

Plan de
ATENCIÓN INTEGRAL
AUXILIA



Edita: AUXILIA
Realiza: Coordinación General de Atención Integral
Diseño y maquetación: Dirección de Comunicación
I.S.B.N.: 84-404-3997-0
4ª edición: mayo 2010

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro, su tratamiento informático, la transmisión por cualquier forma o medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia u otros, sin el permiso por escrito de los titulares del Copyright.

Copyright © 2010: AUXILIA

Sumario

Prólogo	5
Introducción	9
1. PRESENCIA DE AUXILIA EN EL CAMPO DE AYUDA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y ENFERMOS DE LARGA CURACIÓN	15
1.1. Génesis de AUXILIA	17
1.2. Principales Actividades	23
1.3. Orientación actual	24
1.4. Breve reseña a los niveles de intervención: grupal y comunitaria	27
2. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL. PRINCIPIOS GENERALES DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL	29
2.1. Definición de Atención Integral	31
2.2. Principios fundamentales del Plan de Atención Integral	31
3. OBJETIVOS DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL	33
3.1. Objetivos del Plan de Atención Integral	35
4. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL: PAUTAS	37
4.1. Recogida de datos	39
4.2. Identificación de Necesidades	41
4.3. Programación	43
4.4. Intervención	47
4.5. Seguimiento	49
4.6. Evaluación	50
4.7. Registro	53
5. ÁREAS O CAMPOS DE TRABAJO	55
5.1. Académica-docente	58
5.2. Salud / Rehabilitación	58
5.3. Relación con el entorno familiar	59
5.4. Relación con el entorno exterior. Convivencia, Tiempo Libre	60
5.5. Autonomía personal y social. Vida Independiente	62
5.6. Movilidad / Barreras arquitectónicas / Accesibilidad	64
5.7. Concienciación de la problemática	65
5.8. Pre / o inserción laboral	66

6. RECURSOS	67
6.1. Responsables de Atención Integral	69
6.2. Equipo de Atención Integral	69
6.3. Voluntariado	72
6.4. Otros elementos de apoyo	72
7. COORDINACIÓN GENERAL DE ATENCIÓN INTEGRAL	73
8. ANEXOS	77
Recogida de datos	79
Autonomía Personal	93
Autonomía Social	105
Comunicación	111
Registro de Psicomotricidad	121
Identificación de Necesidades	129
Programación	131
Hoja de Seguimiento	133
Hoja de Seguimiento – Tiempo Libre	135
Evaluación	137

Prólogo

Desde hace más de cuatro décadas, **AUXILIA**, fiel a su espíritu fundacional, viene aplicando sistemáticamente, a través de su voluntariado, un método, *su método*, capaz de proporcionar a las personas con discapacidad, formación y altas cotas de autonomía. Es desde 1989, según refiere Juan Vicente Agut Agut, *auxiliano* de pro, en el prólogo de la tercera edición, publicada en el 2000, cuando **AUXILIA** toma la acertada decisión de plasmar en un manual la metodología y la praxis transmitida de forma oral a lo largo del tiempo entre su voluntariado, evitando así su empobrecimiento y riesgo de recortes.

En ese momento, y con la denominación de **Plan de Formación Integral**, vio la luz un documento que tenía que servir de guía al voluntariado de **AUXILIA**, configurándose como punto de referencia concreto y exhaustivo, así como, mostrándose como amplia información de su forma de trabajar. Aprovechando este hito, y con la experiencia y reflexión acumuladas durante años, contrastada entre todos, se acometió una revisión y actualización del método, conviniendo que: **tan importante es para la persona con discapacidad la formación, como la adquisición de herramientas y prácticas en su uso**, para que utilizándolas en la medida de su decisión personal, pueda participar socialmente al máximo de sus capacidades físicas e intelectuales. Comienza a entreverse la necesidad de integración o normalización en la vida diaria.

Hoy, de nuevo **AUXILIA** da un paso adelante. El escenario ha cambiado, la integración deseada para las personas con discapacidad se practica desde la edad temprana en la escuela. Los alumnos han ido incorporándose paulatinamente hacia las clases regulares cursando las materias comunes. Se está afianzando la filosofía de incluir a todos en el mismo aula, lo que conlleva la conformación de

equipos de trabajo cooperativos entre profesores de educación regular, educación especial y otros profesionales, combinando sus perspectivas, experiencias, conocimientos y habilidades.

Sin embargo el debate sobre separar o integrar no se ha agotado y quizá haya que encontrar una fórmula mixta. La experiencia va enseñando que la asistencia a un colegio especial le da al niño con discapacidad el soporte pedagógico adecuado, mientras que su asistencia a un colegio convencional le da la sensación de pertenencia a la comunidad. Compartir con sus otros compañeros un recreo puede ser tan beneficioso emocionalmente para un niño discapacitado como aprender materias, conocimientos y actitudes. De pronto el aula se convierte en un medio integrador incomparable y enriquecedor.

Los niños con ciertas tipologías de discapacidad que se integran en clases normales mejoran su autoimagen, muestran más capacidad de juego social, interacciones sociales más apropiadas, más capacidad de iniciar relaciones con los compañeros, más aprendizaje de lenguaje, juegos más complejos, obtienen más conocimientos generales y mejor desarrollo motor que aquellos que están atendidos en aulas que no se proyectan a su entorno.

Pero la realidad es aún más cruda, al existir no sólo niños sino también jóvenes y adultos que por su grave afectación o multidiscapacidad se ven o se han visto imposibilitados para acceder a la enseñanza integrada por requerir niveles de atención específicos y multidisciplinarios. Por ello, desde hace unos años, **AUXILIA** ha decidido incorporar, allí donde está presente, prestando servicios a las personas con discapacidad, un cuadro de Trabajadores Sociales que, en perfecto maridaje con el voluntariado, acometen una más exigente y profesionalizada atención ante la vigente imperiosa necesidad de integración.

A partir de esta iniciativa, se ha revisado y actualizado el,

hasta ahora, **Plan de Formación Integral**, manteniendo su esencia pero fijando objetivos más ambiciosos, adaptados a la realidad cambiante y procurando su aplicación universal, denominándose, desde ahora, **PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL**. Se pretende con él, contemplar el amplio panorama que nos presentan las personas con discapacidad ante una óptima integración. La diversidad de parámetros que entran en juego en esa socialización y la facultad de imprimir un estilo en función de la **Misión, Visión y Valores** que nos orientan, hacen que este documento y el modelo de actuación que propugna, nos permita estar cerca de las personas con discapacidad y sus familias, encaminándolas hacia una vida más placentera.

Por último, quiero agradecer a cuantos han colaborado en este nuevo jalón de **AUXILIA**, especialmente a sus directivos y Trabajadores Sociales, por mantener vivo el espíritu que vio nacer a la Asociación, permitiendo con esta actualización la contemporaneidad de las intervenciones de su voluntariado.

Miguel Soriano Sánchez

Presidente del Consejo Directivo



Introducción

La toma de conciencia por la sociedad de la existencia de personas con discapacidad y la necesidad de su correcta *normalización*, a través de la planificación de una atención integral, precisa de un conjunto de disciplinas, ya que el abordaje de estos campos es insuficiente desde un único punto de vista. Así, desde sus inicios, la atención a la discapacidad ha tenido una perspectiva multidisciplinar y en todas sus definiciones se concibe al individuo como una persona contemplada desde un punto de vista integral, con sus dimensiones físicas, psíquicas, funcionales y socio-económicas. En la actualidad se prefiere el abordaje transdisciplinar, que va más allá del multidisciplinar y del interdisciplinar. La multidisciplinariedad implica diversos profesionales abordando un mismo caso, cada uno desde su propio punto de vista y con sus objetivos determinados, interactuando de modo informal; el abordaje interdisciplinar implica una mayor interacción e interdependencia entre los profesionales de las diversas disciplinas, usando un lenguaje común y estableciendo unos objetivos; sin embargo, el abordaje transdisciplinar implica que tanto los objetivos del plan como las pautas a seguir sean consensuados entre todos los componentes del equipo, en una mayor interacción, integración y conocimiento de los puntos de vista de cada disciplina. En los equipos transdisciplinarios se da incluso un nivel importante de aprendizaje y de transferencia de información que hace que éstos produzcan resultados mucho más satisfactorios (sinergia).

Por ello, los equipos de estudio y de atención, ya sean intra o extraasociativos, deben poseer diversos profesionales coordinados en un mismo equipo: profesionales de la medicina, de la enfermería, servicios sociales, psicología, fisioterapia, terapeutas ocupacionales, dietistas, etc., dándose la mano para aunar sus puntos de vista y llegar a la

definición de unos objetivos atencionales consensuados y al diseño de unos planes que hagan posibles los objetivos. A este sistema de trabajo a menudo se le llama transdisciplinar.

De este modo, un plan, integra y coordina la acción de diversos profesionales, con el objetivo común de ofrecer la máxima calidad de vida a las personas con discapacidad. El objetivo prioritario de la atención integral es el mantenimiento y, en su caso, el restablecimiento u obtención de la máxima capacidad funcional y autonomía de la persona atendida, esto es, procurar que las personas con discapacidad atendidas, presenten las menores dependencias físicas, psíquicas y funcionales.

