnerables, evaluar su impacto y controlar su cumplimiento a nivel nacional;*

Que, el artículo 181° del referido Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud, señala que *"la Subgerencia de Rehabilitación Social y Laboral es la unidad orgánica responsable de proponer e implementar las políticas y normas sobre programas de rehabilitación social y laboral; diseñar estrategias, planes de atención, estándares de producción y sistemas de control de las prestaciones de rehabilitación e inserción socio laboral a nivel nacional, recopilar y clasificar información estadística para la toma de decisiones; así como, efectuar estudios que identifiquen la naturaleza y magnitud de la población asegurada con discapacidad, y a mejorar o promover la inserción social, laboral y educativa de la población objetivo"*;

Que, la Ley N° 29973 "Ley General de la Persona con Discapacidad", establece en su artículo 4° "El respeto de la dignidad inherente; la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones; y la independencia de la persona con discapacidad";

Que, teniendo en cuenta que el numeral 7.1.3. de la directiva de Gerencia General N° 002-GG-ESSALUD-2017. V.01 "Normas para la formulación, aprobación, publicación y actualización de Directivas de EsSalud", señala que la aprobación de las Directivas Específicas del Seguro Social de Salud del Perú, se realiza por Resolución del órgano desconcentrado u órgano prestador nacional, de acuerdo a las competencias y funciones establecidas en el ROF respectivo;

Que, en dicho contexto, resulta necesario emitir el Documento Técnico que apruebe el "Programa de Transición a la Vida Independiente de personas con Discapacidad en EsSalud"; con el fin de proporcionar a los asegurados con discapacidad herramientas para adquirir y/o mejorar sus habilidades y capacidades, para elegir libremente cómo gestionar su vida, de forma independiente;

Estando a lo propuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** el Documento Técnico "Programa de Transición a la Vida Independiente de personas con Discapacidad en EsSalud", que forma parte de la presente resolución.
2. **DISPONER** que la Gerencia de la Persona con Discapacidad, a través de la Subgerencia de Rehabilitación Social y Laboral, realice la asistencia técnica, implementación, difusión y supervisión de lo dispuesto en la presente Resolución, para su aplicación en los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS).

REGISTRESE Y COMUNIQUESE,



Dr. LUIS QUIROZ AVILES

Gerente Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad
ESSALUD





**RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE LA PERSONA
ADULTA MAYOR Y PERSONA CON DISCAPACIDAD
N° GCPAMyPCD-ESSALD-2018**

DOCUMENTO TÉCNICO

**“PROGRAMA DE TRANSICIÓN A LA VIDA
INDEPENDIENTE DE PERSONAS CON
DISCAPACIDAD EN ESSALUD”**



PERÚ 2018



ECON. FIORELLA GIANNINA MOLINELLI ARISTONDO
Presidente Ejecutivo de ESSALUD

DR. ALFREDO ROBERTO BARREDO MOYANO
Gerente General



DR. LUIS QUIROZ AVILÉS
Gerente Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad

DR. JORGE CORDERO VALERA
Gerente de la Persona con Discapacidad

DRA. ERIKA GIRALDO VIZCARRA
Subgerente de Rehabilitación Social y Laboral

DOCUMENTO TÉCNICO
“PROGRAMA DE TRANSICIÓN A LA VIDA INDEPENDIENTE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESSALUD”


ACCIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA Y Vº Bº
Elaborado por	Dra. Erika Giraldo Vizcarra	Subgerente de Rehabilitación Social y Laboral		
Revisado por	Dr. Jorge Cordero Valera	Gerente de la Persona con Discapacidad		
Aprobado por	Dr. Luis Quiroz Avilés	Gerente Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad		

SUSTENTO TÉCNICO

PARA LA APROBACIÓN DEL DOCUMENTO TÉCNICO "PROGRAMA DE TRANSICIÓN A LA VIDA INDEPENDIENTE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESSALUD"

En cumplimiento del Plan Operativo Institucional 2018, se propone la aprobación del Documento Técnico "Programa de Transición a la Vida Independiente de Personas con Discapacidad en ESSALUD", la misma que se encuentra sustentada en lo siguiente:

1. De acuerdo a la Ley de Creación del Seguro Social de Salud, Ley N° 27056, Artículo 3°, las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD) son de prevención, promoción y recuperación de la salud, maternidad, prestaciones de bienestar y promoción social, prestaciones económicas así como programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos y otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos que ofrezca ESSALUD dentro del régimen de libre contratación. Las prestaciones de bienestar y promoción social comprenden actividades de proyección, ayuda social y de rehabilitación para el trabajo.
2. Siendo esto así, ESSALUD tiene la función entre otras, de desarrollar el proceso de Rehabilitación para el Trabajo, a efecto de integrar socio laboral a las personas con discapacidad aseguradas que se encuentren en desventaja social, así como para la prevención de la discapacidad en personas en edad productiva, a fin de satisfacer las demandas complementarias de salud.
3. Para la Organización Mundial de la Salud, la rehabilitación y la habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo, entre otros.
4. Con Resolución de Presidencia Ejecutiva N°601-PE-ESSALUD-2015, se aprueba el Modelo de Organización de la Gerencia de Red Desconcentrada de EsSalud, en el cual se establecen las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales, Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), como parte de su respectiva Red Prestadora y dispone que la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad presente la propuesta del Manual de Operaciones del CERPS.
5. En cumplimiento se aprueba el "Manual de Operaciones de los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS)", mediante Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2016, con el objetivo de *"contar con un documento de gestión que estandarice las funciones, los procesos y servicios dirigidos a la integración laboral e integración social de los asegurados con discapacidad, en los Centros de Rehabilitación Profesional y Social-CERPS"*.
6. En el documento del precitado artículo, se establece la naturaleza del Centro de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS), el cual *"se encarga de otorgar prestaciones sociales a Personas con Discapacidad aseguradas, con la participación, de su familia, entidades empleadoras e instituciones educativas y comunidad, a través de programas de Rehabilitación Profesional y Social, con el objetivo de mantener la máxima independencia física, mental, social y laboral de la persona con discapacidad, a través de su inclusión educativa e integración socio laboral"*.



7. A través de la aprobación del Manual de Operaciones de los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS); y las acciones previas y posteriores, se amplía la cobertura de atención a los asegurados con discapacidad de todo ciclo de vida, tipo y grado de discapacidad. EsSalud brinda prestaciones sociales a sus asegurados con discapacidad desde hace más de 25 años, contando a la fecha con cuatro Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y trece Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), los mismos que a través de Programas de Rehabilitación Profesional y Rehabilitación Social, logran la integración social, integración laboral y capacitación de la familia, resultados en concordancia con lo establecido en el "Mapa de Macro procesos del Seguro Social de Salud – EsSalud", aprobado con Resolución de Gerencia General N° 127-GG-ESSALUD-2016, en febrero del 2016.

8. Con la aprobación del mismo documento, se establecen las Unidades de Rehabilitación Profesional y Social, las mismas que en términos de eficiencia redistribuyen el recurso humano y la infraestructura, hacia dos servicios con resultados claramente diferenciados y definidos. En este sentido, se han aprobado desde el año 2016, por Gerencia central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, Programas de Rehabilitación Social que requieren de la implementación progresiva de equipos, mobiliario y materiales que permitan su adecuada implementación y funcionamiento en bienestar de los asegurados con discapacidad y su familia, todo esto elaborado con un enfoque centrado en la persona-familia y comunidad (Modelo de Gestión Integral e Inclusivo de Rehabilitación Profesional y Social).

9. De acuerdo al documento "Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017", publicado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), del total de la población censada, el 10,4% presenta alguna dificultad o limitación permanente (discapacidad), lo que representa un total de 3 millones 51 mil 612 personas en el país. Entre los departamentos que sobrepasan este promedio nacional se encuentran: Puno (13,1%), Moquegua (11,7%), Áncash (11,5), Tacna (11,5%), Lima (11,1 %), Provincia Constitucional del Callao (11,1%), Arequipa (11,0%), Cusco (11,0%), Apurímac (10,8%) e Ica (10,6%). Como se observa, estas cifras divergen de las encontradas en la primera Encuesta Especializada sobre Discapacidad (INEI, 2012) donde la prevalencia de discapacidad encontrada fue 5,2% como promedio a nivel nacional. Esta Encuesta señala que la severidad de la limitación de las personas para moverse o caminar, para usar brazos o piernas, es principalmente moderada (52,6%), mientras que la Encuesta desarrollada por EsSalud como parte del Estudio Bio socio demográfico de la persona con discapacidad asegurada, realizado en el año 2017, señala que es principalmente del tipo severa (40,48%), seguida de Moderada (35,71%), completa (14,29%) y finalmente ligera (9,52%). Estas cifras resultan de especial importancia a la hora de planificar bajo un modelo centrado en la persona, donde las expectativas y su libertad de ejercer sus derechos cobran vital importancia para la persona con discapacidad severa y moderada, al ser las más vulnerables a no ejercerlos.

10. Se estima que la población asegurada con discapacidad representa el 11% de los asegurados a nivel nacional; tal situación hace necesario que como institución se propongan y establezcan estrategias y acciones que mejoren las condiciones de su atención en todas sus dependencias, asimismo se cubra con sus expectativas respecto a su rehabilitación y fundamentalmente el logro de su inclusión laboral y social, lo mismo que impacta de forma positiva en su calidad de vida. Es de resaltar que, el 54,77% se encuentran en condición de dependencia, requiriendo gozar de sus derechos fundamentales como el poder decidir y ser ellos los que dicten su proyecto de vida.

11. La más reciente iniciativa, de especial relevancia y repercusión, es la Convención de Derechos de las personas con discapacidad, propugnada por la ONU en el año 2006, cuyo propósito es el de "promover, proteger y asegurar el goce pleno en condiciones de igualdad de los derechos fundamentales y libertades a todas las personas con discapacidad y



promover el respeto de su dignidad inherente". En ella, se obliga a tomar en cuenta y acatar los principios que se establecen. Dentro del conjunto de los derechos que todos los países que han ratificado la Convención (entre ellos, Perú en 2008) se han comprometido a garantizar, figuran:

- La accesibilidad al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones, etc., tanto en entornos rurales como urbanos (art. 9).
- El derecho a vivir de forma independiente y a participar en la comunidad, lo que incluye elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, y el acceso a servicios de apoyo (ayuda a domicilio, vivienda, asistente personal) (art. 19).
- Derecho a gozar del más alto nivel de salud, mediante la atención temprana, la prevención, la habilitación y rehabilitación, la implantación de servicios de proximidad, la formación adecuada de los profesionales y la elaboración de normas éticas para que conozcan las necesidades de las personas con discapacidad y respeten sus derechos, su dignidad y su autonomía (arts. 25 y 26).

12. A nivel nacional, la Ley N° 29973 "Ley General de la Persona con Discapacidad", establece como uno de sus principios "El respeto de la dignidad inherente; la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones; y la independencia de la persona con discapacidad" (Art 4°).

13. Existe, además suficiente evidencia científica para orientar las bases de un nuevo modelo de atención para las personas con discapacidad, fragilidad o dependencia; como los aportes del modelo bio psico social promovido por la OMS, quien realizó un considerable aporte conceptual a través de una nueva clasificación (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Salud y Discapacidad (CIF)), la que proporciona una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social, y en la que se enfatiza la importancia de influir sobre el contexto ambiental para facilitar la autonomía e independencia de las personas con discapacidad.

14. El Movimiento de Vida Independiente surgió a finales de los años 60 en los Estados Unidos de Norteamérica, promovido por personas con discapacidad que estudiaban en diferentes universidades del país, veteranos de guerra con discapacidad adquirida, asociaciones y organizaciones del ámbito, que se manifestaron para desinstitucionalizar a las personas que vivían recluidas, y pedir su participación en la comunidad (García, 2003). Muchas de las personas con graves limitaciones que han vivido siempre en instituciones o centros de atención, ven en su propia discapacidad un impedimento cuando se les consulta y describen que la institucionalización en sí misma les hace sentir dependientes. Este Movimiento responde a la existencia de barreras en el entorno físico, a las actitudes de la comunidad, a las pocas expectativas de realización personal, a los prejuicios y estigmatización de la discapacidad, que conllevan a la discriminación y falta de ejercicio de derechos.

15. La transición de las personas con discapacidad a la vida independiente tiene especificidades y necesita de apoyos y recursos. Esta transición debe conducir al desarrollo de relaciones sociales y a la participación en la comunidad. Este paso les permite a las personas con discapacidad recuperar su libertad y convertirse en protagonistas de su propia vida, reconociéndose capaces de controlarla y decidir, pero también, de aceptar y pedir la ayuda para el desarrollo su proyecto de vida.

16. Un actor clave en la transición a la vida independiente es el asistente personal. El asistente personal es aquella persona que realiza o ayuda a realizar las tareas de la vida diaria a otra persona que, por su situación debida a una discapacidad (diversidad funcional), no puede realizarlas por sí misma.



17. Un aspecto importante para llevar una vida independiente es el empleo. En personas con discapacidad adquirida que ya trabajaban con anterioridad, estas experiencias laborales previas son las que pueden tener un gran efecto en la recuperación laboral (Ballabeni, Burrus et al., 2011). De acuerdo a varios estudios, entrar en programas de vida independiente, eleva la probabilidad de éxito académico y laboral de las personas con discapacidad.
18. Finalmente, enfatizar las cifras de discapacidad en EsSalud, donde el 40,48% de los asegurados con discapacidad tendrían limitaciones severas, 35,71 moderadas y 14,29 limitación completa; lo cual sustenta la necesidad de contar con un Programa de Vida Independiente en EsSalud; así como, enfatizar en la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Sobre el particular, teniendo en cuenta la trascendencia social que representa contribuir con el bienestar de los asegurados con discapacidad en situación de dependencia, es necesario contar con un documento técnico que establezca las disposiciones que deberán cumplirse para la implementación progresiva y conducción del Programa de Transición a la Vida Independiente de los asegurados con discapacidad, para su atención en los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social de EsSalud, en coordinación con las IPRESS de EsSalud.



“PROGRAMA DE TRANSICIÓN A LA VIDA INDEPENDIENTE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESSALUD”

I. INTRODUCCION

De acuerdo a la Ley de Creación del Seguro Social de Salud, Ley N° 27056, Artículo 3°, las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD), son de prevención, promoción y recuperación de la salud, maternidad, prestaciones de bienestar y promoción social, prestaciones económicas; así como, programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos y otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgo humanos que ofrezca ESSALUD dentro del régimen de libre contratación. Las prestaciones de bienestar y promoción social comprenden actividades de proyección, ayuda social y de rehabilitación para el trabajo.

Para la Organización Mundial de la Salud, la rehabilitación y la habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo, entre otras.

De acuerdo al documento “Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017”, publicado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); del total de la población censada, el 10,4% presentó alguna dificultad o limitación permanente (discapacidad). La primera Encuesta Especializada sobre Discapacidad (INEI, 2012), encontró una prevalencia 5,2% de discapacidad a nivel nacional. La misma señala que, la severidad de la limitación de las personas para moverse o caminar, para usar brazos o piernas, es principalmente moderada (52,6%); mientras que los resultados del Estudio Bio socio demográfico de la persona con discapacidad asegurada, desarrollado por EsSalud en el año 2017, señala que es principalmente del tipo severa (40,48%), seguida de Moderada (35,71%), completa (14,29%) y finalmente ligera (9,52%).

Estas cifras resultan de especial importancia a la hora de planificar bajo un modelo centrado en la persona, el cual requiere que como institución se propongan y establezcan estrategias y acciones que mejoren las condiciones para su atención en todas sus dependencias. Esto es refrendado por la Ley N° 29973 “Ley General de la Persona con Discapacidad”, la que establece como uno de sus principios “El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones; y la independencia de la persona con discapacidad” (Art 4°).