Otro de los componentes de la Atención Integral es la valoración funcional, en la que se cuantifica el impacto de la discapacidad en las funcionalidades e independencia de la persona a la hora de realizar sus propias tareas en su entorno. La capacidad funcional no está influenciada únicamente por su estado físico, sino también por su salud mental y social, permitiéndonos evaluar su grado de autonomía y de dependencia, así como, avanzando, de algún modo, el pronóstico y monitorizando su estado, a lo largo del tiempo, a través de valoraciones repetidas.

Así, la valoración funcional es especialmente importante en el caso de personas discapacitadas con enfermedades crónicas y determinará los objetivos de las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras del plan de cuidados final del proceso de Atención Integral.

La valoración funcional nos permite conocer el nivel de autonomía e independencia de la persona. Así, se evalúan las llamadas Actividades de la Vida Diaria (AVDs).

Tres tipos de AVDs se exploran separadamente:

- Las Actividades Básicas de la Vida Diaria, que cubren las necesidades fundamentales del individuo (alimentarse, vestirse, asearse, deambular, movilizarse, etc.);

· Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, que son aquellas que permiten una vida autónoma dentro de la comunidad (realización de tareas domésticas, usar el teléfono, cocinar, utilizar dinero y comprar, utilizar medios de transporte, etc.). Para la evaluación de las AVDs de tipo instrumental, debe evaluarse a su vez el entorno socio-cultural y geográfico de la persona.

· Las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria, son aquellas que permiten que la persona tenga una integración social satisfactoria, a través de conductas más elaboradas.

La valoración funcional es útil para valorar la necesidad de institucionalización o la posibilidad de mantener a la persona con discapacidad en su propio domicilio, sospechar patologías de reciente aparición, planificar acciones rehabilitadoras e incluso predecir la evolución futura de la persona.

Por la filosofía de interdisciplinariedad o transdisciplinariedad que impregna a la atención integral y a todos sus profesionales, la evaluación de la persona con discapacidad, se aborda a través de todos los puntos de vista posibles y se le evalúa por parte de los diferentes profesionales que componen el equipo transdisciplinar de Atención Integral. La realización de una historia clínica y farmacológica detallada, una exploración física y valoración funcional, una anamnesis psicológica, mental y psicoafectiva y de una valoración social, evalúan las cuatro esferas principales: física, psíquica, social y funcional para la detección de las alteraciones que presenta la persona con discapacidad.

De este modo, podríamos definir la valoración integral como la herramienta básica del Equipo de Atención Integral, un proceso multidimensional e interdisciplinario que identifica y valora la problemática médica, funcional y psicosocial de una persona con discapacidad que requiere atención integral. El proceso de valoración integral será repetido

periódicamente para detectar cambios y poder actuar preventivamente sobre los problemas que puedan ir apareciendo con el tiempo.

El objetivo de la valoración integral es el diagnóstico del estado de salud, funcional y psicosocial de la persona, para definir un Plan de Atención Integral consensuado entre los componentes del equipo, con la persona con discapacidad y su entorno socio-familiar, aunando a este objetivo la optimización de los recursos asistenciales que se pondrán a disposición del mismo. Asimismo, el objetivo final será siempre no sólo el tratamiento sino la prevención del deterioro funcional derivado de los problemas de discapacidad o salud detectados, en especial a las personas calificadas como frágiles (con múltiples discapacidades, patologías y condiciones funcionales, psicológicas o sociales desfavorables).

Otro componente básico de la Atención Integral es la valoración mental y psicoafectiva. Mediante la evaluación psicológica pueden identificarse problemas relacionados con alteraciones de la cognición, alteraciones del estado de ánimo y de las emociones, trastornos de conducta, alteraciones de la personalidad y ansiedad.

Al relacionar la valoración física con la funcional y la psicoafectiva, podemos identificar el impacto que ésta última puede ejercer sobre la autonomía del individuo.

En un primer tiempo se valora el estado cognitivo de la persona con discapacidad, a través de la exploración de los procesos cognitivos de recepción, almacenaje y procesado de la información. Básicamente, se exploran: percepción; capacidad de mantenimiento de la atención; orientación en el tiempo y en el espacio; comprensión; lenguaje y memoria. Se exploran asimismo, la capacidad de realización de ejercicios aprendidos, el reconocimiento de personas o cosas conocidas, la capacidad de juicio y de abstracción.

Posteriormente, se evalúa el estado afectivo de la persona,

para detectar las muy frecuentes manifestaciones de la depresión y/o la ansiedad. La entrevista en este punto revisa los antecedentes personales que pueden afectar al área emocional y se realizan preguntas sencillas y generalmente directas en relación al estado de ánimo.

Los hallazgos de la valoración mental y psicoafectiva serán incorporados a los datos de la valoración integral para la elaboración del Plan de Atención Integral.

Como último componente básico a señalar dentro de la Atención Integral, y no por ello de menor trascendencia, está la valoración social de la persona con discapacidad y de su entorno social, familiar y económico.

Ya que uno de los objetivos básicos de la integración es el mantenimiento, siempre que sea posible y seguro, del discapacitado en su entorno social y familiar, preferiblemente en su propio domicilio, el conocimiento de su entorno social es de vital importancia.

La Historia Social recoge información sobre la estructura social que rodea al discapacitado: las personas con quien convive; la composición familiar y las relaciones familiares; su entorno social y de amistades; las ayudas sociales públicas o privadas que recibe; datos sobre la situación económica y las condiciones de la vivienda.

A partir de las conclusiones del conjunto de las diferentes valoraciones, en reuniones transdisciplinarias con todos los profesionales implicados en el caso, se establecerá el orden de prioridades y objetivos para el caso concreto, elaborándose el Plan de Atención Integral específico e individualizado para la persona con discapacidad, así como los mecanismos de seguimiento y reevaluación de la situación del mismo.

1

Presencia de **AUXILIA**
en el campo de ayuda a
personas con discapacidad física
y enfermos de larga curación





Para comprender mejor el marco y la realidad actual en que se desarrolla la vida de AUXILIA es necesario contemplar una visión retrospectiva que recoja, aunque sea de forma telegráfica, los principales hitos históricos de la Asociación en España, desde sus primeros pasos, allá por 1952, en Barcelona.

1.1. Génesis de AUXILIA

Los equipos sociales nacieron en Francia después de la Primera Guerra Mundial. Robert Garrich, les había dado forma para ofrecer ayuda a quién la necesitara, especialmente a personas enfermas y discapacitadas, secuelas de la guerra. Entre los voluntarios que colaboraron estrechamente con el líder del movimiento en esta ayuda, estaba Pierre Deffontaines, que como más adelante dejaremos señalado, fue parte esencial de los cimientos de AUXILIA en España.

Paralelamente al movimiento y a las actividades de los equipos sociales, Marguerite Rivard, discapacitada, pensaba, imaginaba y proyectaba desde la cama del sanatorio donde estaba recluida. Aseveraba que la persona, aunque no cuente con determinadas fuerzas físicas, puede y debe desarrollar su personalidad en la medida de sus posibilidades.

Marguerite veía, sin embargo, que precisamente por sus dificultades motóricas, muchas personas no habían tenido posibilidad de acudir a la escuela, por ello, carecían de una preparación y de una formación personal mínimas para desenvolverse en la sociedad. Y de ahí dedujo que convenía movilizar a la sociedad y modificar las estructuras sociales para que, especialmente en el área cultural, los discapacitados físicos recibieran la formación adecuada a sus posibilidades de aprendizaje. Si la persona discapacitada tiene una sólida

base formativa -afirmaba Marguerite Rivard- ya encontrará la manera de abrirse camino en la vida y de ocupar el puesto que en justicia le corresponde.

Barajando estas ideas, Marguerite Rivard propuso a Robert Garrich y sus colaboradores la organización de unos cursos por correspondencia para personas enfermas y discapacitadas. Y así, en 1926, nació en Francia la Asociación AUXILIA.

Grupos de profesores voluntarios salieron inicialmente de los equipos sociales, y entre ellos, Pierre Deffontaines y su esposa Genevieve Claro, a los que posteriormente se agregaron voluntarios de diversas procedencias, constituyendo un núcleo importante que llegaba a todos los rincones del país donde hubiera una persona enferma o discapacitada que pudiera seguir estos cursos por correspondencia.

Inspirada en principios netamente humanistas, la Asociación AUXILIA nació y se extendía en Francia con espíritu de intercambio entre profesores y alumnos **-todos tenemos algo que enseñar y mucho que aprender-**, con la divisa **-la caridad es reina-** y postulando **trabajo y amistad** como consigna para la actividad a desarrollar. En poco tiempo, sin embargo, se amplió el horizonte a toda clase de personas, extendiéndose la Asociación a Bélgica en 1935 y a Italia en 1950.

Poco después de acabada la guerra civil española, Pierre Deffontaines, que como hemos dejado reseñado fue uno de los primeros y activos colaboradores en los equipos sociales de Francia, fue nombrado Director del Instituto Francés en Barcelona y a esta ciudad se trasladó con su esposa Genevieve Claro.

Pierre Deffontaines se insertó plenamente en la sociedad civil e intelectual de nuestro país, publicando varios libros sobre geografía y antropología catalanas y colaborando, con

notable peso específico, en trabajos y estudios relativos a la tierra donde residía.