La transición de las personas con discapacidad a la vida independiente tiene especificidades y necesita de apoyos y recursos. Esta transición debe conducir al desarrollo de relaciones sociales y a la participación en la comunidad. Este paso les permite a las personas con discapacidad recuperar su libertad y convertirse en protagonistas de su propia vida, reconociéndose capaces de controlarla y decidir; pero también, de aceptar y pedir la ayuda para el desarrollo su proyecto de vida. Así, el Movimiento de Vida Independiente surgió a finales de los años 60 en los Estados Unidos de Norteamérica, promovido por personas con discapacidad en respuesta a la existencia de barreras en el entorno físico, a las actitudes de la comunidad, a las pocas expectativas de realización personal, a los prejuicios y estigmatización de la discapacidad; la discriminación y falta de ejercicio de derechos.

Es por ello que, la Subgerencia de Rehabilitación Social y Laboral ha formulado el presente Documento Técnico “Programa de Transición a la Vida Independiente de Personas con Discapacidad en ESSALUD”, para la atención de los asegurados con discapacidad con limitaciones severas; a fin de que se constituya como un instrumento técnico y metodológico que permita estandarizar las



actividades para la Transición a la Vida Independiente de Personas con Discapacidad del Seguro Social de Salud – EsSalud.

II. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el marco conceptual, técnico y metodológico que oriente la gestión e implementación del “Programa de Transición a la Vida Independiente de personas con Discapacidad en EsSalud”, dirigido a los asegurados en situación de dependencia, que se atienden en los CERPS y MBRPS de EsSalud.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1.1 Establecer las actividades y procedimientos que permitan llevar a cabo el entrenamiento adecuado de los asegurados con discapacidad, para la Vida Independiente.
- 1.1.2 Formar asistentes personales que permita a los asegurados con discapacidad, lograr una vida independiente, tomar el control de su vida y llevar una vida activa y productiva.



III. FINALIDAD

Proporcionar a los asegurados con discapacidad las herramientas necesarias que les permita adquirir y/o mejorar sus habilidades y capacidades, para elegir libremente cómo gestionar su vida, de forma independiente.

IV. BASE LEGAL

- 4.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada en 1948.
- 4.2 Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- 4.3 Resolución Legislativa N° 29127 que aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo firmado por el Perú el 30 de marzo del 2007 y ratificado el 30 de enero del 2008.
- 4.4 Resolución de Gerencia General N° 513-GG-ESSALUD-1999, que crea los Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional, como Unidades funcionales prestadoras de servicios de Rehabilitación Profesional.
- 4.5 Resolución de Presidencia Ejecutiva N°656-PE-ESSALUD-2014, y sus modificatorias, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud.
- 4.6 NTS N°127-MINSA/DGSP-V-01: Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad, publicada en diciembre del 2016.
- 4.7 Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2016 que aprueba el Manual de operaciones de los CERPS.
- 4.8 Resolución de GCPAM y PCD N°005 - EsSalud - 2016 - Programa de Rehabilitación Social del Asegurado con Discapacidad Intelectual Camino a la Autodeterminación.
- 4.9 Resolución N°107-GCPS-ESSALUD-2017- Directiva N° 08, Normas para la Rehabilitación Integral de la Persona con Discapacidad en EsSalud.
- 4.10 Resolución N°103-GCPS-ESSALUD-2017- Directiva N° 06, Procedimiento para la Evaluación, Calificación y Certificación de Discapacidad en EsSalud.
- 4.11 Decreto Legislativo N° 1384, aprobado el 04 de setiembre del 2018. Decreto legislativo que reconoce y regula la capacidad jurídica de las Personas con discapacidad en igualdad de condiciones.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento es de aplicación en los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), que cuenten con profesional médico rehabilitador, psicólogo y trabajador social.

VI. RESPONSABILIDAD

- 6.1 La Gerencia de la Persona con Discapacidad, es responsable de supervisar el cumplimiento del presente Programa.
- 6.2 La Subgerencia de Rehabilitación Social y Laboral, es responsable de la asesoría técnica, implementación, proyección y evaluación de metas, determinación de los estándares de producción, recopilación y clasificación de la información del presente Programa.
- 6.3 Las Gerencias de Red Prestacional, Gerencias de Red Asistencial y Direcciones de Red Asistencial, son responsables de la implementación, difusión y verificación del cumplimiento del presente Programa.
- 6.4 Los Directores de los CERPS son responsables de la implementación, difusión, cumplimiento y reporte del Programa.
- 6.5 El Personal de los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), son responsables del cumplimiento del Programa.

VII. DEFINICIONES



- 7.1 **AUTODETERMINACIÓN:** proceso por el cual la acción de una persona es el principal agente causal de su propia vida y de las elecciones y toma de decisiones sobre su calidad de vida, libre de influencias externas o interferencias. La autodeterminación surge a medida que las personas adquieren los elementos componentes de esta, entre ellos la elección y la toma de decisiones, así como, la resolución de problemas, el establecimiento de metas y la adquisición de habilidades; el autoconocimiento y la comprensión (Wehmeyer, 1996a, 1996b; Wehmeyer, Kelchner y Richards, 1996).
- 7.2 **AUTONOMÍA:** capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, sus decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias; así como, de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Por tanto, las personas con discapacidad, para lograr dicho derecho como cualquier persona, precisan de un entorno social facilitador para tomar decisiones sobre su propia vida de forma autónoma.
- 7.3 **INDEPENDENCIA:** que sostiene sus derechos u opiniones sin admitir intervención ajena (RAE). La Independencia implica no sólo dejar de depender de otros y tener opiniones y decisiones propias, sino además poder asumir nuevas responsabilidades, en la medida de lo posible. Resulta importante la defensa de la independencia personal hasta donde lo permita el potencial intelectual o cognitivo de cada persona y el contexto socio económico en el que viva, como valor integrante de la condición humana y como elemento definitorio de la libertad individual.
- 7.4 **VIDA INDEPENDIENTE:** Fomentar la autonomía y algunos constructos asociados como la autodeterminación o la capacidad de elección es beneficioso para las personas con discapacidad (Campo, 2016)

La transición de las personas con discapacidad a la vida independiente tiene especificidades y necesita de apoyos y recursos. Esta transición debe conducir al desarrollo de relaciones sociales y a la participación en la comunidad (Jenaro, 2001)

El paradigma de vida independiente permite a las personas con discapacidad que requieran recuperar su libertad y convertirse en protagonistas de su propia vida. La persona con

discapacidad se reconoce capaz de controlar su propia vida, decidir y evaluar, pero también de reclamar la ayuda necesaria para desarrollar su proyecto de vida.

- 7.5 ASISTENTE PERSONAL:** Persona que ayuda a otra a desarrollar su vida. El Asistente Personal es aquella persona que realiza o ayuda a realizar las tareas de la vida diaria a otra persona que por su situación debida a una discapacidad (diversidad funcional), no puede realizarlas por sí misma. La existencia del Asistente Personal se basa en el deseo y el derecho de las personas con discapacidad a controlar su propia vida y a vivirla con la dignidad que conlleva estar en igualdad de oportunidades con el resto de la ciudadanía. Esta ayuda está regulada por un contrato, en el que la persona con discapacidad o su representante legal, es la parte contratante.
- 7.6 FACILITADORES:** factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad (accesibilidad, apoyos, actitudes positivas, servicios, políticas, etc.)
- 7.7 BARRERAS:** factores en el entorno de una persona que cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad.
- 7.8 PERSONA CON DISCAPACIDAD:** Persona que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás. (NTS 127-MINSA/DGIESP-2016).
- 7.9 SALUD:** La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia. (OMS.-1947)
- 7.10 BIENESTAR:** Es un término general que engloba todo el universo de "dominios de la vida humana", incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera como tener una "buena vida".
- 7.11 CONDICIÓN DE SALUD:** Es un término genérico que incluye la enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión, puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las condiciones de salud se codifican utilizando la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas de Salud relacionados, 10ª revisión de la OMS).
- 7.12 PARTICIPACIÓN:** Es la implicación de la persona (a la hora de realizar una tarea determinada) en una situación vital dentro del contexto real en el que vive. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.
- 7.13 RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN:** son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse (a la hora de realizar una tarea determinada) en situaciones vitales. La presencia de la restricción en la participación vendrá determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad. Representa la perspectiva de la sociedad respecto a la discapacidad. (CIF)
- 7.14 APOYOS:** Los apoyos son formas de asistencia libremente elegidos por una persona mayor de edad para facilitar el ejercicio de sus derechos, incluyendo el apoyo en la comunicación, en la comprensión de los actos jurídicos y de las consecuencias de estos, y la manifestación e interpretación de la voluntad de quien requiere el apoyo. El apoyo no tiene facultades de representación salvo en los casos en que ello se establezca expresamente por decisión de la persona con necesidad de apoyo o el juez. Cuando el apoyo requiera interpretar la voluntad de la persona a quien asiste aplica el criterio de la mejor interpretación de la voluntad, considerando la trayectoria de vida de la persona, las previas manifestaciones de voluntad en similares contextos, la información con la que cuentan las personas de confianza de la



persona asistida, la consideración de sus preferencias y cualquier otra consideración pertinente para el caso concreto. (Decreto Legislativo N° 1384)

7.15 DETERMINACIÓN DE LOS APOYOS: La persona que solicita los apoyos determina su forma, identidad, alcance, duración y cantidad de apoyos. Los apoyos pueden recaer en una o más personas naturales, instituciones públicas o personas jurídicas sin fines de lucro, ambas especializadas en la materia y debidamente registradas. (Decreto Legislativo N° 1384)

7.16 AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO): La OMS define el autocuidado como las actividades que realiza una persona para lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y de las partes del cuerpo, la higiene relacionada con los procesos de excreción, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud.

7.17 DEPENDENCIA: Un estado en el que las personas, debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias. (Consejo de Europa, en su recomendación No R (98)9)

Según esto, y aproximándonos a la terminología que propone la CIF en relación al funcionamiento y la discapacidad de un individuo con una determinada condición de salud, podremos definir la dependencia como: La situación en la que una persona con discapacidad, precise de ayuda técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad.

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende dependencia exclusivamente en referencia a la necesidad de cuidados, siendo definida formalmente como dependencia de cuidados. De esta manera, la situación de dependencia se presenta cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no puede llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin ayuda de un tercero (OMS, 2015).

Lo que se desprende de estas definiciones recogidas es la idea de que la dependencia funcional no surge exclusiva ni necesariamente como resultado de la presencia de limitaciones o inhabilidades que una persona pueda tener para efectuar actividades cotidianas, sino que se requiere que estas limitaciones resulten en una necesidad de ayuda por parte de terceros para poder llevar a cabo las tareas propias de la vida diaria de manera satisfactoria. Esto sólo ocurre cuando la limitación individual no puede ser compensada por una adaptación del entorno a las características de la persona (IMSERSO, 2005).

7.18 DISCAPACIDAD SEVERA: Condición en que la persona con discapacidad tiene dificultad grave o completa para la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo para ello el apoyo o los cuidados de una tercera persona la mayor parte del tiempo o permanente. La discapacidad severa incluye a la dificultad grave y completa (puntaje 4, 5, 6 de la tabla de códigos y gravedad de la NTS N°127-MINSA/2016/DGIESP). Personas cuyo diagnóstico está comprendido en la relación de daños del Anexo N° 1 de la NTS N°127-MINSA/2016/DGIESP "Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad", son calificadas con discapacidad severa.

7.19 CAPACIDAD JURÍDICA: Toda persona tiene capacidad jurídica para el goce y ejercicio de sus derechos. La capacidad de ejercicio solo puede ser restringida por ley. Las personas con discapacidad tienen capacidad de ejercicio en igualdad de condiciones en todos los aspectos de la vida. (Decreto Legislativo N° 1384)

7.20 CAPACIDAD DE EJERCICIO PLENA: Toda persona mayor de dieciocho años tiene plena capacidad de ejercicio. Esto incluye a todas las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás y en todos los aspectos de la vida, independientemente de si usan o requieren de ajustes razonables o apoyos para la manifestación de su voluntad. Excepcionalmente tienen plena capacidad de ejercicio los mayores de catorce años y menores de dieciocho años que contraigan matrimonio, o quienes ejerciten la paternidad. (Decreto Legislativo N° 1384)



7.21 REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN: Son procesos orientados a mejorar el funcionamiento físico y cognitivo, las actividades (incluyendo la conducta), la participación (incluyendo la calidad de vida) y la modificación de los factores personales y el entorno. Tiene como objetivo permitir que la persona con discapacidad alcance y mantenga un máximo nivel de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. (NTS N°127-MINSA/2016/DGIESP "Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad")

7.22 AUTONOMÍA: capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias; así como, de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, definidas como las tareas más elementales de la persona, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

VIII. DISPOSICIONES GENERALES

8.1 ENFOQUES TRANSVERSALES: este Programa está sustentado en cuatro enfoques que fundamentan y orientan su accionar de manera transversal a todo el proceso. Estos enfoques son:

8.1.1 Independencia como derecho

- Según García Alonso (2003), la idea de independencia o independencia personal está directamente vinculada con la libertad personal que se recoge en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948). En este sentido, la vida independiente representa un principio rector que permite alcanzar la igualdad de oportunidades, la plena participación en la sociedad y la libertad individual; sin embargo, numerosas personas con discapacidad siguen experimentando importantes dificultades para tomar sus propias decisiones y ser incluidos en la comunidad.
- Ante la falta de impacto de los derechos humanos, la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta en 2006 la Convención de los derechos de las personas con discapacidad (Naciones Unidas, 2006), en ella los Estados Partes "reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que: a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con los demás, y que no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico. b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta. (...)" (Art. 19°).
- Según el Commissioner for Human Rights (2012), vivir de forma independiente significaría tomar las propias decisiones y acceder a los apoyos necesarios, sin ser excluido de la comunidad, lo cual implica tres elementos clave:
 - Decidir: la persona tiene el derecho de tomar sus propias decisiones.
 - Servicios de apoyo individualizado: la persona tiene el derecho de acceder a los servicios que combaten el aislamiento y la segregación de la comunidad.
 - Servicios de la comunidad inclusivos: la persona tiene el derecho a acceder a los servicios que dirigidos al conjunto de la población.



- El derecho a la salud está reafirmado en tratados internacionales, de los que el Perú es Estado parte. Fue consagrado por primera vez en la Constitución de la OMS, en 1946. Posteriormente, fue reiterada en la Declaración de Alma-Ata (1978) y en la Declaración Mundial de la Salud (1998). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que el derecho a la salud se debe interpretar como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones de trabajo seguras y sanas, un medio ambiente sano y el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (2000). Desde una mirada actual de la ética, es necesario tener en cuenta los factores determinantes de la salud y cómo se distribuyen y aplican; ampliando el campo a las necesidades de las poblaciones y a temas como la asignación de los recursos a las poblaciones para garantizar las medidas sanitarias y sociales necesarias.
- La Ley N° 29973 "Ley General de la Persona con Discapacidad", la que establece como uno de sus principios "El respeto de la dignidad inherente; la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones; y la independencia de la persona con discapacidad" (Art 4°).

8.1.2 Participación Comunitaria y Empoderamiento Social

- La participación comunitaria es un proceso por el cual los individuos y las familias toman a cargo su propia salud y su bienestar, lo mismo que el de la comunidad, de la cual ellos forman parte.
- Gracias a esta participación, los individuos y los grupos sociales pueden incrementar sus responsabilidades en salud contribuyendo a un desarrollo más global. La participación comunitaria está estrechamente ligada al empoderamiento ciudadano, que es el proceso mediante el cual los individuos obtienen control de sus decisiones y acciones relacionadas con el bienestar personal y social; expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural para responder a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y la de la comunidad. Se refiere al proceso de autodeterminación por el cual las personas o comunidades ganan control sobre su propio camino de vida. Se trata de un proceso de concientización (tomar conciencia de todos los factores que influyen sobre la vida de las personas) y liberación (ganar poder de decisión sobre su propio destino).
- La Autodeterminación es el proceso por el cual la acción de una persona es el principal agente causal de su propia vida y de las elecciones y toma de decisiones sobre su calidad de vida, libre de influencias externas o interferencias.
- El Movimiento mundial de Vida Independiente (Independent Living Movement, ILM), nace en los Estados Unidos, entre los años 1960 y 1970, como un nuevo movimiento social, que lucha por la emancipación y el empoderamiento de las personas con "diversidad funcional"; en especial de aquellas que necesitan cada día de su vida, apoyos humanos para realizar distintas actividades. Su objetivo principal era entonces sacar a las personas con diversidad funcional de los hospitales e instituciones, e incluso de sus propias casas, en donde se hallaban recluidas, para devolverlas a una vida de participación en la comunidad.

8.1.3 Atención centrada en la persona

- Tomando como punto de partida la definición de salud como "el completo estado de bienestar, físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento y no solo la ausencia de



enfermedad" (Terris, 1951), se alcanza una conceptualización del ser humano como un complejo multidimensional, superior a la suma de sus partes por separado, en la que la interacción entre cada uno de los elementos incluidos en la definición es continua, estableciendo relaciones de interdependencia en todos ellos (Kielhofner y Burke, 1980).

- En relación a la persona con discapacidad, de diverso grado de dependencia, la planificación y la intervención centrada en la persona se conciben como la metodología necesaria para lograr que sea el adulto con discapacidad, quien planifique y tome decisiones sobre su propia vida y sobre los objetivos que aspire alcanzar en su transcurso. Para ello, las intervenciones han de enfatizar en favorecer el máximo grado de independencia, el acompañamiento; así como, el apoyo profesional dirigidos a reforzar las capacidades de la persona, para que apoyándose sobre ellas y sus expectativas, llegue a ejercer al máximo su autonomía. Se trata pues de realizar un cambio de enfoque que sitúe en el centro del proceso de intervención a la persona, que debe estar por encima del saber profesional.
- La atención integral centrada en la persona, es reclamada tanto por los servicios sanitarios como por los sociales, de manera que si se revisan los informes, estudios o artículos científicos que se relacionan con las intervenciones y políticas dirigidas a las personas con discapacidad o dependencia, parten con el objetivo que las personas deben permanecer viviendo en su casa e integradas en su entorno, con el apoyo coordinado de los servicios y programas que requieran (salud, educación, atención social, vivienda, familia, transporte, y otros).
- Las actuaciones en el marco socio sanitario implican la puesta en práctica de acciones que repercuten sobre los planos físico, psíquico y social, obteniendo como consecuencia una clara intervención sobre la capacidad de funcionamiento, el cual constituye el eje cardinal de la conceptualización de la discapacidad que efectuó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), donde indica que la discapacidad puede definirse como un hecho relativo y dinámico, que se encuentra relacionado con el nivel de funcionamiento y participación en actividades o contextos, en un momento determinado y en un entorno concreto (OMS, 2001).
- Así, la influencia de los factores contextuales (tanto internos o personales, como externos o ambientales) es definitoria de la situación de salud de dicha persona. En otras palabras, no puede hablarse de discapacidad sin hacer referencia al entorno, dado que esta solo existe cuando se da una combinación de factores de salud y contextuales que conducen a una persona determinada, en un momento determinado, a sufrir una limitación en la actividad y/o restricción en la participación (OMS, 2001).
- La Intersectorialidad es la integración de distintos ámbitos y de los distintos actores representativos de las instituciones y organizaciones de la sociedad, que inician un proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones de asuntos que se consideran de importancia para el desarrollo social. La acción intersectorial permite aunar fuerzas, conocimientos y medios para comprender y resolver problemas complejos que no pueden ser resueltos por un solo sector. (Alessandro, 2002).



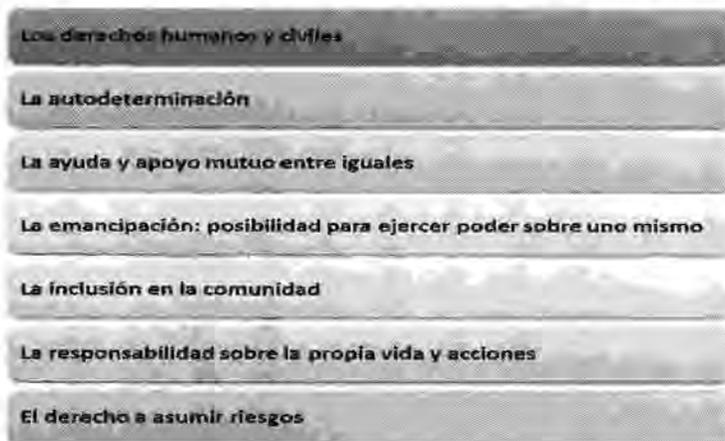
8.1.4 Filosofía de vida independiente

- La Filosofía de Vida Independiente entiende que la discapacidad (diversidad funcional) tiene lugar en la medida en que la sociedad no está diseñada para aceptar la diversidad de sus individuos y por lo tanto los discrimina impidiéndoles el acceso a la plena participación social en igualdad de oportunidades. De esta manera, la responsabilidad deja de ser del individuo y se traslada a la sociedad.

- De este modo nace la necesidad de eliminación de las barreras para facilitar la participación activa que ha llevado a los desarrollos de la accesibilidad universal y al diseño para todos, así como a las reivindicaciones sociales y a la concienciación de la sociedad para lograr un modelo de atención de las necesidades, más justo y respetuoso con la voluntad de la persona con discapacidad.

Gráfico N° 1

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA FILOSOFÍA DE VIDA INDEPENDIENTE



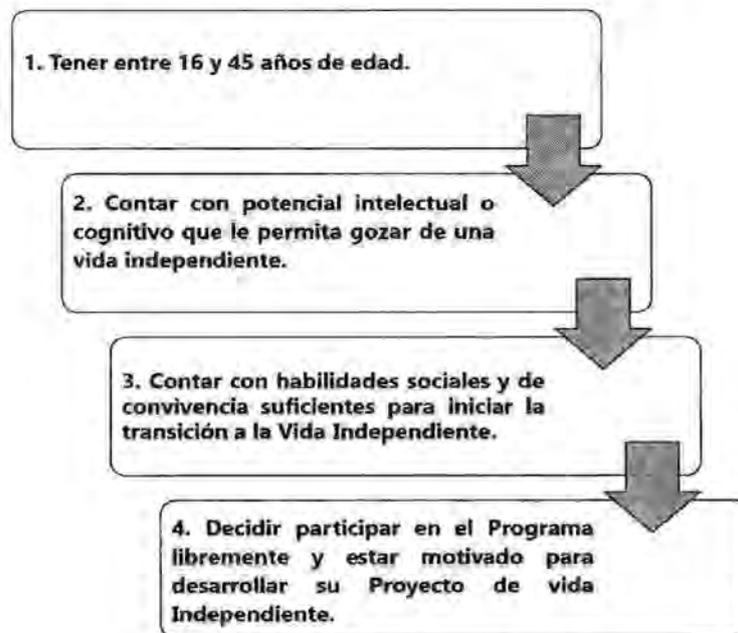
- Modelo de vida independiente: Corriente social de defensa de los derechos de las personas con discapacidad, que ha reaccionado ante su exclusión de la participación social y de la capacidad de tomar decisiones, sobre los asuntos relacionados con sus propias vidas, (Maraña y Novoa, 2010)
- El Movimiento de Vida Independiente surgió a finales de los años 60 en los Estados Unidos de Norteamérica, promovido por personas con discapacidad que estudiaban en diferentes universidades del país, veteranos de guerra con discapacidad adquirida, asociaciones y organizaciones del ámbito, que se manifestaron para desinstitucionalizar a las personas que vivían recluidas, y pedir su participación en la comunidad (García, 2003).
- Este Movimiento responde a la existencia de barreras en el entorno físico, en las actitudes de la comunidad, a las pocas expectativas de realización personal, a los prejuicios y estigmatización de la discapacidad; todo esto conlleva a la discriminación y falta de ejercicio de derechos, los que deben empezar por que las mismas personas con discapacidad asuman la responsabilidad en la gestión de los servicios que les afectan.
- El modelo de Vida Independiente plantea un paradigma de intervención social que se enfrenta abiertamente a la concepción tradicional de la discapacidad, en la que se trata la discapacidad como un problema de la persona, que requiere de "cuidados" durante toda su vida, infravalora capacidades para desarrollar una vida plena y activa y decide sobre las necesidades y procedimientos más elementales que afectan a las personas con discapacidad; al mismo tiempo que limita el ejercicio de los derechos esenciales de la persona, como la libertad y la participación.
- La persona con discapacidad se reconoce a sí misma con necesidades sanitarias, sociales, técnicas y humanas; pero también se reconoce capaz de controlar su propia vida, de evaluar su propia situación y tomar decisiones al respecto.

IX. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

- 9.1 PERFIL DEL USUARIO:** El programa está dirigido a personas con dependencia o discapacidad física, mental, sensorial o intelectual severa (discapacidad moderada y grave de la NTS N° 127-MINSA/2016/DGIESP; o aquella vigente), en transición a la vida independiente, que cumplan con los requisitos mencionados en el gráfico N° 2. Para ver el flujo de atención del programa, ver anexo N° 1

Gráfico N° 2

REQUISITOS DE INGRESO AL PROGRAMA



Fuente: Elaboración propia

9.1.1 Personas con dependencia o discapacidad física, mental, sensorial o intelectual severa

- La condición de persona con discapacidad es originada cuando la persona tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente y con diagnóstico definitivo. La discapacidad severa (puntaje 4, 5, 6 de la tabla de códigos y gravedad según la Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad) equivale a la dificultad grave y completa.
- La gravedad de la discapacidad se encuentra registrada en el certificado de discapacidad y consiste en evaluar y valorar objetivamente la gravedad de la discapacidad según la siguiente tabla N° 1.
- En caso de que el asegurado con discapacidad no cuente con certificado de discapacidad vigente, el médico del CERPS o MBRPS realizará la evaluación y verificación de su condición de persona con discapacidad; así como, la gravedad de la misma, a fin de precisar si el asegurado cumple con el perfil requerido.



Tabla N° 1

TABLA DE CÓDIGOS Y GRAVEDAD

0	Sin limitación (ninguna discapacidad presente).	NINGUNA dificultad
1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad, pero sin ayuda. (Dificultad presente, dificultad en la ejecución)	Dificultad LIGERA (poca, escasa) Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda.
2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayudas. (Ejecución <u>ayudada</u> , ayudas o dispositivos necesarios)	Dificultad MODERADA (media, regular) Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayudas o con la asistencia momentánea de otra persona
3	Realiza además de asistencia momentánea de otra persona. (Ejecución <u>asistida</u> , necesidad de una mano que preste ayuda)	
4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo. (Ejecución <u>dependiente</u> , total dependencia de la presencia de otra persona)	Dificultad GRAVE (mucho, extrema) Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo. (Ejecución <u>dependiente</u> , total dependencia de la presencia de otra persona)
5	Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de otra persona, la cual además, requiere de un dispositivo o ayuda que le permita asistir.	
6	La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal	Dificultad COMPLETA (total) La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal.

Fuente: NTS N° 127-MINSA/2016/DGIESP Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad. El sombreado es agregado.

- Como parte del Programa, el asegurado deberá contar con certificado de discapacidad, el cual puede ser solicitado durante su permanencia en el Programa, de acuerdo a la Directiva N°06-GCPS-ESSALUD-2017 "Procedimiento para la Evaluación, Calificación y Certificación de Discapacidad en ESSALUD", o aquella que se encuentre vigente.



Tabla N° 2

ÁREAS DE EVALUACIÓN DE LAS LIMITACIONES

Áreas de evaluación de las Limitaciones
De la conducta
De la comunicación
Del cuidado personal
De la locomoción
De la disposición corporal
De la destreza
De situación

Fuente: NTS N° 127-MINSA/2016/DGIESP Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad.

- 9.1.2 Tener entre 16 y 45 años de edad:** Determinado por DNI, partida de nacimiento o Certificado de discapacidad.
- 9.1.3 Contar con potencial intelectual o cognitivo que le permita gozar de una vida independiente**
- Durante la evaluación psicológica, es importante que, además de valorar la función cognitiva, observar el desarrollo social, emocional y de la personalidad del individuo. Toda

percepción sobre el nivel de desarrollo emocional y de la personalidad permite comprender mejor las necesidades básicas y la motivación de la persona.

- Evaluación del entorno. La valoración de las condiciones del entorno es de gran importancia. Es muy fácil obviar problemas familiares o de estilo de vida que influyen considerablemente en el problema en casos en que el paciente no puede hablar sobre sus preocupaciones por falta de las habilidades verbales necesarias. El punto central de la evaluación es la identificación de los factores causantes, de procesamiento central y de continuidad. Dichos factores se enmarcan en el contexto del triángulo de aparición de problemas de conducta (persona – interacción – entorno), teniendo en cuenta las características biológicas, médicas, psicológicas, sociales y de desarrollo del individuo, así como las condiciones físicas y sociales en el entorno actual.
- Evaluación del Potencial de Aprendizaje (EPA). Alternativa independiente y explícita a la evaluación de inteligencia (Calero, 1995). Esta metodología parte de la premisa de que “Todos aprendemos, pero no todos aprovechamos en el mismo grado, ni a la misma velocidad” (Sternberg y Grigorenko, 2008).

9.1.4 Contar con habilidades sociales y de convivencia suficientes para iniciar la transición a la vida independiente

- Las habilidades sociales son las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. Al tratarse de conductas, son aspectos observables, medibles y modificables; no es un rasgo innato de un sujeto, determinado por su código genético o por su condición de discapacidad. Asimismo, entra en juego el otro, al tratarse de situaciones en las que participan por lo menos dos personas; las cuales son efectivas y satisfactorias, donde expresa su acuerdo o desacuerdo, sin generar malestar en la otra persona.
- Pero no sólo es importante tener habilidades sociales, sino ponerlas en práctica en la situación adecuada. La competencia social es la adecuación de las conductas al contexto. Cuando la persona carece de habilidades sociales, puede que afronte las situaciones de dos maneras diferentes: evitando las situaciones o accediendo a las demandas de los demás, con la finalidad de no exponerse a enfrentamientos (Conducta pasiva); o eligiendo por otros e infringiendo los derechos de los demás, para obtener sus metas (Conducta agresiva).
- Las habilidades sociales constituyen una de las áreas prioritarias en el desarrollo social de cualquier persona, su aprendizaje está condicionado por las experiencias vividas, el entorno en el que nos movamos y los modelos que nos rodeen. En el caso de las personas con discapacidad intelectual, el desarrollo de habilidades sociales es necesario para favorecer una integración y desinstitucionalización exitosa; la aceptación social; estabilidad personal; prevenir el abuso sexual, rechazar determinadas demandas, o decir que no. Ver evaluación en anexo N°2.
- La resiliencia, esa capacidad de asumir con flexibilidad situaciones límite, y sobreponerse a ellas, tiene que convertirse en una herramienta perfecta para potenciar su capacidad de autodeterminación y decisión, situación que se engloba en el frecuentemente utilizado término empoderamiento.