En 1952, un enfermo residente en la Ciudad Sanatorial de Tarrasa, José Navarro, se dirige al instituto Francés de Barcelona manifestando, en síntesis, que le sobra mucho tiempo en sus horas de reposo, como afectado de tuberculosis, y que le gustaría estudiar francés, pero al no disponer de dinero solicita se le den clases gratuitas. A la recepción de la carta, el matrimonio Deffontaines se traslada a Tarrasa, se entrevista con José Navarro y le ofrecen a él y a todos los residentes en el sanatorio cursos para aprender lo que deseen, ellos buscarían para cada caso el profesor voluntario adecuado. Con este hecho acababa de nacer AUXILIA en España.

Los Deffontaines movilizan a toda la colonia francesa residente en Barcelona, a la que se unen nativos que, de alguna u otra forma, tienen relación con el Instituto Francés de la Ciudad Condal. Así, los cursos de AUXILIA se pudieron ofrecer a otros sanatorios antituberculosos y demás centros sanitarios, extendiéndose por diferentes provincias españolas y alcanzando en poco tiempo varios centenares de alumnos.

La actividad, que había comenzado sin más aspiraciones que favorecer y ayudar a quien lo solicitara, se inscribió inicialmente como una Sección de Cáritas Diocesanas de Barcelona, utilizando como sede postal, un apartado de correos y como oficina, una habitación del matrimonio Deffontaines, sita en el número 224 de la calle Balmes de Barcelona.

Aunque la participación en AUXILIA no estaba restringida a nadie, la mayoría de las personas que integraban la Asociación eran de mediana edad; y la organización de la entidad, al estilo de lo ya existente en Francia, Bélgica e Italia, se basaba en un Consejo de Dirección y Grupos de asignaturas o materias, al frente de cada uno había un llamado *Jefe de*

Grupo. En muchos sanatorios y centros asistenciales había un residente *Delegado* de AUXILIA que se encargaba de gestionar las altas y bajas de alumnos, así como de la divulgación de lo que era AUXILIA entre sus posibles usuarios.

En 1966, la madre de un niño de 5 años, Juan Carlos Tortajada, afectado de poliomielitis en ambas piernas, acudió a la sede de AUXILIA -vivienda del matrimonio Deffontaines- y solicitó clases para su hijo, puesto que no podía acudir a un centro escolar.

AUXILIA, aunque daba clases a enfermos y discapacitados que no tuvieran acceso normal a la escuela, sin embargo sólo lo hacía por correspondencia y era imposible emplear este método con un niño que todavía no sabía leer ni escribir. Tampoco parecía factible conseguir que los voluntarios de AUXILIA -que se habían comprometido a dar clases por correspondencia, en general, por disponer de poco tiempo- se trasladaran al domicilio de un alumno y llevaran a cabo la enseñanza bis a bis.

Fue entonces cuando se solicitó el concurso de los estudiantes de Preuniversitario de un colegio privado de Barcelona, concretamente La Salle Bonanova, solicitándoles que cinco de ellos se ofrecieran para ir a casa de Juan Carlos Tortajada, turnándose los días lectivos de la semana, de forma que cada día tuviera el niño *un profesor* que, por lo menos, le enseñara a leer y escribir.

El resultado de la solicitud verbal, hecha a los cuarenta y pico de alumnos de aquel curso preuniversitario, fue que la práctica totalidad del aula se ofreció para llevar a cabo el proyecto propuesto.

Para aprovechar el *excedente de profesores* se buscaron nuevos alumnos que estuvieran en circunstancias parecidas a las de Juan Carlos y, a medida que éstos aparecían se iban necesitando más profesores. Así, dando respuesta a esta nueva necesidad, surgió la Sección de Enseñanza a Domicilio de AUXILIA en el año 1966.

La Sección de Domicilio y la de Correspondencia marchaban paralelamente dentro de AUXILIA, con poca relación entre ellas ya que tanto sus componentes como los métodos empleados eran distintos. Ambas, no obstante, tenían el mismo lema global **-hay que tener fe en lo que hacemos y hacerlo con entusiasmo-** y ambas, basaban su acción en el espíritu de intercambio entre profesores y alumnos. La Sección de Correspondencia seguía teniendo por divisa **-trabajo y amistad-** y la de Domicilio adoptó otra acorde con su naturaleza, la de **-enseñar a vivir con ganas-**.

A raíz de un artículo aparecido en la revista colegial *Genial* titulado: *600 profesores en busca de alumno*, se interesaron por llevar a cabo una acción similar a la de Barcelona grupos de jóvenes de Alicante, Santander y Madrid; y así, empezó a funcionar la enseñanza a domicilio de AUXILIA, en diversas provincias españolas.

Desde su comienzo, la Sección a Domicilio de AUXILIA adoptó una organización estructural distinta de la de Correspondencia, pues mientras ésta centralizaba su gobierno en Barcelona, aquella constituía un *núcleo* responsable en cada localidad, creándose y estableciéndose una coordinación entre todos los *núcleos* existentes. Se conoce como núcleo al lugar -ciudad- donde se establece un grupo de personas que trabaja en nombre de AUXILIA, aceptando su filosofía y amparándose en sus estatutos.

Ocupados por lo vital de la acción de AUXILIA, en ningún momento se había prestado atención a la situación formal o legal de la Asociación y así, mientras en Barcelona estaba constituida formalmente como Sección de Cáritas, en Alicante se establecía que AUXILIA era una Sección de la Congregación Mariana y en Santander se erigía como Asociación Civil amparada en la Ley de Asociaciones.

Para normalizar esta situación, el Consejo Directivo, sucesor del primer Consejo de Dirección, resumió en unos estatutos las aspiraciones y objetivos de los componentes de AUXILIA,

convirtiéndose en Asociación Civil reconocida por el Ministerio del Interior el 14 de junio de 1971, siendo su ámbito todo el territorio del Estado Español.

Con la idea clara, por parte de AUXILIA, de que su actuación debía estar simultáneamente en dos campos:

- Ayudando a personas enfermas y discapacitadas a su plena realización personal, principalmente a través de la cultura y la formación.
- Colaborando con quien trabajara en la misma línea y denunciando a quien, debiendo hacerlo, no lo hiciera.

La Asociación fue participando y colaborando, en diferentes niveles y ámbitos, con organismos públicos y privados para erradicar la marginación injusta que sufre la mayor parte de la población discapacitada o enferma de nuestro país.

AUXILIA fue declarada **Entidad Colaboradora del Ministerio de Educación y Ciencia en 1971**; y **Entidad de Utilidad Pública en el Consejo de Ministros del 31 de mayo de 1974**.

El *Plan de Actuación* de Auxilia, cuyas columnas, además de Correspondencia y Domicilio, fueron luego Hospitales, Tiempo libre y Escuelas, se dividió en tres aspectos bien concretos:

- Acción específica, o la que AUXILIA abordaba directamente con la persona discapacitada o enferma.
- Acción conjunta, o la que AUXILIA llevaba a cabo al unísono con otras entidades que pretendían fines similares.
- Acción complementaria, o la que AUXILIA realizaba con el voluntariado para facilitar su labor.

1.2. Principales Actividades

Desde su fundación, AUXILIA ha estado muy preocupada por la atención integral a la persona, buscando siempre, la propia intervención de ella misma en el proceso de normalización de su vida, en la medida de sus posibilidades.

Esta preocupación se ha manifestado de varias maneras, evolucionando desde conceptos simples, como enseñanza por correspondencia hasta fórmulas más elaboradas y variadas, como enseñanza a domicilio, empleo de nuevas tecnologías, centros de educación especial, planificación del ocio y tiempo libre, salidas culturales, encuentros entre delegaciones y otros colectivos, etcétera.

Desde sus orígenes, AUXILIA ha fijado como prioritarios dos puntos de referencia para el fomento de la autonomía personal y social de las personas con discapacidad: la enseñanza en sus diversas disciplinas y la organización del tiempo libre individual o en grupo, como elemento integrador, a través de actividades sociales y culturales tales como colonias, convivencias, deporte adaptado y otras. Al margen, a tenor de las circunstancias, merece mención especial la denominada *Acción Exterior*, conjunto de actividades reivindicativas y presenciales dirigidas al entorno de la Asociación.

Con el transcurso del tiempo, AUXILIA se percató de que eran necesarias herramientas escritas, además de informes y soportes documentales para obtener continuidad y calidad en el trabajo desempeñado. Así mismo, se asumió la importancia de la promoción y difusión de las actividades realizadas, a través de la sensibilización, la concienciación y la captación de nuevos voluntarios. Ya en nuestros días, este aspecto resulta primordial en el quehacer diario, manteniendo un progresivo nivel de atención y dedicación de cara a un futuro cada vez más complejo.

Cada delegación (antes núcleo) ha desarrollado el Plan de

Atención Integral atendiendo a distintos objetivos, respondiendo a aspectos sociales y geográficos diferentes. Además, han influido las preocupaciones de los voluntarios a lo largo de su de su desarrollo histórico, a pesar de que todos persiguen los mismos fines.

En definitiva, según la zona y el contexto histórico, los responsables de cada delegación han adaptado la maleable y rica interpretación que ofrece la metodología de *Atención Integral* para encontrar los mencionados objetivos, primando los que en cada momento han considerado más relevantes.

1.3. Orientación actual

Fruto de la reflexión continua, de la experiencia adquirida en los años de trabajo, de cuestionarse, en todo momento, la calidad de nuestras actuaciones, surge el planteamiento de una acción global más profunda, sobre cada persona con discapacidad física, para intentar la *normalización* social y cultural.