9.1.5 Decidir libremente participar en el programa y estar motivado para desarrollar su Proyecto de vida independiente

- El asegurado con discapacidad debe presentar su solicitud firmada, de ser necesario, con ayuda de apoyos y ajustes necesarios, la cual debe constar en la historia.



- El candidato a asistente personal debe firmar formulario de inscripción y compromiso.

9.2 PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: el objetivo básico del proyecto de vida independiente es ofrecer oportunidades y apoyos que fomenten el desarrollo de habilidades sociales, de autonomía personal, de autorregulación y de autodeterminación, además de mejorar su autoestima y su calidad de vida, acercándolas cada vez más a la participación plena en todos los ámbitos personales y en diferentes contextos (laboral, de la vivienda, social, formativo).

9.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN AL PROGRAMA

1. Personas con discapacidad ligera o completa.
2. Personas con condición psiquiátrica descompensada o sin tratamiento.
3. Personas con síndrome convulsivo no controlado. Criterio de exclusión relativo, de acuerdo al criterio médico.
4. Drogadicción o Alcoholismo.
5. Persona con discapacidad que no acepta ni se encuentra adaptada a su discapacidad. Criterio de exclusión relativo, de acuerdo al criterio del equipo evaluador.



4 EQUIPO DE REHABILITACIÓN: Este Programa involucra la participación de los profesionales del CERPS y MBRPS, la persona con discapacidad (usuario), la familia y la comunidad; quienes, en base a las evaluaciones e identificación de los intereses, habilidades, y necesidades de la persona, establecen un proyecto de vida, con metas claras para la obtención de la vida independiente de los asegurados con dependencia (discapacidad grave).

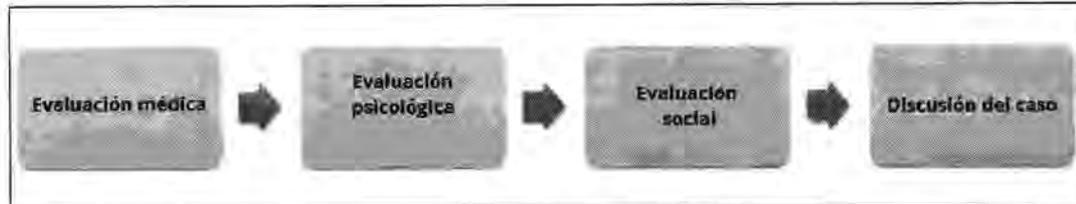
9.5 RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaboración del Proyecto de Vida Independiente del usuario inscrito al Programa.
2. Adquisición de las habilidades sociales, de convivencia y autodeterminación suficientes como para llevar a la práctica el Proyecto de vida independiente con éxito.
3. Capacitación de asistentes personales en el marco de la filosofía de vida independiente.
4. Asistencia personal autogestionada adaptada a las necesidades de la persona con discapacidad.
5. Favorecer las relaciones de comunicación entre la familia y la persona con discapacidad, basadas en el respeto, la autonomía y el apoyo consentido.

9.6 EVALUACIÓN DE INGRESO AL PROGRAMA

- La primera tarea del equipo de rehabilitación será determinar las áreas de interés y prioridad, y en gran medida, el usuario y la familia pueden decirlo.
- Una vez que se han identificado las áreas de prioridad, los profesionales deberán comprobar que se efectúe una completa evaluación de las habilidades actuales, de modo que se pueda encontrar un punto de partida adecuado y guiar el desarrollo de las habilidades a lo largo del programa.

**Gráfico N° 3
EVALUACIÓN DE INGRESO AL PROGRAMA**



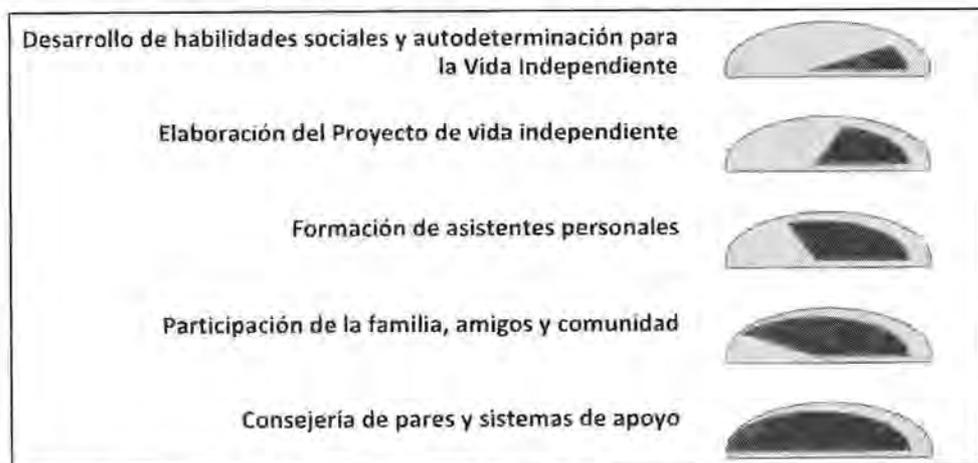
- En discusión del caso, el equipo determina si el asegurado cumple criterios de inclusión al programa y establece plan de trabajo, con el usuario y la familia. Ver flujo completo en anexo N° 1.

9.7 EJES DE INTERVENCIÓN

1. Desarrollo de habilidades sociales y autodeterminación para la vida independiente
2. Elaboración del Proyecto de vida independiente
3. Formación de asistentes personales
4. Participación de la familia, amigos y comunidad
5. Consejería de pares y sistemas de apoyo



**Grafico N° 4
EJES DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA**



Elaboración: Subgerencia de Rehabilitación Social y Laboral

9.8 EJE 1: DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES Y AUTODETERMINACIÓN PARA LA VIDA INDEPENDIENTE

- Entendemos la discapacidad como un estado de funcionamiento de la persona, dejando por tanto de identificarla como una característica de la misma, ya que esta característica no es permanente o inamovible y puede variar significativamente en función de los apoyos que reciba la persona. Desde esta perspectiva interaccionista se plantean tres elementos que se encuentran en estrecha relación:

- a. Las posibilidades o habilidades de la persona, en relación a los distintos entornos en los que participa habitualmente.
 - b. Las posibilidades de participación funcional en estos entornos y la adecuación del conjunto de apoyos.
 - c. Respuesta de las personas con las que interaccionan (familiares, profesionales).
- La promoción de las habilidades para la vida independiente permite a las personas adquirir competencias necesarias para enfrentar los grandes retos, como construir su proyecto de vida. Las habilidades para la vida favorecen comportamientos de vida saludables en las diferentes etapas del ser humano. La transición a la vida independiente debe conducir al desarrollo de relaciones sociales y a la participación en la comunidad (Jenaro, 2001).

9.8.1 Logro esperado:

- Que la persona con discapacidad obtenga las habilidades sociales, de convivencia y autodeterminación suficientes, como para llevar a la práctica su Proyecto de vida independiente con éxito.

9.8.2 Desarrollo de Habilidades sociales

- Existen ciertos comportamientos que benefician la transición a la vida independiente. Dar importancia a la seguridad, a la salud y al autocuidado; así como, tener respeto por los demás incrementa la probabilidad de encajar bien en programas de vida independiente que incluyan asistencia personal (Webber, Jenkinson et al., 2002).
- El conocimiento o la información por sí misma, no asegura que las personas asuman comportamientos saludables, tampoco las habilidades para la vida, aisladas del conocimiento; por lo que es necesario que la persona tenga la disposición para adoptar o cambiar un determinado comportamiento.
- Las habilidades sociales, o lo que técnicamente se conoce como conducta asertiva, consiste en pedir lo que quieres y negarte a lo que no quieres de un modo adecuado. Conseguir tus metas sin dañar a otros, expresar sentimientos y pensamientos, realizar elecciones personales y sentirse bien con uno mismo, son las principales.
- Adquisición y generalización de habilidades en personas con discapacidad intelectual:
 - De relación interpersonal: iniciar y mantener una conversación, aceptar la ayuda de los demás, pedir ayuda, dar las gracias, pedir las cosas por favor, compartir cosas, dar información de sí mismo, conocer y practicar las normas de educación social, etc.
 - De la vida diaria relacionadas con el vestido, el aseo personal y la alimentación: saber seleccionar la ropa adecuada para cada momento y cada época del año, ser capaz de llevar a cabo las tareas de aseo personal, etc.
 - Desarrollo de la responsabilidad y autonomía en el desempeño de las tareas domésticas: poner y quitar la mesa, coger el teléfono, poner la lavadora, hacerse comidas sencillas, realizar la compra en algún comercio próximo, lavar los platos, coserse un botón, ordenar la habitación, hacer las tareas de limpieza de la casa, etc.
 - Desarrollo de la capacidad de emplear el tiempo libre en compañía de personas de su misma edad: compartir aficiones, conocer la programación de la televisión y compartirla con sus compañeros de piso, ir al cine, ir a tomar un café con amigos, etc.



- Todas estas adquisiciones, que se han iniciado ya en el marco familiar, tienen en el nuevo contexto la característica esencial de que responderán a la iniciativa personal de la persona con discapacidad. Con ello se quiere incidir en la autodeterminación de las personas con discapacidad. La valoración del progreso de las personas con discapacidad se lleva a cabo a través de la observación no participante, reuniones de grupo, anecdotarios, etc.
- Partes del entrenamiento de habilidades sociales
 1. **Instrucción o explicación verbal.** Consiste en explicar en qué consiste dicha habilidad, cuál es su importancia, por qué utilizarla de manera adecuada reporta beneficios importantes, situaciones en las que resulta pertinente emplearla, reglas sociales que regulan su empleo, componentes verbales y no verbales de su ejecución y cómo se realiza de forma correcta.
 2. **Utilización de modelos.** La habilidad a entrenar se realiza por parte de un modelo, de forma que la visión de la escena refuerce la explicación e instrucción verbal. Se aprende mejor cuando las características del modelo son similares a las de los usuarios que forman parte del entrenamiento, características como: La edad, pertenencia al mismo grupo o taller, que el modelo sea una persona significativa e importante para los usuarios, el lenguaje utilizado por el modelo sea similar y comprensible por el grupo de usuarios.
 3. **Role play.** Los usuarios ponen en práctica la habilidad en situación de aprendizaje. Esto permite realizar varios ensayos, en situaciones diferentes y bajo la supervisión del entrenador. El objetivo de estos ensayos de conducta es aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas. El role-play, sigue a su vez varios pasos: a) Presentación del modelo. b) Comentario a la actuación del modelo: aspectos importantes, resultados. c) Realización del role-play por los sujetos. d) Feedback de los compañeros y entrenador. e) Repetición del role-play (este paso se realiza varias veces, según el grado de corrección en la realización del role-play).
 4. **Reforzamiento.** Se da a lo largo de todos los ensayos, sirviendo tanto para adquirir nuevas conductas, como para aumentar determinadas conductas adaptativas en la persona. Siempre teniendo en cuenta que el refuerzo más potente es el social, aunque a veces es necesario acompañarlo de refuerzo material. La eficacia del refuerzo depende, en primer lugar de la demora entre la ejecución de la conducta y la entrega del reforzador.
 5. **Retroalimentación.** Consiste en proporcionar información específica al usuario para el desarrollo y mejora de la habilidad entrenada. La información sobre la ejecución de la conducta debe hacerse siempre en términos positivos. Si la ejecución ha sido inadecuada le animamos a practicarla de nuevo explicándole qué debe cambiar y proporcionándole todas las oportunidades que necesite, si la ejecución ha sido positiva le reforzamos por ella social y materialmente.
 6. **Actividades para la generalización.** Estas actividades ayudan a los usuarios a transferir lo aprendido y entrenado en el contexto de entrenamiento a otros contextos (este es el objetivo final del entrenamiento). Para conseguir la generalización es necesario que todos los profesionales del centro (los que hayan formado parte del entrenamiento y los que no) conozcan las habilidades que se están entrenando y sean conscientes de los programas puestos en marcha con los usuarios para que puedan colaborar en el mantenimiento y generalización de las diferentes habilidades.



Las tareas para casa son actividades que facilitan la generalización; son tareas que el entrenador propone a los usuarios acerca de lo aprendido y ensayado, para que ellos las pongan en marcha en otras situaciones fuera del entrenamiento.

Siempre tener en cuenta el grado de comprensión de la persona y su grado de afectación, proponer tareas coherentes con las posibilidades de cada usuario. Puede ser necesario utilizar, si las características de los usuarios lo requieren, otro tipo de ayudas (físicas o sensoriales) que faciliten la ejecución de la conducta correcta. Las tareas para casa no están directamente supervisadas por el entrenador, pero son importantes a la hora de conseguir la generalización del aprendizaje, para lo cual también deben implicarse los familiares y red social del usuario.

Las experiencias en diversos centros indican que los recuerdos visuales de dichas habilidades (en carteles, murales y dibujos explicando lo que es cada habilidad, o fotos de los usuarios poniendo en marcha una habilidad de un modo correcto) pueden ser de una gran efectividad para implicar a otros profesionales en este momento del programa.

Importante: igual que para la evaluación, es necesario concretar en qué consiste una conducta, esto debe hacerse también a la hora de programar la intervención; si no se hace así, podemos encontrar resultados distintos en profesionales distintos. Por ejemplo, decir que un niño tiene una conducta agresiva no es operativo; pero decir que un niño da golpes en la mesa o tira los materiales contra la pared, si es operativo. No brindar opiniones subjetivas de lo que la persona al parecer es, sino lo que hace, de modo que no dé lugar a distintas interpretaciones por parte de los profesionales que van a intervenir en el programa.



9.8.3 Autodeterminación

- Según Verdugo y Jordán de Urries (2013) las diez áreas fundamentales donde actuar para lograr una transición a la vida adulta en igualdad de oportunidades son: (1) empleo; (2) formación laboral; (3) educación superior; (4) suficiencia económica; (5) vida independiente; (6) transporte y movilidad; (7) relaciones sociales; (8) ocio y tiempo libre; (9) salud y seguridad; (10) autorrepresentación o autogestión.
- Muchas veces, la razón de no poder vivir en entornos comunitarios es el propio comportamiento de las personas con discapacidad (Kim, 2012). Sea como sea, es necesario fomentar la autodeterminación y desarrollar programas de intervención en autonomía personal y vida independiente para que las personas con discapacidad puedan gestionar sus propias vidas (Lindsay, Kingsnorth et al., 2014).

9.9 EJE 2: PROYECTO DE VIDA INDEPENDIENTE

- El proyecto de vida es un plan que se desarrolla con la finalidad de definir los deseos que se quieren cumplir en la vida. La persona lo realiza con el propósito de alcanzar uno o distintos propósitos en su existencia. El concepto es asociado a la realización personal en la cual las personas logran definir de manera consciente las opciones que tienen en la vida para conducir y alcanzar el destino que se proponen.

9.9.1 Elaboración del Proyecto de Vida Independiente.

- El Proyecto de Vida Independiente es el esquema a través del cual, la persona con discapacidad proyecta las horas de asistencia personal que necesita para realizar una vida activa en igualdad de oportunidades con el resto de personas. En él se plasman todas las necesidades de asistencia personal en función de las tareas que realiza cada persona diariamente de acuerdo a su proyecto de vida. Ver anexo N° 3

9.9.2 Logro esperado:

- Elaboración del Proyecto de Vida Independiente del usuario inscrito al Programa.

9.9.3 Requisitos:

- Haber culminado con las actividades del Eje 1.

9.9.4 Puesta en marcha del Proyecto. Ver desarrollo en el anexo N°3

9.10 EJE 3: FORMACIÓN DE ASISTENTES PERSONALES

- Vivir de forma independiente, desarrollar un proyecto de vida y elegir cómo hacerlo, es una aspiración a la que las personas con discapacidad tienen derecho. Para que sea posible, muchas de ellas precisan recibir los apoyos necesarios.
- Un asistente personal es una figura de apoyo, es una persona que ayuda a otra a desarrollar su vida. Es aquella persona que realiza, o ayuda a realizar las tareas de la vida diaria a otra persona que, por su situación de discapacidad, no puede realizarlas por sí misma.

9.10.1 Logros esperados:

1. Capacitación de asistentes personales, en el marco de la filosofía de vida independiente.
2. Entrenamiento de asistentes personales para el trabajo con usuario identificado.

9.10.2 Requisitos: ver detalles en el anexo N° 4

- Persona mayor de edad, con interés en formación como Asistente Personal (indispensable)
- Saber leer y escribir, cálculos básicos (indispensable)
- Solicitud y compromiso firmados (indispensable)
- Formación o experiencia previa en servicios de salud (recomendable)

9.10.3 Características del Asistente Personal.

- Las personas con alto nivel de dependencia necesitan de la ayuda personal en sus actividades de la vida diaria, tales como aseo personal y necesidades fisiológicas, hacer las compras, tareas del hogar, hacer gestiones fuera de la casa, incluso el desempeño en un trabajo o el acompañamiento hasta el puesto de trabajo, apoyo en las comunicaciones y actividades de ocio. Se trata de cubrir con apoyos, aquellas actividades que no puede resolver por sí mismo, de manera diligente, incluso con ayudas técnicas. Cada persona tiene necesidades diferentes. Las características se detallan en el anexo N° 4.

9.10.4 Metodología:

- Evaluación de aspirantes: las personas que deseen ser capacitadas como asistentes personales, así como las convocadas por el equipo del CERPS o MBRPS, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el anexo N°4.
- Conformación de grupos: Una vez se cuente con un grupo de 5 a 15 personas, se organizarán las sesiones de capacitación. Excepcionalmente se iniciará con un número menor de personas.
- Lugar: El programa se desarrollará en las instalaciones de los CERPS y MBRPS, o en la comunidad, en base a coordinaciones de EsSalud.





- **Modalidades:** La duración puede ser ajustada a la disponibilidad de los aspirantes y/o personal del CERPS o MBRPS, no excediendo de un mes de duración:
 - Mensual: 04 sesiones teóricas + 02 sesiones prácticas por semana, en cuatro semanas.
 - Acelerado: 16 sesiones teóricas + 05 sesiones prácticas en una semana.
(1 sesión= 60 min)
- **Capacitación:** a cargo del médico rehabilitador, psicólogo y trabajador social de la unidad operativa; además del terapeuta ocupacional, en el caso de los CERPS. Se inicia con la presentación de conceptos teóricos y talleres prácticos a cargo del personal, expositores expertos, así como testimonios de personas con discapacidad y/o asistentes personales, que les permita a los participantes conocer su experiencia, opiniones, necesidades y recomendaciones. De ser necesario se convocará la participación de expositores externos, en contenidos específicos. Está compuesta por cuatro Temas, los cuales se detallan en el anexo N° 5.
 - **Tema 1:** Aproximación conceptual a la Diversidad Funcional
 - **Tema 2:** Dependencia y Vida Independiente
 - **Tema 3:** Formación del Asistente Personal
 - **Tema 4:** Vida Independiente en la Comunidad
- **Evaluación de competencias:** El proceso de evaluación será continuo a lo largo de los temas, y consistirá en la participación activa de los aspirantes a AP durante las sesiones, en la realización de actividades propuestas, aplicando la teoría a un caso práctico, así como una evaluación escrita y una verbal, las cuales deben ser aprobadas para dar por concluida la capacitación. En caso de no aprobar o requerir mayor capacitación, se podrá, en base a discusión del caso, reforzar los aspectos necesarios.
- **Entrenamiento:** Se realiza a la persona con discapacidad y su potencial asistente personal (previamente capacitado), quienes, con ayuda del personal de EsSalud, buscan ser compatibles. El usuario (persona con discapacidad) actúa como consumidor y deberá decidir quién presta el servicio, que actividades realizará, cuándo lo hará, dónde y cómo. La calidad en la atención del asistente personal será evaluada por el usuario.



9.11 EJE 4: PREPARACIÓN DE LA FAMILIA, AMIGOS Y COMUNIDAD

- La sobreprotección por parte de los familiares, amigos, profesionales o diversos actores de la comunidad, tiene resultados negativos sobre la autonomía, la autodeterminación y la vida independiente de las personas con discapacidad moderada y severa. Por ello, el principio de autodeterminación requiere de un cambio de enfoque, que lleve hacia la asimilación del poder de control y decisión por la propia persona.
- Las personas quieren vivir una vida independiente, decisión basada muchas veces en relación a su futuro laboral, a la edad de sus padres, etc. Muchas veces, dicha expectativa no se le plantea ni a los padres ni las personas con discapacidad.

9.11.1 Logros esperados:

1. Familias de personas inscritas al Programa que adquieren las habilidades y destrezas necesarias, que les ayuden en la convivencia diaria mejorando la calidad de vida del conjunto familiar.
2. Capacitación de familiares y personas cuidadoras informales, en los que se aborden pautas de autocuidado y prevención de nuevas discapacidades.

3. Relaciones de comunicación entre la familia y la persona con discapacidad, basadas en el respeto, la autonomía y el apoyo consentido.

9.11.2 Actividades a desarrollar con la familia

- Presentación del programa y explicación de los diferentes componentes del mismo.
- Reuniones en grupo para analizar el desarrollo del programa, las dificultades que surgen, las soluciones que se pueden aportar. Frecuencia: mensual
- Reuniones individuales. Canales de comunicación fluida entre profesionales y familia, a través de encuentros breves después de cada sesión de trabajo.
- Explicación de los diferentes contenidos del proyecto de vida independiente y las implicaciones que se derivan de él.
- Pautas educativas vinculadas a las habilidades sociales y de autonomía personal; implicaciones prácticas de la autodeterminación.
- Actividades de refuerzo y consolidación del conocimiento adquirido.
- La última reunión grupal del curso se destinará a efectuar una valoración del programa

9.12EJE 5: CONSEJERÍA DE PARES Y SISTEMAS DE APOYO

- El concepto de "Vida Independiente" encierra la gama total de experiencias y derechos humanos. Por tanto, propone que independientemente de la naturaleza y complejidad de la discapacidad, las personas con discapacidad deben tener derecho a nacer, a la educación junto a sus compañeros sin discapacidad, igual acceso al trabajo, actividades de ocio, derecho a relaciones personales y sexuales, a la paternidad y maternidad, y a participar plenamente en la vida comunitaria.
- En realidad, las personas con discapacidad son clientes, trabajadores, estudiantes, padres, contribuyentes, votantes y miembros de la comunidad. El propósito de cualquier forma de apoyo se debe enfocar en capacitar a las personas para superar las barreras a las que se enfrentan para participar en todas esas actividades.
- Consejería de pares: participar del conocimiento y experiencia adquirida por semejantes (personas con discapacidad), explorar soluciones, adaptarse a la discapacidad, involucrarse activamente en la promoción y defensa de sus derechos, etc.
- Es de destacar la opinión de las personas con discapacidad que viven en la actualidad una vida independiente, afirman que es una experiencia muy buena, que se sienten mejor que antes y animan a todas las personas para que tomen esa decisión. Este conocimiento debe conducirnos a ayudar a la persona con discapacidad a conseguir que el proceso de transición desde la escuela, la niñez, a la vida adulta sea posible y a satisfacer la necesidad que tienen de sentirse útil a la sociedad a la que pertenecen, a través un una mayor información, preparación, apoyo, seguimiento y colaboración interprofesional, institucional, disciplinar, etc., iniciándose este camino en la familia, en la escuela y en la comunidad.
- Reuniones en grupo para analizar el desarrollo del programa, las dificultades que surgen, las soluciones que se pueden aportar. Frecuencia: mensual.
- Talleres de apoyo entre iguales: se realizan de forma periódica reuniones presenciales para compartir y aprender mutuamente de las experiencias de autogestión.

X. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

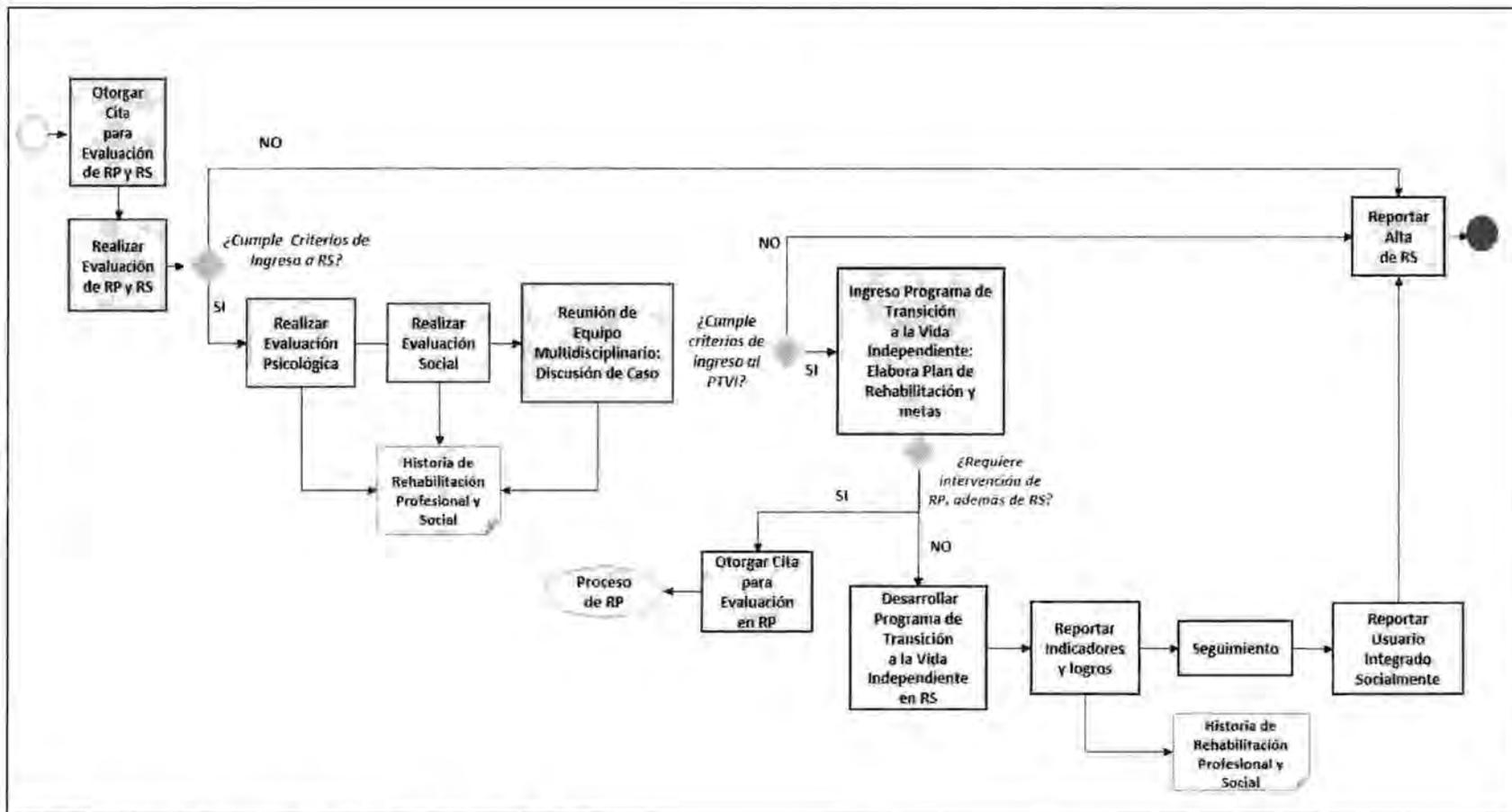
- 10.1 La implementación del presente documento técnico se realizará optimizando los recursos (Humanos, Infraestructura, Equipamiento, Tecnológicos, y otros) con que cuenta actualmente cada CERPS y MBRPS.

XI. ANEXOS



ANEXO N°1

FLUJO DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSICIÓN A LA VIDA INDEPENDIENTE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESSALUD



PTVI: Programa de Transición a la Vida Independiente de PCD
 RS: Rehabilitación social
 RP: Rehabilitación Profesional
 PCD: Persona con Discapacidad

ANEXO N° 2

EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

- Las habilidades sociales incluyen componentes verbales y no verbales.
- Los componentes no verbales hacen referencia al lenguaje corporal, a la distancia interpersonal, contacto ocular, postura, orientación, gestos y movimientos que hacemos con brazos, piernas y cara cuando nos relacionamos con otros. Los componentes no verbales son lo que se denominan habilidades corporales básicas, prioritarias e imprescindibles antes de trabajar cualquier habilidad social más compleja.

Los componentes no verbales en los que presentan déficits algunas personas con discapacidad intelectual son el contacto ocular, la distancia interpersonal, el contacto físico, la expresión facial y la postura. El contacto ocular resulta prioritario en el establecimiento de una comunicación y relación eficaz. La mirada directa a los ojos de la otra persona le garantiza que se le está escuchando, que les estamos prestando atención, además es necesario en el desarrollo de un aprendizaje eficaz. La invasión del espacio personal genera malestar y violencia en el interlocutor que luchará por reestablecer una distancia apropiada dando pasos hacia atrás y acelerando el final de la comunicación. El exceso de contacto físico, como las demostraciones excesivas de afecto a conocidos y extraños es otra de las conductas. El contacto físico es necesario y útil en la comunicación cuando la relación que se establezca lo permita.

La expresión facial es la manifestación externa por excelencia de las emociones. Puede expresar tanto el estado emocional del remitente como indicar un entendimiento del que escucha de los sentimientos de quien los expresa. La expresión facial es clave en las relaciones sociales en donde lo que prima son los sentimientos y las emociones.

- Los componentes verbales hacen referencia al volumen de la voz, el tono, el timbre, la fluidez, el tiempo de habla, la entonación, la claridad y la velocidad y el contenido del mensaje. Además de lo que decimos es importante el modo en que lo decimos.
- Existen numerosos procedimientos para evaluar las habilidades sociales en población sin discapacidad intelectual, sin embargo, para personas con discapacidad intelectual, la oferta es mucho más limitada, siendo una práctica habitual utilizar los mismos instrumentos. A continuación, se exponen procedimientos específicos que han sido diseñados minuciosamente para la población con discapacidad intelectual derivados de la práctica directa y del conocimiento científico extraídos sobre la misma.
- Entre las herramientas de evaluación disponibles, algunas de las cuales incluyen evaluaciones o listas de verificación, se encuentran:
 - Independent Living Skills: A Curriculum with Adaptations for Students with Visual Impairments (Habilidades de Vida Independiente: Plan de Estudios con Adaptaciones para Estudiantes con Impedimentos Visuales) (Loumiet y Levack, 1993);
 - Basic Skills for Community Living: A Curriculum for Students with Visual Impairments and Multiple Disabilities (Habilidades Básicas para la Vida en Comunidad: Plan de Estudios para Estudiantes con Impedimentos Visuales y Discapacidades Múltiples) (Levak y otros, 1996);
 - Student Performance Indicators (SPI)
 - Addressing Unique Educational Needs of Individuals with Disabilities: An Outcome Based Approach (Cómo abordar las Necesidades Educativas Únicas: Un Enfoque Basado en los Resultados) (Frey y otros, 1991);
 - Functional Skills Screening Inventory (Inventario de Clasificación de Habilidades Funcionales) (Becker y otros, 1984).