En el Pleno Nacional de Coordinadores de 1982, se tomó la decisión de adoptar como metodología de trabajo la contenida en el Plan de Formación Integral (PFI), y extender paulatinamente dicha actuación a todas las personas usuarias, hasta conseguir que fuera la rutina habitual de trabajo en AUXILIA. Esto significó un avance cualitativo muy considerable y un gran reto para la propia Asociación y todos sus miembros.

La decisión era ambiciosa, por cuanto el Plan de Formación Integral suponía superar los esquemas de acción hasta entonces vigentes, referidos a todo el trabajo directo con los usuarios (enseñanza, tiempo libre, desarrollo de habilidades sociales, concienciación de la propia problemática...) y adoptar un enfoque de trabajo globalizador y personalizado.

Partiendo de las necesidades de la persona en cualquiera de los múltiples aspectos que conforman su personalidad global y única, se planificarían y desarrollarían unas actividades que le permitiesen ir consiguiendo metas alcanzables o, según los casos, paliar sus necesidades.

AUXILIA como ente vivo y en constante evolución, convirtió el Plan de Formación Integral en el marco de actuación que la identifica y define. Por eso, desde el año 2005, AUXILIA, como entidad estatal, decidió apoyar a las delegaciones, de una forma más cercana y operativa, en el desarrollo y ejecución de este Plan, respecto a sus diversas realidades, siempre respetando la filosofía de la misma. Este apoyo se materializó con la contratación de profesionales del ámbito social.

Ahora, transcurridos unos años en los que el análisis y la concreción han abierto nuevos horizontes, revisamos y replanteamos el Plan inicial, actualizándolo y renombrándolo como Plan de Atención Integral, manteniendo los principios fundamentales y potenciando la intervención profesional como complemento al voluntariado.

La intervención desde el trabajo social se realiza en tres niveles fundamentales: individual-familiar, grupal y comunitario.

Con el paso del tiempo, se ha podido comprobar que el Plan se puede aplicar, además de en el nivel individual-familiar, también en el grupal y en el comunitario. Estos tres niveles son complementarios y nunca excluyentes, superponiéndose en función de las diferentes actividades realizadas en cada caso. Podemos trabajar individualmente, a través de visitas domiciliarias o entrevistas en profundidad; favorecer un ocio normalizado promoviendo la mejora de las habilidades sociales grupalmente; y promover acciones reivindicativas en diferentes ámbitos: educación, accesibilidad, empleo, etcétera, con la pretensión de sensibilizar a la comunidad sobre el colectivo de personas con discapacidad.

Dentro de las fases del método de Atención Integral se

incluyen las etapas necesarias para la óptima aplicación a los usuarios o a los grupos, siendo éstas:

- 1) Recogida de datos,
- 2) Detección de necesidades
- 3) Estudio de la problemática
- 4) Fijación de objetivos
- 5) Programación de actividades
- 6) Evaluación de resultados.

La diferencia estriba en que la intervención en cada horizonte tiene una perspectiva distinta. No es lo mismo detectar y priorizar necesidades, determinar los objetivos y planificar las actividades a realizar en una persona que en un grupo.

Todos nuestros ámbitos de actuación como el ocio integrador, la enseñanza, la acción exterior, el voluntariado social, puede decirse que han desdoblado su actividad, asumiendo acciones individualizadas surgidas de las necesidades y programaciones de Atención Integral, y manteniendo otras actividades grupales o comunitarias (salidas, colonias, campañas de sensibilización...) siempre desde la óptica de Atención Integral, a cuya filosofía y metodología tienden a incorporarse.

No podemos olvidar que aplicar el método de Atención Integral supone también registrar y documentar todo el trabajo, protegiendo, como es obligatorio, datos confidenciales, siendo de extrema importancia para garantizar la continuidad en una entidad como AUXILIA, en la que el voluntariado, adolece, en un porcentaje muy alto, de una gran rotación. El registro y seguimiento de un plan implican un reto mayor, al intentar superar una tendencia muy arraigada a no escribir. Hoy día, la aplicación de nuevas tecnologías ha facilitado esta tarea, permitiendo las actualizaciones oportunas en cada caso y adecuando los modelos a las peculiaridades de cada intervención.

1.4. Breve reseña a los niveles de intervención: grupal y comunitaria

Hasta ahora hemos visto la aplicación de la metodología de Atención Integral como un proceso individualizado, pero también, hemos apuntado que se puede aplicar la misma metodología en otros niveles de intervención como el grupal y el comunitario. Es decir, si queremos trabajar con un grupo o en una comunidad, también hay que saber qué características tiene, cuál es su problemática y las posibles soluciones a la misma.

Intervención Grupal

En el campo de la acción social, cuando hablamos de grupo nos referimos a una realidad diferente a la simple suma de individuos que lo forman. El grupo no sólo engloba a sus miembros sino también sus objetivos, acciones, recursos, etc.

Para intervenir a nivel grupal, en primer lugar, tenemos que saber cuál es nuestro grupo de interés, es decir, sobre qué grupo de personas queremos intervenir.

E. Ander-Egg define como grupo de interés *aquellas personas que poseen en común ciertas características* (en nuestro caso, además de la condición de tener una discapacidad física, puede ser la edad, el género, etc.), *se sienten ligados entre sí con una conciencia de identidad y actúan en la vida social de acuerdo a lo que tienen en común.*

Una intervención grupal desde Atención Integral debe consistir en aplicar la metodología al grupo como un todo, para ello, exige llevar a cabo un proceso personalizado previo de cada uno de sus componentes. Un ejemplo de ello: un grupo de niños con necesidades educativas especiales presenta problemas de escolaridad con un alto nivel de fracaso escolar. Tras un trabajo individualizado y de grupo, se descubre que la causa de este problema radica en la

existencia de barreras urbanísticas y arquitectónicas, y en la escasez de cuidadores y profesores de apoyo que conlleva a un elevado absentismo escolar.

Intervención comunitaria

Aunque el término comunidad tiene aplicaciones muy diversas (un barrio, una localidad, la “comunidad internacional”...) se utiliza para designar a una agrupación organizada de personas que se percibe como *unidad social*, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común y que tienen conciencia de pertenencia a ésta, ubicándose en una determinada área geográfica

Cuando queremos saber sobre qué comunidad queremos intervenir, tenemos que determinar sus cuatro elementos: territorio (no es lo mismo una zona rural que un barrio residencial), población (sexo, edad, actividad...), demandas (problemas manifiestos y latentes) y recursos disponibles (públicos y privados). Por ejemplo: queremos mejorar la accesibilidad de Toledo: territorio: casco urbano de la ciudad de Toledo; población: con movilidad reducida; demanda: eliminación de barreras; y recursos: la administración, la entidad y la legislación.

Aplicaríamos las fases del método Atención Integral con la salvedad de que dicha aplicación conllevaría trabajar sobre el terreno y, sobre todo, tener en cuenta el nivel de participación social. Ésta no puede existir sin una toma de conciencia, tanto a nivel individual como colectivo, es decir, solamente pueden participar quienes se percatan de la necesidad de su participación, sabiendo que si no lo hacen las cosas probablemente no mejoren. Participación, toma de conciencia y cambio son factores en permanente movimiento, circunstancia a tener en cuenta a la hora de la evaluación.

2

Definición de Atención Integral Principios generales del Plan de Atención Integral





2. 1. Definición de Atención Integral

Desde AUXILIA se considera la metodología de Atención Integral como la forma más adecuada para trabajar las diversas dimensiones del sujeto, de modo que le lleve a desarrollar sus capacidades y aptitudes, atendiendo sus necesidades específicas.

Se tiende a considerar al individuo como persona global y única capaz de, él mismo, valorar y decidir su nivel de incorporación social.

2.2. Principios fundamentales del Plan de Atención Integral

Globalidad: estudio de todos los aspectos que engloba a la persona con discapacidad, estableciendo un programa de desarrollo individual adaptado a sus posibilidades, aunque se trabaje a nivel grupal.

Continuidad: es un proceso continuado que no debe detenerse ni modificarse a menos que se considere que estamos en un camino equivocado, en cuyo caso, se introducirán cambios que ayuden a mejorarlo.

Flexibilidad: se deben contemplar las incidencias en su aplicación sin que éstas alteren lo fundamental del programa.

Precisión: se parte de la obtención de la información y del análisis de las necesidades de la persona con discapacidad para establecer un posterior seguimiento, que permitirá el desarrollo de unos objetivos bien definidos a corto, medio y largo plazo que deben ajustarse a la realidad del sujeto.

Realismo: determinar un estudio de las variables y condiciones del sujeto: tipo de discapacidad, situación

familiar, nivel económico, edad y sexo, inquietudes y aspiraciones susceptibles de ser alcanzadas, enmarcándolas en un espacio temporal, observando su posible evolución.

Claridad: fijar pautas concretas y bien elaboradas que faciliten su comprensión y puedan aplicarlas todas aquellas personas que lo requieran.

Dinamismo: el plan está sujeto a revisiones continuas en su experimentación permitiendo mejorar y progresar en la calidad del mismo.