Formato N° 1
Currículo de habilidades para personas con necesidad de apoyo extenso y generalizado

Evaluación de Habilidades para personas con necesidad de apoyo extenso y generalizado	fecha 1	fecha 2	fecha 3	Observaciones
Interacción Física apropiada	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Tolera el contacto.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Reacciona al contacto.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Acepta la orientación física.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Coopera cuando se le mueven las manos.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Extiende la mano para dar un apretón.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Mueve las manos con otro.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Mueve las manos con un extraño.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Permite la manipulación del cuerpo para enseñarle una habilidad nueva.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Toca objetos familiares de forma independiente.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Toca objetos familiares con ayuda.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Toca objetos desconocidos de forma independiente.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Toca objetos desconocidos con ayuda.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Independientemente toca objetos ruidosos.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Toca objetos ruidosos con ayuda.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Reacciona al nombre	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Responde al nombre.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Reacciona al nombre con satisfacción.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Discrimina el nombre.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Viene cuando se le llama.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Viene cuando le llama un extraño, estando presente un conocido.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Viene cuando le llama un extraño, sin estar presente un conocido.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Cambia la expresión.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Sonríe cuando le tocan.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Sonríe cuando le sonríen.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Sonríe cuando se aproxima el entrenador.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Sonríe cuando recibe un objeto favorito.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Sonríe cuando elogian la tarea que ha realizado.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Sonríe cuando le sonríe un extraño.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Establece el contacto ocular en la proximidad.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Establece el contacto ocular en situaciones de acercamiento.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Establece el contacto ocular socialmente.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Establece el contacto ocular con un extraño.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Interacción social con el entrenador	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Responde a un conocido.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Recibe objetos del entrenador.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	
Da objetos al entrenador.	si a veces no	si a veces no	si a veces no	



Inicia la interacción.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Reacciona con agrado cuando el entrenador se acerca.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
"Saluda" a un conocido.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Busca la interacción con el conocido.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Desplazarse con el entrenador	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Anda con el entrenador sin resistirse.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Anda próximo a un conocido de forma independiente.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Anda dentro de una habitación familiar.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Anda dentro de una habitación desconocida de un edificio conocido.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Anda dentro de una habitación desconocida de un edificio desconocido.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Monta en un vehículo sin resistirse.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Monta con seguridad en un vehículo.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Anda de forma independiente con un extraño.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Interacción en grupo	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Tolera a otro	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Juega al balón con otro.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Recibe un objeto de otro.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Da un objeto a otro.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Sostiene las manos con otro.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Se une a un grupo.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Se divierte uniéndose a un grupo	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Elige unirse a un grupo.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Fomento de las habilidades de ocio	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Elige objetos para una actividad de ocio.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Inicia actividades de ocio de forma independiente.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Detiene una conducta no intencionada (incluida la auto-estimulación) cuando le ofrecen una actividad de ocio.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Inicia de forma independiente una actividad de ocio cerca de otro.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Espera para establecer una interacción cuando el entrenador está sentado cerca.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Espera para establecer una interacción cuando el entrenador está de pie cerca.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Aguarda para volver a jugar cuando el entrenador está presente.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Espera cuando se le instruye.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Espera con otros cuando el entrenador se ha ido	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Aguarda para volver a jugar si el entrenador no está presente.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Espera sólo cuando el entrenador se ha marchado.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Espera con otros no entrenados cuando el entrenador se ha marchado.	si	a veces	no	si	a veces	no	si	a veces	no	
Adaptado de: Mc Clennen, S.E; Hoekstra, R; Y Bryan, J.E., 1982; "Social Skills For Severely Retarded Adults. An Inventory And Training Program. Champaign, Illinois: Research Bess.										



- **Observación directa**

La observación en la vida real es el procedimiento de evaluación más deseable; consiste en el registro de la frecuencia, duración y /o calidad de determinadas conductas en el contexto interpersonal en el que se producen. Mediante la observación se presta atención directamente al sujeto en distintas situaciones diarias. Constituye un método para la recogida de información que presenta algunas ventajas, respecto a otros métodos:

- Permite obtener información de comportamientos tal y cómo estos ocurren.
- Posibilita recabar información de sujetos que no pueden verbalizarla adecuadamente.
- Necesita de una menor colaboración por parte de los usuarios de los que se recoge la información. Este método también presenta algunas dificultades:
- Es difícil observar conductas que aparecen esporádicamente y de manera no previsible, que están sujetas a la influencia de factores externos extraños que pueden dificultarla, o que no es aplicable a situaciones privadas o íntimas. A causa de estos problemas se han utilizado frecuentemente interacciones simuladas.

- **La Guía de observación SECHS (sistema de evaluación conductual de la habilidad social) (Caballo, 1988)** sistematiza la mayor parte de los parámetros en los que debe obtenerse información mediante observación, describiendo un formato de evaluación de conductas moleculares manifestadas por un sujeto durante una interacción social simulada o real. Esta evaluación la pueden llevar a cabo, tanto personas expertas en habilidades sociales, como colaboradores, y personas sin ninguna clase de entrenamiento en las habilidades sociales pero representativas en su entorno social. Éstos evalúan el comportamiento del usuario puntuando de 1 a 5 la adecuación de cada uno de los elementos moleculares incluidos en el SECHS.

Una puntuación de 3 o superior en una conducta, indica que dicha conducta es adecuada (en mayor o menor grado), una puntuación inferior a 3 indica que, dicha conducta no es adecuada y necesita intervención.

- **Cuestionario de conductas no verbales para personas con discapacidad psíquica gravemente afectada.** Este cuestionario tiene como objetivo evaluar las habilidades sociales básicas de una persona con discapacidad en el área de conducta no verbal de las habilidades sociales. La población a la que va dirigido son las personas con discapacidad psíquica gravemente afectada. Los contenidos que se valoran son: distancia corporal, contacto ocular, contacto físico, expresión facial, postura /orientación y apariencia personal.



Formato N° 2**SISTEMA DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LA HABILIDAD SOCIAL (SECHS)
(CABALLO,1988).*****COMPONENTES NO VERBALES****EXPRESIÓN FACIAL**

1. Cara muy desagradable. Expresiones negativas muy frecuentes.
2. Cara desagradable. Algunas expresiones negativas.
3. Cara normal. Apenas si se observan expresiones negativas.
4. Cara agradable. Algunas expresiones positivas.
5. Cara muy agradable. Frecuentes expresiones positivas.

MIRADA

1. Mira muy poco. Impresión negativa. Mira continuamente. Muy desagradable.
2. Mira muy poco. Impresión algo negativa. Mira en exceso. Desagradable.
3. Frecuencia y patrón de mirada normales.
4. Frecuencia y patrón de mirada buenos. Agradable.
5. Frecuencia y patrón de mirada muy buenos. Muy agradable.

SONRISAS

1. Sonrisas totalmente ausentes. Impresión muy negativa. Sonrisas continuas. Muy desagradable.
2. Sonrisas poco frecuentes. Impresión algo desagradable. Sonrisas excesivamente frecuentes. Desagradable.
3. Patrón y frecuencia de sonrisas normales.
4. Patrón y frecuencia de sonrisas buenos. Agradable.
5. Patrón y frecuencia de sonrisas muy buenos. Muy agradable.

POSTURAS

1. Postura muy cerrada. Da la impresión de un rechazo total.
2. Postura algo cerrada. Da la impresión de un rechazo parcial.
3. Postura normal. No produce impresión de rechazo.
4. Postura abierta. Da la impresión de aceptación.
5. Postura bastante abierta. Da la impresión de una gran aceptación.

ORIENTACIÓN

1. Orientando completamente hacia otro lado. Impresión muy negativa.
2. Orientando parcialmente hacia otro lado. Impresión algo negativa.
3. Orientación normal. No produce una impresión desagradable.
4. Buena orientación. Impresión agradable.
5. Muy buena orientación. Impresión muy agradable.

DISTANCIA/ CONTACTO FÍSICO

1. Distancia excesiva. Impresión de distanciamiento total. Distancia extremadamente próxima e íntima. Muy desagradable.
2. Distancia algo exagerada. Impresión de cierto distanciamiento. Distancia demasiado próxima. Desagradable.
3. Distancia normal. Ni agradable ni desagradable.
4. Distancia oportuna. Impresión de acercamiento. Agradable.
5. Distancia excelente. Buena impresión de acercamiento. Muy agradable.

GESTOS

1. No hace ningún gesto, manos inmóviles, Impresión muy negativa.
2. Algunos gestos, pero escasos. Impresión negativa.



3. Frecuencia y patrón de gestos normales.
4. Buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión positiva.
5. Muy buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión muy positiva.

APARIENCIA PERSONAL

1. Muy desaliñado. Apariencia muy desagradable y sin ningún atractivo.
2. Algo desaliñado. Apariencia algo desagradable y poco atractiva.
3. Apariencia normal.
4. Buena apariencia. Agradable y atractiva.
5. Muy buena apariencia. Muy agradable y atractiva.

OPORTUNIDAD DE LOS REFORZAMIENTOS

1. No refuerza nunca, o bien sus reforzamientos están siempre fuera de lugar.
2. Refuerza poco, o bien sus reforzamientos están frecuentemente fuera de lugar.
3. Reforzamiento normal.
4. Reforzamiento bueno, o bien sus reforzamientos encuentran frecuentemente el momento oportuno.
5. Reforzamiento muy bueno, o bien sus reforzamientos encuentran siempre el momento oportuno.

VOLUMEN DE LA VOZ

1. No se le oye. Volumen excesivamente bajo. Impresión muy negativa.
Volumen extremadamente alto (casi llega al grito). Muy desagradable.
2. Se le oye ligeramente. Voz baja. Impresión algo negativa. Volumen demasiado alto. Desagradable.
3. Voz normal, pasable.
4. Volumen de voz bastante adecuado. Impresión positiva.
5. Volumen de voz muy adecuado. Impresión muy positiva.



ENTONACIÓN

1. Nada expresiva, monótona, aburrida. Muy desagradable.
2. Poco expresiva, ligeramente monótona. Desagradable.
3. Entonación normal, pasable.
4. Buena entonación, voz interesante, viva. Agradable.
5. Muy buena entonación, muy animada y expresiva. Muy agradable.

TIMBRE

1. Muy desagradable, muy agudo o muy grave. Impresión muy negativa.
2. Algo desagradable, agudo o grave de forma negativa.
3. Timbre normal, ni agradable ni desagradable.
4. Timbre agradable. Impresión positiva.
5. Timbre muy agradable. Impresión muy positiva.

FLUIDEZ

1. Muchas perturbaciones o muchas pausas embarazosas. Muy desagradable.
2. Frecuentes perturbaciones o pausas embarazosas. Desagradable.
3. Pausas y perturbaciones normales. No da impresión negativa.
4. Sin apenas perturbaciones y pausas embarazosas. Agradable.
5. Sin perturbaciones ni pausas embarazosas. Muy agradable.

VELOCIDAD

1. Habla extremadamente deprisa. No se le entiende nada. Habla extremadamente despacio. Muy desagradable.
2. Habla bastante deprisa. A veces no se le entiende. Habla bastante despacio. Desagradable.
3. Velocidad normal. Se le entiende generalmente.

4. Velocidad de habla bastante apropiada. Agradable
5. Velocidad de habla muy apropiada. Muy agradable.

CLARIDAD

1. No pronuncia ninguna palabra o frase con claridad. Muy negativo. Articulación excesiva de las palabras. Muy desagradable.
2. Pronuncia con claridad sólo algunas palabras o frases. Negativo. Demasiada articulación de las palabras. Desagradable
3. Claridad de pronunciación normal.
4. Pronuncia las palabras claramente. Agradable.
5. Pronuncia las palabras muy claramente. Muy agradable.

TIEMPO DE HABLA

1. Apenas habla. Grandes períodos de silencio. Impresión muy negativa. Habla continuamente, sin darle ninguna oportunidad a la otra persona. Muy desagradable
2. Habla poco frecuentemente. Impresión negativa. Habla en exceso. Desagradable.
3. Tiempo de habla normal. Ni agradable ni desagradable
4. Buena duración del habla. Agradable.
5. Muy buena duración del habla. Muy agradable



*COMPONENTES VERBALES

CONTENIDO

1. Muy poco interesante, aburrido, muy poco variado. Impresión muy negativa.
2. Poco interesante, ligeramente aburrido, poco variado. Impresión algo negativa.
3. Contenido normal, cierta variación.
4. Contenido interesante, animado, variado. Agradable.
5. Contenido muy interesante, muy animado, variado. Muy agradable.

HUMOR

1. Contenido muy serio y sin humor. Impresión muy negativa.
2. Contenido serio y con muy poco humor. Impresión negativa.
3. Contenido de humor normal.
4. Contenido de humor bueno. Agradable.
5. Contenido de humor muy bueno. Muy agradable.

ATENCIÓN PERSONAL

1. Nunca se interesa por la otra persona, ni le hace preguntas sobre ella. Impresión muy negativa.
2. Apenas se interesa por la otra persona, con pocas preguntas. Impresión negativa.
3. Interés normal por la otra persona.
4. Buen interés por la otra persona, con un número adecuado de preguntas sobre ella. Impresión positiva
5. Muy buen interés por la otra persona, con un número muy adecuado de preguntas. Impresión muy positiva.

PREGUNTAS

1. Nunca hace preguntas. Impresión muy negativa. Hace preguntas continuamente. Muy desagradable
2. Hace pocas preguntas. Impresión negativa. Hace preguntas en exceso. Desagradable.
3. Patrón de preguntas normal. Ni agradable ni desagradable.
4. Preguntas variadas y adecuadas. Agradable.
5. Preguntas variadas y muy adecuadas. Impresión muy agradable.

Formato N° 3

Cuestionario de conductas no verbales para personas con discapacidad psíquica gravemente afectada

Todos los ítems que a continuación se presentan suponen la adecuada puesta en práctica de las habilidades básicas. Si el usuario no tuviera adquirida o presentara déficits en alguna de las habilidades que a continuación se presentan, especificar en la casilla correspondiente (observaciones), de acuerdo a los códigos.

Códigos:

CO: Contacto Ocular OC: Orientación corporal

DF: Distancia física CF: contacto físico

	ITEM	SI	NO	N.O	Observaciones
1.	Inicia la comunicación				
2.	Mantiene la comunicación				
3.	Finaliza la comunicación				
4.	Expresa sentimientos				
5.	Realiza peticiones				
6.	Responde a las peticiones de otros				
7.	Da una negativa o dice que no				
8.	Acepta una negativa				
9.	Sabe escuchar de manera activa				
10.	Se disculpa				
11.	Sigue instrucciones				
12.	Participa en actividades				



ANEXO N° 3

PROYECTO DE VIDA INDEPENDIENTE

- La Independencia implica no sólo dejar de depender de otros y tener opiniones y decisiones propias, sino además poder asumir nuevas responsabilidades, en la medida de lo posible. Resulta importante la defensa de la independencia personal, hasta donde lo permita el potencial intelectual o cognitivo de cada persona y el contexto socio económico en el que viva, como valor integrante de la condición humana y como elemento definitorio de la libertad individual.
- Las estadísticas muestran que las personas con discapacidad, especialmente las mujeres y aquellas que presentan discapacidad severa, tienen bajas tasas de actividad laboral y niveles bajos de empleo. Por ello, su incorporación al mercado laboral es uno de los aspectos más relevantes para hacer efectiva la autonomía e independencia, y es un aspecto a ser considerado en el proyecto.
- Un proyecto de vida le añade un sentido a la vida, debido a que las acciones que se realicen en el momento actual repercutirán en el futuro. Este proyecto de vida se ejecuta con metas corto y largo plazo. De forma específica, el Proyecto de Vida Independiente es el esquema a través del cual, la persona con discapacidad proyecta las horas de asistencia personal que necesita para realizar una vida activa, en igualdad de oportunidades con el resto de personas. En él se plasman todas las necesidades de asistencia personal en función de las tareas que realiza cada persona diariamente.
- Partes del proyecto de vida Independiente:



Identificación de los valores fundamentales: Son aquellos que hacen sentir felices y satisfechas a las personas. Estos valores pueden ser la familia, el amor, el desarrollo personal, la amistad, la creación artística, el impacto social, la independencia, etc. Todas las personas tenemos un conjunto de valores diferentes. Usualmente tenemos entre tres y siete valores que son realmente importantes para nosotros y a través de los que basamos todas nuestras decisiones, consciente o inconscientemente.

Para identificar nuestros valores fundamentales lo mejor que podemos hacer es analizar nuestra historia. Pensar en las cosas que hemos hecho de las que estamos orgullosos y en las cosas de las que estamos arrepentidos. Debemos analizar algunas de las decisiones difíciles que hayamos tenido que tomar en el pasado y tratar de recordar cómo nos sentimos con las elecciones que hicimos.

2. **Reconocer la realidad:** Para alcanzar nuestras metas tenemos que conocer nuestro punto de partida. Todas las personas tenemos un conjunto de fortalezas y debilidades. Habrá ciertas actividades o acciones que la persona podrá hacer de manera excepcional y sin demasiado esfuerzo. Éstas son sus fortalezas y debemos tratar de utilizarlas al máximo para alcanzar sus metas. Sin embargo, también tenemos debilidades, relacionadas a las actividades en las que tenemos que hacer demasiado esfuerzo y sin embargo lo único que conseguimos son resultados pobres. Debemos conocer nuestras debilidades para manejarlas adecuadamente y no dejar que se conviertan en un obstáculo para alcanzar nuestras metas.

Aparte de conocerse a sí misma, la persona debe conocer las situaciones en las que se encuentra; qué oportunidades u obstáculos identifica en sus entornos, ya sea en su familia, en su trabajo, su comunidad, etc. Con qué recursos cuenta actualmente (contactos o relaciones sociales, dinero, conocimiento, tiempo) y cuán fácil puede ser adquirir esos recursos en caso de que los necesite.

3. **Definir metas a mediano y largo plazo:** que le permita manifestar sus valores fundamentales. Este paso consiste en definir lo que quiere alcanzar en cada una de las áreas de su vida. Los valores fundamentales influyen en las metas que seleccionamos en cada una de esas áreas. Si alineamos las metas con sus valores fundamentales, se conseguirán con satisfacción y se encontrará motivado a alcanzarlas y afrontar cualquier dificultad que se presente en el camino.

Los valores también influyen en que le demos más prioridad a alguna de las áreas de su vida. Puede que la mayor fuente de satisfacción provenga de la familia, la vida romántica o del trabajo; por lo tanto, tiene sentido que se dedique más tiempo y esfuerzo a alcanzar las metas que tenga en esa área en particular. Sin embargo, todas las áreas influyen en las otras, y si quedan áreas sin desarrollar, éstas se pueden convertir en un obstáculo para alcanzar las metas propuestas.

4. **Establecer planes de acción:** para cada una de nuestras metas. Al conocer las metas que queremos alcanzar y al tener una idea del punto de partida, podremos empezar a definir los caminos a seguir para alcanzar los objetivos. Primero debemos dividir las metas de vida en metas de corto plazo. En el corto plazo podemos enfocarnos en adquirir los recursos que necesitamos, también podemos enfocarnos en desarrollar hábitos nuevos o aprender cómo podemos alcanzar una meta más efectivamente. Lo importante es escoger metas que nos ayuden a progresar y a acercarnos más a las metas de mayor envergadura.

Al desarrollar estos planes de acción, nos daremos cuenta de que hay algunas metas en las que no podemos empezar a trabajar hasta que no hayamos completado otra, o que requieren que tengamos que esperar a que suceda algo que no está bajo nuestro control. En este caso, debemos dejar esa meta en espera y enfocarnos en aquellas en las que sí podemos hacer algo en este momento.



5. **Actuar y aprender:** Hay cosas que sólo podemos aprender de la experiencia y no importa que hayamos hecho los pasos anteriores de la forma más cuidadosa posible. La única manera de darnos cuenta de esos posibles errores y corregirlos, es tomando acción y mirando como salen las cosas en el mundo real. Es posible que nuestros valores fundamentales no sean los que inicialmente pensábamos o que las metas que escogimos no sean tan satisfactorias como esperábamos. También es posible que la persona o incluso el entorno hayan cambiado.

• Esquema del Proyecto de vida Independiente

1. Nombre del asegurado
2. Nombre de los apoyos familiares
3. Datos generales
4. Motivación
5. Fecha de elaboración
6. Valores identificados
7. Fortalezas
8. Debilidades
9. Oportunidades
10. Amenazas
11. Metas a mediano y largo plazo
 - Crecimiento Personal
 - Familia
 - Finanzas
 - Recreación
 - Romance
 - Salud
 - Vida Social
 - Trabajo
12. Puesta en marcha del Proyecto
 - Habilidades para la vida en el hogar
 - Habilidades para la participación social
 - Habilidades para el trabajo
 - Vivienda independiente, con apoyo
 - Crecimiento personal, Formación
 - Esfera afectivo-sexual
13. Plan de acción
 - Acciones de diseño, elaboración y planificación actividades
 - Actuaciones para realizar con los pares
 - Actuaciones para desarrollar con la familia
 - Actuaciones con profesionales
 - Actuaciones para llevar a cabo con la comunidad

ANEXO N° 4

EL ASISTENTE PERSONAL COMO PROPUESTA DE DIGNIDAD

Las personas que dependen de la intervención voluntaria de otras personas para realizar sus actividades básicas de la vida, son consideradas a menudo como niños pequeños, incapaces de cuidar de sí mismos, sin la responsabilidad de personas adultas, incluso se llega a considerar la existencia de un deterioro intelectual asociado a las deficiencias de tipo físico o sensorial, produciendo mucho prejuicio sobre su dependencia.

La igualdad de oportunidades lleva implícito el derecho a la no discriminación, a no negar un derecho o su ejercicio simplemente por razón de una diversidad funcional. La accesibilidad universal como un elemento imprescindible para poder disfrutar de los derechos. Implica responsabilidad social en la procura de un diseño universal, pensado para toda clase de persona o colectivo, así como los ajustes razonables necesarios para que en todos los campos se facilite el acceso en igualdad de condiciones.

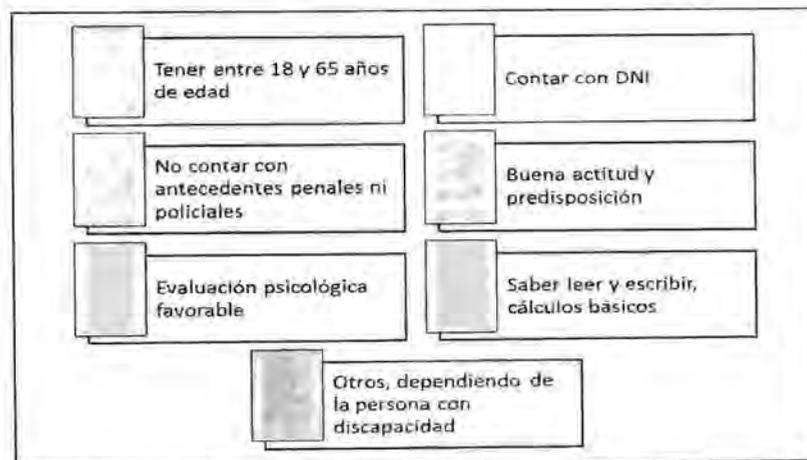
Cuando la figura del Asistente Personal (AP) se vio respaldada internacionalmente por el art. 19 de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, celebrada en 2006, pasó a formar parte del bagaje que conforman las distintas prestaciones sociales en algunos Estados.

La AP es una actividad remunerada. Su cobertura a través del voluntariado no es compatible. Las relaciones laborales que se deben establecer legalmente entre las partes deben tener en cuenta que el AP puede tener encomendadas tareas muy diversas, pero que su perfil es diferente del que corresponde a los empleados de hogar, los cuidadores familiares o los profesionales de salud.

¿Cuidador o Asistente personal?

- Existe una diferencia fundamental entre la figura del cuidador y el asistente personal. El cuidador "cuida", vigilará que no se haga daño, y "decide", en función de las normas e indicaciones dispuestas por el director/a de la institución o del servicio, o el familiar, que no siempre serán acordes con los deseos de la persona con discapacidad.
 - El asistente personal apoya la vida independiente de personas con graves discapacidades, en el sentido de permitir a estas desarrollar sus actividades de la vida diaria, sin la participación constante de un familiar, de un amigo, o de la solidaridad.
 - El asistente personal es una persona que, con su trabajo remunerado, brinda ayuda adaptada a las necesidades de la persona con discapacidad severa.
 - Las tareas a cumplir pueden consistir en el apoyo para levantarse de la cama, facilitar la higiene, alimentación, movilización, trabajo, estudio y recreación entre otras. Éstas serán determinadas por el beneficiario y convenidas entre ambas partes. Es elegido y contratado por la persona con discapacidad severa, su apoderado legal o su familia.
- **Características del asistente personal**
 - Requisitos. La asistencia es «personal», es decir que se adapta a las necesidades de una persona y, por lo tanto, las relaciones humanas entre el Asistente Personal y la persona con discapacidad son la clave en el buen desarrollo de la asistencia. En tal sentido, constituye un aspecto clave el contar con evaluación psicológica e informe favorable y tener entre 18 y 65 años de edad.
 - Formación:
 - En ocasiones se requiere certificación de nivel técnico: necesidades sanitarias, conducción, etc.
 - No se precisa titulación académica de alto nivel

REQUISITOS PARA CAPACITARSE COMO ASISTENTE PERSONAL



Elaboración propia

• Tareas a desarrollar

• Un Asistente Personal puede realizar cualquier tarea, dependiendo de la situación en que se encuentre la persona a la que presta su trabajo. Las tareas vendrán definidas, fundamentalmente, por las diferencias funcionales de la persona para la que el Asistente Personal desempeña su trabajo y serán siempre previamente pactadas por ambas partes.

• Las tareas que tiene que realizar el AP van a depender de las características y necesidades de cada persona con discapacidad (PCD), que determinará también el perfil idóneo de la persona a contratar, teniendo en cuenta que las circunstancias pueden cambiar, a causa por ejemplo de una enfermedad degenerativa o del acceso a un trabajo. En general, son ocho las áreas de actuación en las que se requiere el apoyo del AP:

1. Tareas personales directamente relacionadas con la PCD: serán todas aquellas que están relacionadas directamente con la persona, tales como el aseo (lavar, duchar, maquillar, afeitarse, depilar, aplicar cosméticos, etc.), vestirse, levantarse de la cama, ayuda en las necesidades fisiológicas, ayuda para comer, beber, desvestirse y acostarse, preparación y toma de medicamentos. Atender el teléfono, tomar notas, pasar páginas, etc., manejo de apoyos técnicos (grúa, respirador, etc.), aseo, etc.
2. Tareas del hogar, realizadas dentro de la vivienda, desde la limpieza de la propia casa, pasando por hacer las camas, ordenar la ropa, utilizar los electrodomésticos, hasta hacer la comida.
3. Acompañamiento dentro o fuera del hogar. Se trata de acompañar a la persona con discapacidad independientemente de su edad) en su casa, en el trabajo, en la calle (bien sea para realizar gestiones, ir al banco o a la compra), y en las actividades de ocio.
4. Conducción de vehículos. Cuando además de acompañar, el asistente tiene que conducir un coche, ya sea para llevar o recoger a la persona con discapacidad, acompañarla a recoger a terceros, etc.
5. Tareas de comunicación: lenguaje de signos y otros sistemas alternativos.
6. Tareas de coordinación: planificación del día, apoyo en la toma de decisiones.
7. Tareas excepcionales: situaciones imprevistas, crisis físicas o psíquicas que sobrevengan a la PCD.
8. Tareas especiales.

• Se trata de un amplio abanico de posibilidades a precisar en cada caso en el correspondiente contrato, aunque con cierta flexibilidad.



ANEXO N° 5

CAPACITACIÓN DE ASISTENTES PERSONALES,
PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FAMILIAS, PARA LA VIDA INDEPENDIENTE

TEMA 1: APROXIMACIÓN CONCEPTUAL A LA DIVERSIDAD FUNCIONAL

El término Diversidad funcional fue propuesto en el Foro de Vida Independiente, en enero de 2005 y es un término alternativo al de discapacidad, que pretende sustituir a otros cuya semántica consideran es peyorativa. La diversidad funcional podría entenderse también como un fenómeno, hecho o característica presente en la sociedad que, por definición, afectaría a todos sus miembros por igual, debido a que durante la infancia y la senectud, todas las personas son dependientes. Dado que en la sociedad existen personas con capacidades diferentes entre sí, incluso grandes variaciones de éstas en un mismo individuo a lo largo de su vida, es posible afirmar que, en un momento dado, en la sociedad existe diversidad funcional del mismo modo que se observa diversidad cultural, sexual o generacional.

El cambio terminológico ha dado lugar también a una nueva manera de entender el fenómeno y ha significado la descripción de un Modelo de la Diversidad.

El paradigma de la diversidad funcional conlleva un cambio fundamental en el discurso, en que el entorno es el principal responsable de generar espacios de participación y oportunidades en la sociedad y no que el individuo sea quien tenga que adaptarse a aquello.

Toboso (2012:686) afirma que "el conjunto de prácticas atribuibles al paradigma de la autonomía personal surge como respuesta a las anteriores, con una componente fundamentalmente emancipadora desde la que se reivindica un imaginario totalmente opuesto a las representaciones del paradigma de la rehabilitación. Surge la consideración de la persona con discapacidad como 'sujeto' de derechos, lejos de su visión como mero 'objeto' de asistencia. Por ello, la desmedicalización y la desinstitucionalización de las personas con discapacidad son prácticas irrenunciables en el paradigma de la autonomía personal (García-Alonso, 2003)."

El entorno no debe generar situaciones en que las personas no puedan ser independientes. En determinado momento, todos los seres humanos dependemos de otro. No todos somos capaces de fabricarnos unos zapatos o un vestido, por lo que recurrimos a otras personas para ello. Entonces, la independencia no debe entenderse únicamente desde el punto de vista de no necesitar a nadie sino desde la cuestión de poder tomar decisiones y hacer lo que consideres durante el transcurso de tus días.

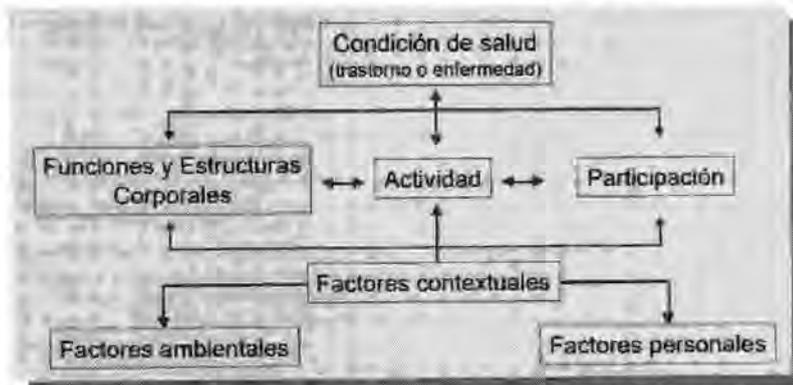
El 22 de mayo de 2001, en la 54ª Asamblea de la OMS, se aprueba la "Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud", con las siglas CIF. Su objetivo principal es "brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud". En esta, la OMS abandona el enfoque de "consecuencias de la enfermedad" y trata de poner su terminología en positivo, donde el término "enfermedad" es reemplazado por "**condición de salud**".