3

Objetivos del Plan de Atención Integral





AUXILIA es una asociación de voluntarios que tiene como **MISIÓN: Luchar contra la desigualdad, la falta de formación, la marginación social, el subdesarrollo y la exclusión de personas con discapacidad y enfermos severos, impulsando iniciativas capaces de conseguir justicia, igualdad de oportunidades, educación, tolerancia, solidaridad y un compromiso ético y humano.**

Nuestra **VISIÓN**, fundamentada en los derechos humanos, considera que toda persona en virtud de su dignidad e igualdad esenciales, sea por sí misma, gestor riguroso de su progreso personal y social, para la consecución de una calidad de vida digna.

Estos conceptos sirven de base y fundamento para orientar la formulación de los objetivos del Plan.

3.1. Objetivos del Plan de Atención Integral

Siguiendo la metodología del Plan de Atención Integral se establecen los siguientes objetivos:

- Informar y asesorar sobre aspectos relacionados con la discapacidad, preferentemente física, (prestaciones, ayudas técnicas, eliminación de barreras arquitectónicas, actividades de ocio, formación, ofertas laborales...) a todas aquellas personas que lo demanden.
- Conseguir una adecuación de los medios y ofertas disponibles, aunando los esfuerzos necesarios para posibilitar una coordinación realista y efectiva entre los miembros del Equipo de Atención Integral, con el fin de lograr un intercambio fluido de experiencias.
- Los miembros de la Asociación unificarán criterios en el desarrollo de sus tareas respectivas para dar cobertura a las necesidades específicas de las personas con discapacidad.

- Los responsables del Plan de Atención Integral tendrán como prioridad ofrecer a los beneficiarios la orientación y el apoyo indispensables para el desarrollo de sus habilidades personales.

4

Plan de Atención Integral: Pautas





Para llevar a cabo un acertado Plan de Atención Integral, es preciso implantar idéntica **metodología** en todas las Delegaciones, unificando criterios y la tarea a realizar.

Siguiendo la metodología de este Plan de Atención Integral, se hace necesario establecer en cada Delegación, tanto a nivel individual como grupal, un proceso personalizado para cada usuario con el que se trabaje, ajustándose a sus necesidades y características personales.

El Plan comprende, para cada persona, los siguientes pasos:



4.1. Recogida de datos

Es la base sobre la que se apoya todo el proceso de Atención Integral aplicado a un usuario. Por eso, es muy importante llevar a cabo una **buena recogida de datos** que permita conocer con la máxima profundidad a la persona con discapacidad física y a su entorno.

Si los datos disponibles no son buenos o son incompletos, la

programación resultante no se basará en la realidad (al menos no en toda) y el trabajo que se desarrolle en la intervención vendrá abocado, con seguridad, al fracaso; será ineficaz o no será todo lo eficaz que podría haber sido. Incluso a veces puede llegar a ser contraproducente. En otras palabras, **los datos deben de ser fiables y ajustados a la realidad para ofrecer una intervención adecuada a las necesidades de los usuarios.**

La información obtenida se plasmará en un soporte detallado; **Recogida de Datos** (R.D.), con los anexos y/o informes pertinentes (datos sanitarios, económicos, laborales, valoración de los profesionales), a modo de guía, para alcanzar una visión amplia de la realidad de la persona e identificar sus necesidades.

Por ello debe hacerse, poco a poco, con varias entrevistas, en el domicilio, o en la sede de la delegación de AUXILIA, con el interesado/a y/o con su familia.

Después de estos primeros contactos con los que se habrá adquirido una idea general de la situación y necesidades de la persona con discapacidad y su entorno, nos pondremos a trabajar. Durante dos o tres meses, el objetivo será conocer mejor los aspectos en los que poder incidir, por lo tanto, más que tener una programación elaborada, durante ese tiempo el planteamiento deberá ser hacia donde dirigir la observación y profundizar en situaciones, intereses, formación, expectativas, interrelaciones familiares, a veces difíciles de plasmar en un papel, si no es después de un contacto continuado con las persona con discapacidad y las personas que conviven con ella.

Para orientar la actuación deberá recabarse información complementaria y detallada sobre el usuario, como:

- Situación actual de la persona con discapacidad física en las distintas áreas (salud, autonomía personal y social, etc.).

- Capacidades y limitaciones.
- Posibilidades de mejorar.
- Pautas de actuación.

No hay que esperar a tener **todos** los datos de una persona para empezar a trabajar (nunca los tendremos todos, es una tarea siempre inacabada).

Iniciando las actividades damos respuesta a la demanda que nos hacen y además vamos ampliando el conocimiento de todos los problemas que se pudieran tener en cualquier área.

Todos los aspectos, datos y puntos de vista se deben poner en común, contrastar y unificar, registrándolos en la Recogida de Datos y Anexos de Autonomía Personal y Social, y Comunicación. Es conveniente que los Anexos los tengan los voluntarios de atención directa, puesto que ellos son quienes más ocasiones van a tener para observar los ítems propuestos.

4.2. Identificación de Necesidades

Al comenzar a trabajar con una persona se realizará una identificación de necesidades, que será necesariamente muy general, pero ayudará a dirigir la observación durante los dos o tres primeros meses para, posteriormente, elaborar una identificación de necesidades más centrada y detallada.

El análisis e interpretación de todos los datos permitirá hacer una identificación de sus necesidades, de los problemas que presenta y establecer una jerarquización de los mismos por orden de importancia para la persona.

La identificación de las necesidades: es una tarea a realizar por el Equipo de Atención Integral junto con el usuario y/o con la familia, determinando los objetivos a reforzar en cada área.

Si la persona ya está siendo atendida, al equipo deben sumarse los voluntarios de atención directa.

Cada miembro del equipo, previamente, analiza la Recogida de Datos, anotando las posibles necesidades que aprecia. Reunidos, examinan y contrastan conjuntamente sus pareceres sobre la situación personal y los puntos concretos que han observado, comentando las discrepancias, volviendo a la Recogida de Datos y **elaborando una lista de problemas** (de necesidades) **jerarquizada**, anotando y numerando por orden de importancia todos los que se identifiquen, siendo realistas en cuanto a la consecución de las mismas.

La **lista** de necesidades (problemas o carencias) ha de ser **única**, puesto que así queda reflejada, escuetamente, la situación de la persona. Si bien, a título orientativo y para facilitar la labor (para evitar olvidos y lagunas), se tendrán presentes todas las áreas o campos (aspectos relativamente diferenciados y de gran importancia en la globalidad de la persona); si se hace una lista para cada área o campo, esto de diluye.

La jerarquización nos indica la gravedad y prioridad de los problemas, y por tanto de los esfuerzos de la intervención; no necesariamente tenemos que abordar todos los problemas que identifiquemos en una persona, pero sí que debemos empezar por los más urgentes e importantes para la persona con discapacidad física. Las necesidades deberán ser consensuadas, si es posible, con los profesionales de otros centros donde se atiende al usuario para poder aunar las pautas de actuación y establecer un seguimiento de los objetivos.

Hay que fechar la lista jerarquizada de problemas indicando las personas que la han elaborado, por si es necesaria una aclaración o contestación al respecto.

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

Delegación: XXXXXXXXXXXXXXXX
Usuario: María XXXXXXXX XXXXXXXX
Identificadas por: Equipo Atención Integral, Manuel XXXXXXX, Juana XXXXXXX,
Fecha: 00.00.0000

NECESIDADES = LISTA DE PROBLEMAS

1. No hace por si misma todas las tareas que podría hacer.
Su madre la viste, le da la comida,...
2. Sólo sale con la familia, no conoce a nadie más con quien poder salir.
3. En casa no usa la silla de ruedas, está sentada en el sofá (las puertas son estrechas, el baño no está adaptado).
4. No puede autoimpulsar la silla de ruedas.
5. XXXXXXXX xxxx xxxxxxxxxx

4.3. Programación

a) Aspectos metodológicos

Tras identificar las necesidades hay que planificar lo que queremos hacer, elaborar una programación. Esto supone:

- Establecer unos objetivos dirigidos a reducir, mejorar o solucionar cada uno de los problemas identificados.
- Planificar las actividades que vamos a realizar para intentar conseguir dichos objetivos, intentando ser lo más realistas posible.

Haciendo un estudio de cada una de las necesidades a satisfacer en la persona con discapacidad, se pretende la superación de éstas en cada uno de los ámbitos de la intervención, dentro de un periodo de tiempo estimado en el que se persigue ajustar el plan de esta intervención a la realidad del usuario, con objetivos alcanzables y factibles en todo caso.

Para facilitar esta tarea se distribuye la programación por áreas o campos, anotando en cada uno de ellos los objetivos y actividades, referentes a los problemas o necesidades que se encuadren dentro de esta área; bien entendido que esta distribución es puramente sobre el papel, ya que la personalidad del individuo es un todo, una globalidad a la que va a afectar cualquier actividad que se realice desde cualquier área.

Es conveniente y práctico enumerar los objetivos (de forma compuesta, poniendo en primer término el número del problema al cual van dirigidos), lo que facilita su identificación en cualquier momento y especialmente en la evaluación.

Antes de comenzar una programación deben plantearse y tenerse muy en cuenta algunas cuestiones fundamentales que condicionan ésta y el éxito en la intervención:

- Periodo de tiempo para el que se va a programar, es decir, aquel en el que se espera conseguir los objetivos.
- Recursos de que se dispone (o se puede disponer, con cierto grado de posibilidad), tanto materiales como humanos, siendo los recursos humanos fundamentales para la óptima consecución de los objetivos programados.
- Grado de compromiso y participación, por parte de los integrantes, en el proceso de cambio.

Hay que tener esto muy presente a la hora de marcar objetivos, para que puedan ser **realistas** y alcanzables. Por ello, se debe huir de diseñar grandes objetivos que sobrepasen las posibilidades de ser alcanzados, tanto por el

período de tiempo, como por los medios de que se va a disponer para conseguirlos, o por la potencialidad real de la persona. Es mejor trazar objetivos cortos, **concretos** y hacerlo en **términos de conducta observable**, lo cual nos permitirá luego poder evaluarlos, algo imposible de hacer si éstos son muy amplios. Hay que tener en cuenta que para que los objetivos cumplan estos requisitos, la información recogida por el equipo nos ha de dar las pautas para definirlos.

En aras de conseguir la operatividad del método de Atención Integral es mejor plantear los **objetivos** de forma simple; **que se entiendan**, que sepan todos los que manejan la programación lo que se quiere conseguir en concreto.

A medida que se van estableciendo objetivos, hay que programar actividades concretas a realizar para ayudar a la persona con discapacidad física a alcanzarlos.

Estas **actividades** deben ser también lo más concretas y claras posibles, debe quedar claro **qué** ha de hacerse, **cómo** ha de hacerse, **quién** ha de hacer cada cosa, **cuándo** (fecha o período), qué **material** ha de utilizarse, a **qué objetivo** van encaminadas...

b) Tipos de Programación

Un usuario que es atendido en AUXILIA a lo largo del tiempo pasa por tres fases bien diferenciadas y, dependiendo de ello, así serán también las programaciones.

1ª FASE: Usuario nuevo. Los objetivos planteados van dirigidos a conocer, explorar, sondear, observar, recopilar, en definitiva, a vislumbrar el perfil de la persona con discapacidad física y su realidad. Aquí podríamos hablar de una **Pre-Programación** (programación explorativa, evaluación inicial, programación inicial).

2ª FASE: Primeros años de atención. Nos hemos encontrado con muchos problemas o necesidades y vamos planteando objetivos que los van resolviendo; los avances son manifiestos. Introducimos cambios y se ve que va

umentando la calidad de vida. **Programación Progresiva.**

3ª FASE: Usuario antiguo. Viene siendo atendido durante muchos años. Se consiguieron grandes avances, pero es una persona que aún necesita de AUXILIA para resolver alguna de las necesidades que persisten, no habiendo encontrado ningún otro recurso normalizado donde las puedan cubrir. Será una **Programación de Mantenimiento** e irá encaminada a mantener objetivos ya conseguidos, dar la atención concreta que aún necesita y estar al tanto de nuevas necesidades que puedan ir surgiendo o que, siendo antiguas, en su momento no se pudieron resolver.

c) ¿Quién hace la programación?

Además del Equipo de Atención Integral y los voluntarios de atención directa, hay que contar con la participación activa del usuario y/o su familia, que son los que nos pueden proporcionar la información que necesitamos para la programación.

AUXILIA debe tener claro cuál es su papel: **ayudar a reducir problemas o necesidades, concienciar sobre la mejora de sus posibilidades, conseguir las mayores cotas de autonomía a las que la persona pueda llegar, normalizar siempre que sea posible los recursos que se utilizan,...**

El usuario y/o su familia tienen que decidir si utilizan los medios que AUXILIA les puede ofrecer. Una vez aceptada esta premisa, tiene que pasar a formar parte activa del proceso. No se obrará ningún cambio permanente y profundo si no parte de la persona que tiene el problema. Hay que intentar planificar los logros a conseguir, cómo lo vamos a hacer, qué compromiso asume cada persona y cuándo lo vamos a evaluar.

PROGRAMACIÓN

Delegación: XXXXXXXXXXXXXXXX
Usuario: María XXXXXXXX XXXXXXXX
Area: Autonomía Personal y Social
A desarrollar por: Voluntarios: Manuel XXXXXX y Sara XXXXXX
Programada por: Equipo de Atención Integral / Voluntarios / Usuaría
Fecha: 00.00.0000

OBJETIVOS	ACTIVIDADES
1.1 Que se quite la chaqueta.	- Hablar con María y con su familia, pautar cómo vamos a ir trabajando estos objetivos. (Se puede plantear en una reunión conjunta con el equipo de Atención Integral, y hay que hacerlo a principio de curso.
1.2 Comer el bocadillo sola.	- Tened en cuenta estos objetivos en todas las actividades de tiempo libre.
1.3 Beber de un vaso con asa.	- Haced un seguimiento de los avances e incidencias (los monitores de tiempo libre en las salidas y el Equipo de Atención Integral en los avances hechos en casa).

4.4. Intervención

Una vez elaborada la programación, ha llegado el momento de llevarla a la práctica, de realizar las actividades que se han diseñado: a esto se le llama **Intervención** o **desarrollo del programa**.

El equipo encargado de llevar a cabo las actividades programadas, vendrá dado por la propia programación y habrá quedado configurado en ella, siendo total o parcialmente distinto, tanto en número como en cualificación para cada usuario.

A título indicativo cabe señalar que puede ser formado, dependiendo de las necesidades, por:

- Un voluntario para cada materia académica. Pudiendo utilizar las posibilidades y recursos que la educación a distancia nos ofrece.
- Dos voluntarios de "relación con el exterior": monitores de tiempo libre adscritos a esta persona, para desarrollar lo programado en esta área y colaborar en otras cuestiones como *autonomía personal y social, concienciación de la propia problemática*.
- Un voluntario de informática para enseñar el manejo de un procesador de texto, buscar una forma de acceso al ordenador, adiestrar en algún programa específico, buscar información en determinadas páginas de Internet, cómo acceder a los recursos que las nuevas tecnologías de la información nos ofrecen, etc.
- Voluntarios de algún taller u otro recurso de la Asociación al que asista.

Debe explicarse ampliamente, a quien no haya intervenido en la elaboración de la programación, el contenido de ésta, que ha de aplicarse detallando a cada uno las actividades concretas que habrá de realizar con el usuario o procurar que él realice, los objetivos a los que van encaminadas las actividades, así como las necesidades que las han motivado. Al propio tiempo se les facilitará el material de trabajo necesario (libros, fichas, juegos didácticos...); esto puede hacerlo el responsable de Atención Integral u otros miembros del equipo.

Cada miembro de los distintos grupos realizará las actividades que se le hayan asignado, anotando todas las observaciones de interés que se produzcan en el transcurso de las mismas y consultando cualquier duda que se presente con el Coordinador de Área, si lo hubiera, o con el Responsable de Atención Integral.

En cada Delegación el Equipo de Atención Integral deberá

estimar el número de voluntarios necesario para cada actividad, dependiendo del área en el que quieran hacer hincapié y el nivel de dedicación que requiera cada usuario.

4.5. Seguimiento

Consiste en ejercer una coordinación y supervisión para que se lleven a cabo todas las actividades programadas.

Al mismo tiempo sirve para detectar cualquier problema que pudiera presentarse en el desarrollo de la programación presentada (bien por variar las circunstancias de la persona con discapacidad física, bien por imposibilidad de realizar alguna actividad...u otras) y actuar en consecuencia sin esperar a la fecha prevista de la evaluación, reenfocando las actividades programadas, aplicando otro medio, etc. Este es uno de los cometidos más importantes del Responsable de Atención Integral, que puede apoyarse, incluso, en tutores, gestores, jefes de grupo, etc. Se procurará la cohesión y coordinación de cada grupo de trabajo, de todas las personas que intervienen sobre una misma persona con discapacidad física, y se supervisará el cumplimiento de las actividades a realizar por cada una de ella, asesorando, animando y resolviendo los problemas que pudieran presentarse.

Como medios importantes a utilizar señalaremos los siguientes:

- Reuniones del equipo de Atención Integral, con una frecuencia semanal o quincenal, en las que se intercambie la información que cada miembro posee, fruto de los contactos de seguimiento y de la propia intervención efectuada, teniendo periódicamente una sesión amplia para repasar la situación de cada persona con discapacidad física.
- Reunión de cada grupo de atención directa (que

atiende a una misma persona con discapacidad física) con el equipo de Atención Integral. La experiencia parece indicar que una periodicidad aconsejable es la de una reunión intermedia entre la etapa de programación y la evaluación siguiente, aproximadamente a mitad de curso.

- Visitas domiciliarias del trabajador social, de la persona voluntaria que ejerza esa función o del Responsable de Atención Integral.

- Contactos telefónicos. Conviene sistematizarlos lo más posible para no caer en la dejación; una pauta podría ser la de hacer una llamada cada 15 días a un miembro de cada grupo de voluntarios de atención directa.

- Hoja de seguimiento elaborada por cada persona que interviene, en la que se van recopilando todos los datos interesantes que vayan produciéndose.

- Reuniones o contactos con el usuario y/o con la familia.

- Reuniones con profesionales del entorno exterior (centros de día, ocupacionales, académicos, residencias)

4.6. Evaluación

La evaluación es un proceso de valoración de los resultados del programa de Atención Integral que se ha llevado a cabo en una persona. Debe estar presente constantemente a lo largo del desarrollo de ese programa.

Constituye un pilar importante del proceso metodológico ya que permite progresar en la calidad del servicio, evaluando todos aquellos elementos que intervienen en el proceso educativo: aspectos actitudinales del voluntario y usuario,

recursos materiales, establecimiento de objetivos y adquisición de habilidades sociales.