En tal sentido, se habla de **funcionamiento** (como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano), **discapacidad** (de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano) y **salud** (como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores).

La discapacidad, es, por tanto, un concepto global que abarca las deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación, partiendo desde lo positivo, con un enfoque multidimensional de la diversidad funcional, centrado en el individuo, que contempla tanto las capacidades como las restricciones, permitiendo la identificación de los apoyos necesarios, donde conceptos como participación o entorno adquieren una importancia para comprender el funcionamiento del individuo.

La CIF se pronuncia por un **enfoque bio-psico-social y ecológico**, y aunque "no establece un modelo para el proceso del funcionamiento y la discapacidad", se utiliza **Condición de Salud** para referirse al efecto, debido a las enfermedades o trastornos, que padece un individuo y es la llave de paso entre el funcionamiento y la discapacidad. Las interacciones entre los diferentes componentes se esquematizan en la siguiente figura:

Interacciones entre componentes de la CIF



Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Los calificadores son el elemento descriptivo de la discapacidad de la CIF. Un calificador describe y/o modifica un ítem determinado, indicando, habitualmente, la pérdida o agravamiento del funcionamiento que recoge dicho ítem.

Solo en el caso de los factores ambientales, los calificadores empleados nos pueden dar información sobre una aportación positiva, si la presencia del ítem "facilita" o negativa si es una "barrera u obstáculo" para una deficiencia funcional o estructural, la realización de una actividad o el desempeño de un rol social.

Desarrollo inclusivo: En el Panorama Social de América Latina, 2012 (CEPAL, 2013a, pág. 204) se resaltaba que, según el Informe mundial sobre la discapacidad (OMS, 2011) y la Red Latinoamericana de Organizaciones no Gubernamentales de Personas con Discapacidad y sus Familias (RIADIS), las personas con discapacidad están sobrerrepresentadas en la población en situación de pobreza y extrema pobreza. Las causas son varias y se articulan entre sí de manera compleja. Por un lado, la misma pobreza y la vulnerabilidad exacerbaban situaciones de discapacidad por falta de atención y cuidado oportunos. Por otro, la ausencia de servicios de cuidado lleva en muchos casos a que al menos un miembro de la familia de la persona con discapacidad deba dejar de trabajar, con lo que disminuyen aún más los ingresos del núcleo familiar. Junto con la persistente discriminación y marginalización, las personas con discapacidad se encuentran afectadas por la falta de acceso a múltiples dimensiones del bienestar, entre ellas la educación y las oportunidades laborales.

Los niños y niñas con discapacidades tienen una menor probabilidad de asistir a la escuela y enfrentan importantes desafíos para permanecer y avanzar en los ciclos educativos (OMS, 2011). La información sobre el tiempo de asistencia a centros de enseñanza de las personas con discapacidad de 13 a 18 años de edad en la región revela grandes disparidades según el país y el tipo de discapacidad. Al no adquirir las habilidades y competencias necesarias para participar en el mercado laboral, las oportunidades de las personas con discapacidad para acceder a un trabajo decente e independizarse son muy limitadas. Un análisis reciente (CEPAL, 2012b) indica que en todos los países de América Latina y el Caribe el porcentaje de personas de 15 años y más económicamente activas con una o más discapacidades es mucho más bajo que el porcentaje de personas sin discapacidad.

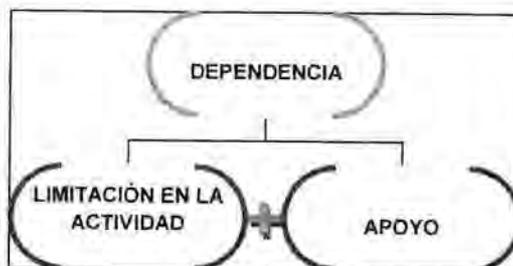
Aunque los bajos logros educativos y la falta de habilidades pueden afectar su competitividad en el mercado laboral, las actitudes negativas acerca de la discapacidad y la discriminación también son obstáculos para la inserción laboral de estas personas. Como resultado, los adultos con discapacidad

tienden a vivir en hogares más pobres que los adultos sin discapacidad. Se crea entonces un preocupante ciclo en que los niños con discapacidad tienen menores oportunidades para desarrollar y adquirir las destrezas y habilidades que les permitirían lograr una buena inserción laboral, lo que los predispone a la pobreza siendo adultos. Mientras las personas con discapacidad sufren discriminación por el rechazo a las diferencias, la pobreza, el aislamiento social, el prejuicio, la ignorancia y la falta de servicios y apoyo, no podrán ejercer sus derechos y vivir plenamente. La consecuencia no es únicamente un impacto social y económico negativo para los afectados y sus familias, sino que además implica altos costos y pérdidas para el conjunto de la sociedad, al no permitírseles ofrecer todo su potencial creativo y productivo.

TEMA 2: DEPENDENCIA Y VIDA INDEPENDIENTE

La discapacidad es atributo inseparable de la dependencia, pero pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia. Si intentamos encuadrar conceptualmente la dependencia en la propuesta de la CIF, observaremos que se situaría dentro del constructo de "factores contextuales" ambientales de ayuda personal o técnicos.

Es decir, la dependencia sería una situación específica de discapacidad en la que se darían dos elementos, una limitación del individuo para realizar una determinada actividad (más o menos severa) y la interacción con los factores concretos del contexto ambiental, relacionados con el apoyo:



En definitiva, la dependencia aparece como un hecho concreto equiparable con la necesidad de ayuda y la autonomía como una cualidad abstracta equiparable con la autodeterminación. La utilización de ayudas técnicas, en ciertas situaciones, puede conservar la independencia.

La Dependencia es la ayuda cuantitativa o cualitativa aportada por un tercero a una persona para la realización de sus actividades. La obtención de información debe basarse en la capacidad del observador para ver, entender y sentir lo que la persona hace en la situación real.

En concordancia con lo anterior, se encuentra el concepto de **capacidad funcional**, entendida como los atributos relacionados con la salud que le permiten a una persona hacer las actividades importantes para ella (OMS, 2015). Esta capacidad estaría compuesta tanto por la capacidad intrínseca, referida a la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, las características del entorno, referidas a todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de una persona (tanto material como social, simbólico y valórico, entre otros), y finalmente a las interacciones entre la persona y esas características externas que son propias del entorno (OMS, 2015).

Se debe considerar a la dependencia, al igual que la discapacidad, desde un punto de vista universal, es decir: al igual que todas las personas pueden tener alguna limitación para realizar alguna actividad determinada, todas las personas, en mayor o menor medida, son en ciertas situaciones, dependientes.

La CIF clasifica las **actividades de la vida** de un individuo en nueve grupos:

1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento
2. Tareas y demandas generales



3. Comunicación
4. Movilidad
5. Autocuidado
6. Vida doméstica
7. Interacciones y relaciones personales
8. Áreas principales de la vida (Educación/Trabajo/Economía)
9. Vida comunitaria, social y cívica

La dependencia podrá darse por tanto en cualquiera de los nueve grupos de actividades y con mayor o menor gravedad, por tanto, sería una persona con dependencia de una pantalla de computadora para las actividades de comunicación; de una silla de ruedas, para el desplazamiento; de otra persona, para el autocuidado, o para las labores domésticas, etc.

Enfatizamos que, la dependencia funcional no sería una situación determinada por limitaciones individuales para realizar actividades de la vida diaria, producto de una discapacidad o del deterioro propio del envejecimiento individual, sino que resulta de una interacción entre la capacidad individual de cada persona y las exigencias del entorno. En este sentido, la dependencia no representa una situación irreversible, sino que puede disminuir e incluso desaparecer si se dan las condiciones adecuadas en el entorno y/o se trabaja en su prevención y rehabilitación mediante el desarrollo de programas e intervenciones (Gázquez-Linares et al, 2011).

En este sentido, IMSERSO se plantea la necesidad de que confluyan tres factores para poder considerar a una persona en situación de dependencia:



1. Existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que disminuya la capacidad funcional de una persona.
2. Falta de capacidad para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria, como consecuencia de la existencia de esta limitación.
3. Necesidad de asistencia o cuidados de un tercero, debido a esta incapacidad.

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

En términos conceptuales, la gradualidad de la dependencia va a ser definida según el nivel y la intensidad de la ayuda que la persona requiere para realizar las actividades de la vida diaria. De esta manera, el modelo alemán y el modelo español diferencian entre tres niveles de dependencia según la cantidad de tiempo y tareas para las que la persona requiere ayuda, haciendo referencia a la cantidad de tiempo de asistencia que requiere la persona, mientras que el modelo francés incluye el diagnóstico de capacidad cognitiva junto con la pérdida de capacidad funcional, haciendo referencia tanto al tipo de limitaciones que tiene la persona como al nivel de ayuda de terceros que necesita (IMSERSO, 2005).

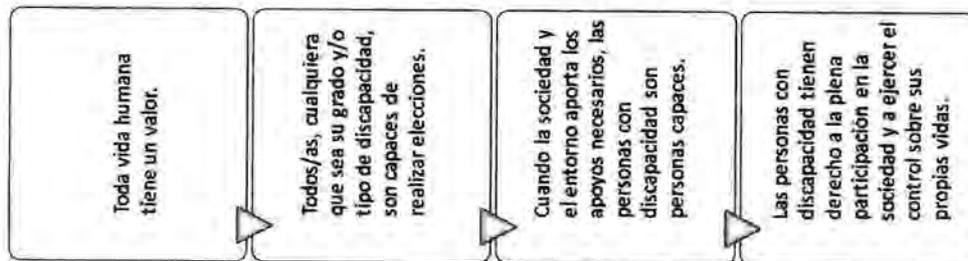
Se recomienda, siempre que sea posible, usar el sustantivo persona con dependencia, persona con discapacidad y persona con deficiencia.

Modelo de vida independiente: Corriente social de defensa de los derechos de las personas con discapacidad, que ha reaccionado ante su exclusión de la participación social y de la capacidad de tomar decisiones, sobre los asuntos relacionados con sus propias vidas, (Maraña y Novoa, 2010)

El Movimiento de Vida Independiente surgió a finales de los años 60 en los Estados Unidos de Norteamérica, promovido por personas con discapacidad que estudiaban en diferentes universidades del país, veteranos de guerra con discapacidad adquirida, asociaciones y organizaciones del ámbito, que se manifestaron para desinstitucionalizar a las personas que vivían recluidas, y pedir su participación en la comunidad (García, 2003). Muchas de las personas con graves limitaciones que

han vivido siempre en instituciones o centros de atención, ven en su propia discapacidad un impedimento cuando se les consulta mientras se forman en habilidades o empoderamiento. Describen que la institucionalización en sí misma les hace sentir dependientes.

Pilares de la filosofía de Vida Independiente



El Movimiento de Vida Independiente responde a la existencia de barreras en el entorno físico, en las actitudes de la comunidad, a las pocas expectativas de realización personal, a los prejuicios y estigmatización de la discapacidad.

TEMA 3: FORMACION DEL ASISTENTE PERSONAL

a. Metodología

Clases presenciales de las distintas materias del ciclo formativo.

Horas de estudio: 40

Evaluación escrita y verbal de ingreso y al final para verificación de capacitación satisfactoria deberá aprobar al menos el 75% de las evaluaciones.

Con esta capacitación, podrá ejercer en los servicios que coordinan la asistencia, curativa, social y educativa de personas en situación de dependencia con alguna discapacidad, física, psíquica, sensorial, enfermos crónicos, etc. Esta persona intentará conseguir el aumento de la autonomía del usuario para facilitar su integración social.

b. Temas a desarrollar

Introducción

1. Discapacidad, concepto y desarrollo histórico, marco legal, marco real.
2. Características y necesidades de las personas en situación de dependencia
3. Organización de la atención a las personas en situación de dependencia
4. Funciones del asistente personal
5. El sujeto usuario de asistencia personal

Actividades de la vida diaria

6. Principios anatómicos y fisiológicos de la piel y patologías más frecuentes.
7. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: higiene, protección de la piel y cambios posturales.
8. Aplicación de técnicas de aseo e higiene personal.
9. Aplicación de cuidados del usuario con incontinencia y colostomizado.
10. Prevención y control de infecciones.
11. Asistencia al usuario para vestirse.
12. Disposición y limpieza de los efectos personales del usuario.
13. Técnicas de realización de camas
14. Principios fisiológicos de los sistemas digestivo y endocrino. Patologías relacionadas.

15. Comprobación de hojas de dietas.
16. Alimentación por vía oral.
17. Técnicas de recogida de eliminaciones.
18. Prevención de riesgos en la alimentación y la recogida de eliminaciones.
19. Situaciones especiales: usuarios sin familia, familias desestructuradas.
20. Observación y registro de la evolución funcional y el desarrollo de actividades.
21. Tipos de ayudas técnicas y tecnológicas para la vida cotidiana.

Participación en el ámbito socio sanitario:

1. Participación en la toma de constantes vitales.
2. Participación en la administración de medicación, vías oral, tópica y rectal.
3. Medicación en el caso de personas con diabetes.
4. Colaboración en la aplicación de técnicas de aerosol terapia y oxigenoterapia.
5. Colaboración en la aplicación de tratamientos locales y métodos de frío-calor.
6. Riesgos de los medicamentos.
7. Principios anatómicos y fisiológicos del movimiento del cuerpo humano. Biomecánica básica.
8. Posiciones anatómicas.
9. Técnicas de movilización, traslado y deambulación. Prevención de riesgos laborales.

Primeros auxilios en situaciones de urgencia

1. Reconocimiento de las situaciones de riesgo: protocolos sobre cuándo intervenir.
2. Mantenimiento de botiquines.

Acompañamiento:

1. Áreas de intervención, límites y deontología.
2. Funciones y papel del profesional en la asistencia personal.
3. Tareas más frecuentes.
4. Técnicas y actividades para favorecer la relación social.
5. Técnicas básicas de comunicación: individuales y grupales.
6. Habilidades para una buena comunicación.
7. Las barreras de comunicación.
8. Solución a las barreras de comunicación.
9. Empatía, asertividad y escucha activa.
10. Comunicación con los familiares del paciente.
11. Comunicación y lenguaje en las demencias, afasias.
12. Los problemas de comunicación en la interacción social.

Los futuros asistentes personales estarán capacitados para desempeñarse como apoyo de una persona con discapacidad en el desarrollo de su vida cotidiana, inserto en la comunidad y participando plenamente en ella, según lo conciben los principios de Vida Independiente y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.

TEMA 4: LA PRÁCTICA DE LA VIDA INDEPENDIENTE EN LA COMUNIDAD

EL residir en entornos normalizados y convivir con personas sin discapacidad, mejoran por sí mismos las habilidades sociales y las competencias para llevar una vida independiente, incluso en personas con discapacidad intelectual. De acuerdo a estudios, en programas de acceso a la vida independiente en los que las personas van a vivir solas, las estrategias que funcionan son la formación en habilidades sociales y en habilidades para llevar una vida independiente, involucrando a las personas del entorno y fomentando la participación en la sociedad (Nollan, 2000).