Es, a la vez, el final de un ciclo del proceso y el punto de partida de otro nuevo.

Debe hacerla el equipo de Atención Integral junto con los voluntarios de atención directa, y dependiendo del caso, con el propio discapacitado y/o su familia.

En cada reunión se aportarán todas las hojas de seguimiento que se han ido elaborando, además de cualquier otro material que se considere oportuno.

Es importante hacer como mínimo una revisión de la programación a mitad de curso. Esto permite rectificar errores, hacer nuevos planteamientos, etc., teniendo aún medio curso por delante para empezar y encaminar el trabajo con el grupo a pleno rendimiento, sin un posible cambio o reajuste del grupo y sin la consiguiente variación en la forma de trabajar. Además, permite ver los avances que se van consiguiendo (cuando los hay) y ello estimula al grupo.

La evaluación se centrará básicamente en el progreso de la persona con discapacidad física, es decir, en ver si se han resuelto o reducido los problemas (las necesidades) que tenía planteados, y ello se hace por comparación con la conducta esperada según los objetivos (por eso es tan importante marcar los objetivos en términos de conducta observable) y con la situación de la persona antes de cubrir la programación que se evalúa.

La evaluación debe hacerse objetivo por objetivo, uno por uno, tal como quedan expuestos en la programación. Debe ir valorándose si se ha conseguido o no dicho objetivo y si no ha sido así, reseñar el porqué. Se facilita la tarea si en la programación se utilizó numeración identificativa para cada objetivo, con lo cual se produce la numeración, sin necesidad de reproducir lo enunciado.

El hecho de que no se hayan conseguido algunos objetivos previstos, a pesar de haber realizado las actividades, puede

deberse a cuestiones diversas, aunque se recogen como las más frecuentes, las siguientes:

- Que los objetivos no fueran realistas o no estuvieran bien planteados (muy amplios, utópicos,...).
- Que se interpretaran erróneamente los datos disponibles (en la identificación de necesidades).
- Que hubieran aparecido nuevos datos significativos sobre la persona.
- Que se hubieran producido cambios posteriores en la situación de la persona discapacitada física no considerados al inicio.

La evaluación da pie a la elaboración de una nueva programación en la que se mantengan, en su caso, los objetivos no conseguidos, modificando las actividades, su enfoque, los medios, etc. y se incorporen nuevos objetivos avanzando en la resolución de los problemas. La lista de problemas identificados deberá también someterse a revisión, por si alguno ha desaparecido, se han incorporado otros o se ha modificado el orden prioritario.

En general, se evalúa el progreso de la Asociación a través de las familias y los usuarios, analizando los intereses de los mismos y su opinión acerca del funcionamiento de la Entidad y la integración de los participantes.

4.7. Registro

Es imprescindible registrar todos los pasos anteriores para que el proceso de continuidad y coherencia en la Atención Integral sea efectivo.

La expresión escrita es el medio de más garantía, fidelidad y continuidad; por ello, todas las programaciones, evaluaciones, seguimientos, informes, etc. deben escribirse, fecharse y guardarse copia en el historial de la persona con

EVALUACIÓN

Delegación: XXXXXXXXXXXXXXXX
Usuario: María XXXXXXXX XXXXXXXX
Area: Autonomía Personal y Social
Evaluado por: Equipo de Atención Integral / Voluntarios / Usuaría
Fecha: 00.00.0000

OBJETIVOS	ACTIVIDADES
1.1 Que se quite la chaqueta.	- Se está consiguiendo, pero hay que seguir insistiendo para que llegue a hacerlo por iniciativa propia.
1.2 Comer el bocadillo sola.	- Conseguido.
1.3 Beber de un vaso con asa.	- Se le derrama casi siempre, hay que buscar otro sistema para que pueda beber sola.

discapacidad física y anotando quien ha recogido los datos por si fuese necesario hacer alguna consulta.

Hay que evitar que el registro sea un lastre en el proceso, tiene que ser un instrumento de utilidad para la persona que lo realiza, por tanto, no es imprescindible una redacción esmerada, aunque si, una reseña clara y concisa de todos los hechos y seguimientos.

El registro no tiene porqué suponer una gran inversión de tiempo si se hace de forma sencilla, práctica, cómoda; viene a ser una especie de *apuntes* (puede hacerse por medio de técnicas cualitativas como mapa de redes, genogramas...) para no olvidar cosas concretas que puedan borrarse con el

tiempo, de manera que puedan *orientarse inmediatamente* los voluntarios que se incorporen posteriormente al trabajo o incluso sustituyan, en su totalidad a los que han estado trabajando un tiempo.

Es un apoyo valiosísimo, por lo que implica por su continuidad y profundidad, a la atención directa de la persona con discapacidad física; es esencial en la Atención Integral.

Sin registro, no hay Plan de Atención Integral.

5

Áreas o campos de trabajo





En Atención Integral no podemos hablar de dividir, de parcelar, sino de aglutinar, de globalizar. Por tanto, al mencionar áreas o campos y manejar dichos conceptos con cierta frecuencia a lo largo del proceso de Atención Integral se persigue, exclusivamente, facilitar el trabajo, que ningún aspecto quede desatendido y que no se produzcan *lagunas* en ninguna fase del plan de intervención (desde la recogida de datos hasta la evaluación).

La enumeración de estas áreas no es cerrada y, puesto que sólo sirve a título indicativo, está sujeta a posibles revisiones, acoples, añadidos, etc.

Del mismo modo que siempre podemos incorporar nuevos aspectos de la enumeración que aquí se da, igualmente se puede decir que por el hecho de tener sobre el papel una serie de áreas no quiere decir que haya que trabajar todas y cada una de ellas; hay que atender aquéllas en que la persona presente necesidades, y hay que atenderlas de forma jerarquizada, es decir, dedicando mayores esfuerzos a la que requiera mayor urgencia, o sea de más importancia para la persona.

A continuación, señalamos a modo de indicación algunas áreas o campos de trabajo.

- Académica docente.
- Salud / Rehabilitación.
- Relación con el entorno familiar.
- Relación con el entorno exterior.
- Autonomía personal y social. Vida independiente.
- Movilidad / Barreras arquitectónicas / Accesibilidad.
- Concienciación de la propia problemática.
- Pre/o inserción laboral.

El derecho a recibir una educación, una preparación académica, también tiene que estar presente en una persona con discapacidad. Las aspiraciones en esta área están limitadas a las capacidades que cada uno tenga, así como a la motivación y esfuerzo personal que esté dispuesto a aportar.

5.1. Académica-docente

Si la persona es adulta, quizá haya que restringir alguna parte del curriculum y ampliarlo a otros aspectos más necesarios para alguien que posiblemente ha tenido una deficiente o nula escolarización; incluiríamos las materias que se vienen impartiendo en las escuelas permanentes de adultos e, incluso, concretando más los niveles hacia vertientes que tienen más que ver con las habilidades o competencias sociales: manejo de dinero, consultar páginas amarillas, orientarse en un plano, saber usar una cabina de teléfono y/o móvil, conocer fórmulas para hablar por teléfono, saber como hacer una compra, consultar guías de ocio, etc.

Estos conocimientos teóricos pueden ponerse en práctica en las actividades de tiempo libre.

La informática también pasa a formar parte del curriculum en muchos casos. Para una persona con discapacidad es una herramienta de trabajo muy importante.

De acuerdo a la funcionalidad que las nuevas tecnologías aportan a las personas con discapacidades, se contempla dentro de esta área la búsqueda de herramientas adaptadas y el apoyo para el aprendizaje en su utilización.

5.2. Salud / Rehabilitación

Aspecto de enorme importancia para la persona con discapacidad física. Ha de conocerse cual es su estado actual, como se ha llegado hasta él y las posibilidades de rehabilitación, sobre todo en niños.

Esta es una de las áreas en las cuales no se debe actuar sin un buen asesoramiento profesional.

De un mal enfoque puede depender un mayor o menor grado de dependencia. Hemos de propiciar una

rehabilitación de mantenimiento, en aquellos casos en que no pueda conseguirse mayores cotas de recuperación.

Aunque la salud es un término muy amplio, no nos podemos olvidar en este campo de cuestiones como: la obesidad (grave en cualquier persona, pero en una persona que tiene limitadas sus facultades físicas puede aumentar su discapacidad), los problemas de visión, etc.

Algunos aspectos referentes a este área que se podrían trabajar en las programaciones serían:

- Llevar un seguimiento continuo de la evolución de la discapacidad o enfermedad del usuario (seguimiento de su situación médica).
- Mantener contactos de coordinación y colaboración con hospitales, centros de salud, centros de especialidades, médicos especialistas privados, ortopedias...
- Asesorar y realizar las gestiones necesarias para la renovación de las sillas de ruedas eléctricas.
- Trabajar aspectos de educación y control postural.
- Controlar la ingesta de determinados alimentos contraindicados a nivel médico.
- Minimizar la resistencia a la utilización del wc en los casos en los que se ha valorado como perjudicial el elevado nivel de contención.

5.3. Relación con el entorno familiar

Hay que plantear nuestra actuación en colaboración con la familia. No se puede suplantar a los padres ni al entorno familiar. Algunos de los problemas que presentan las personas con discapacidad tienen su raíz en la sobreprotección familiar, por tanto, si no se operan cambios desde allí, será muy difícil avanzar en la mejora de su autonomía personal y social.

La línea de trabajo con la familia tiene que partir desde el respeto y la comprensión, orientando, ayudando, pero nunca sustituyendo.

AUXILIA debe proponer vías de solución para las necesidades que se detecten, tanto a los padres como a la persona con discapacidad, pero deben ser ellos los que digan si son capaces de asumir las propuestas, así como en qué parte van a poder colaborar para conseguirlas.

Hay que buscar momentos de encuentro a lo largo del curso para poder planificar con el usuario y su familia los objetivos a trabajar (principio de curso), y también para poder ir evaluando, a lo largo del proceso, lo que nos hemos propuesto (mediados y/o final de curso).

Algunos aspectos referentes a este área que se podrían trabajar en las programaciones serían:

- Conseguir el apoyo y estímulo de la familia en la mejora de la autonomía personal y social de la persona con discapacidad.
- Buscar líneas de trabajo conjuntas y aportar elementos que ayuden a los padres a superar actitudes de superprotección negativas para el desarrollo de la persona con discapacidad.
- Buscar recursos de apoyo para familiares (recursos sociales, ayudas económicas...)

5.4. Relación con el entorno exterior. Convivencia, Tiempo Libre

Es una de las grandes áreas de trabajo tradicional en AUXILIA, pero aplicado en unas dimensiones de más alcance. Las actividades de ocio (ir al cine, a cenar, a pasear, a un concierto,...) las llenamos de más contenidos, aprovechamos el entorno lúdico normalizado para abordar habilidades

sociales (saludar, hablar por iniciativa propia, dirigirse adecuadamente a una persona extraña...), mejoramos la autonomía personal (utilizar transportes públicos, manejar objetos personales, ponerse la chaqueta...). El diseño de estos objetivos es individualizado, se llega después de haber hecho un estudio de las necesidades de cada persona.

Las actividades de grupo también pueden estar indicadas, nos permiten desarrollar objetivos para los que se necesite el grupo (practicar la comunicación oral en público, debatir problemas comunes, sentirse parte de un grupo...).

No obstante, la nueva dimensión que hay que darle en Atención Integral al área de relación con el entorno exterior, pasa por elaborar un plan de trabajo al realizar la programación con las restantes áreas, muy individualizado y globalizado, buscando una total integración en su entorno, al menos intentándolo, viendo hasta que nivel se puede llegar. Hay que evitar dependencias: enseñar el camino, ayudar, pero no ser imprescindibles ni para la persona con discapacidad física, ni para la familia.

Se han de explotar las posibilidades de relación con el entorno exterior: barrio, clubes de jóvenes, parroquias, casales, peñas, asociaciones culturales, deportivas, etc.; actuar desde AUXILIA como apoyo físico y psicológico en un primer momento, y después ir pasando el testigo a los padres, compañeros, responsables de las entidades del barrio... (apoyo físico) y a la propia persona con discapacidad física (apoyo psicológico), al ir motivándole a descubrir nuevas experiencias de relación normalizada, grupo de amigos propio, pudiéndolos elegir; aficiones desconocidas; lenguaje y vida en la calle...

Se pueden utilizar las salidas y actividades para reforzar aspectos del área académico-docente: si están conociendo animales o plantas, se organiza una visita al zoo o a unos jardines; si están aprendiendo a conocer las monedas y billetes..., se recomienda ir de compras; si es seguridad vial, se caminará por su entorno próximo; etcétera.

Otros aspectos culturales más recreativos hay que desarrollarlos aquí: saber mirar un cuadro (luz, colorido, el por qué de este o el de otro estilo); conocer el lenguaje cinematográfico; saber escuchar música, educando el oído; gozar con la lectura de un libro... No olvidemos que puede que tengan mucho tiempo de ocio, y si despertamos el interés por la cultura, puede proporcionarle muchas horas llenas de vida y aumentar su grado de independencia psicológica.

5.5. Autonomía personal y social. Vida Independiente

El aumento de la autonomía personal y social de las personas con discapacidad, se plantea de manera transversal y es de algún modo el eje de nuestras intervenciones. La posibilidad de mejorar en este área es en realidad el criterio que permite establecer las prioridades en la distribución de los recursos existentes. Tomando como referencia las programaciones individualizadas elaboradas desde el Equipo de Atención Integral, en consenso con usuarios, familiares y voluntarios; los objetivos para la autonomía personal y social se han de abordar de una manera coordinada desde la realización de actividades asociadas a diferentes áreas.

Hay que empezar por descubrir las potencialidades no utilizadas, por mínimas que sean. Cuanta mayor autonomía personal pueda alcanzar la persona con discapacidad física (levantarse, vestirse, peinarse, lavarse las manos, cerrar una puerta, prepararse un bocadillo...) más independiente va a ser y mejor se encontrará consigo misma, más herramientas tendrá en la mano para poder ir decidiendo por sí misma (cuándo bañarse, cuándo vestirse, cuándo salir a pasear...) sin condicionamientos externos.

Cada vez más, tenemos a nuestra disposición en el mercado ayudas técnicas que facilitan la autonomía

(podemos copiar ideas de lo ya fabricado para elaborar, nosotros mismos, ayudas técnicas, personalizándolas y reduciendo costes); grúas para transferencias a la cama, al baño, al coche...; sillas de ruedas eléctricas; asientos para baños y duchas; elevadores de wc; cucharas, cuchillos...; pinzas para coger objetos alejados; adaptadores para el acceso al ordenador (carcasas, conmutadores, licornios...); programas específicos para mejorar la comunicación, para controlar el entorno (encender la televisión, subir persianas).

Necesitamos vivir en sociedad. La persona con discapacidad física, por lo general, no ha contactado directamente con el entorno. Lo ha hecho a través de intermediarios (padres, hermanos, conocidos...) en los que ha delegado o que han asumido por ella este aspecto. Está desentrenada y sus habilidades sociales son deficientes o inexistentes.

Coger el teléfono, pedir en un bar, comprar en una tienda, saber orientarse en su ciudad o barrio, hablar en público... puede plantear a una persona con discapacidad un agobio tan grande que le haga replegarse sobre sí mismo, buscando la dependencia, la protección de otros. En definitiva, el objetivo es practicar una *vida independiente*. El término *vida independiente* viene asociado al concepto diversidad funcional. En oposición al modelo médico-rehabilitador, que busca la asistencia como alternativa a la curación, el modelo de Vida Independiente se emplea para indicar una filosofía de vida basada en la posibilidad de las personas con diversidad funcional (discapacidad) de ejercer el poder de decisión sobre su propia existencia y participar activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad y la vida personal y social, bajo los principios de igualdad de oportunidades y no discriminación. La posibilidad de llevar a cabo una vida independiente es el principal objeto de la legislación antidiscriminatoria y sobre accesibilidad.

Hay que acometer este aprendizaje poco a poco, y con

mucho tacto, evitando forzar la marcha pero no estancándonos o retrocediendo. Una mala experiencia puede hacer que sea imposible o al menos difícil retomar el camino emprendido.

Una idea debe quedar muy clara: si estos objetivos no se cumplen, jamás conseguiremos que la persona con discapacidad física se integre.

5.6. Movilidad/Barreras arquitectónicas/ Accesibilidad

La autonomía personal y social, la integración escolar y laboral, la relación con el entorno exterior, etc., van a estar condicionadas por la accesibilidad, es decir por la presencia o ausencia de barreras arquitectónicas y/o urbanísticas.

Por ejemplo: si el baño es pequeño, no está adaptado según necesidades; si la puerta es estrecha..., difícilmente podremos trabajar objetivos como lavarse, peinarse, usar el wc, etc.; si vive en un piso alto sin ascensor, o si éste se encuentra después de unas escaleras en el patio, queda gravemente en peligro su integración social.

Se debe hacer un estudio de accesibilidad de la vivienda, hablando con los padres, y pedir las ayudas pertinentes en cada caso:

- Asesoramiento de un arquitecto para ver qué solución es la más adecuada para eliminar las barreras arquitectónicas (rampa, elevador, porcentaje de desnivel, tipo de pavimento antideslizante, medidas de amplitud de puertas, ancho de los pasillos, tipo de ascensor...).
- Asesoramiento terapéutico (médico, fisioterapeuta...) que nos diga como aprovechar mejor sus órganos motrices. Esta información no siempre nos la

aporta el especialista, la mayoría de las veces es el propio usuario el que nos indica sus necesidades.

- Asesoramiento en cuestiones de legislación, recursos, etc., relacionadas con la discapacidad.

No podemos olvidar estudiar y actuar, en la medida de nuestras posibilidades, para la eliminación de las barreras arquitectónicas y urbanísticas que se presentan en los accesos y en los desplazamientos de sus itinerarios diarios.

5.7. Concienciación de la problemática

Este área es difícil de desarrollar, no obstante no se debe abandonar, es una tarea primordial en la relación de AUXILIA con la persona con discapacidad física. Hay que procurar que el individuo sea el **gestor de su propia integración**.

Para que la persona con discapacidad física pueda llegar a tomar conciencia de su propia problemática de una forma realista y sin autocompasión tiene que recorrer un largo camino en su desarrollo personal, siendo distinto en cada caso.

Los resultados se van percibiendo a lo largo del tiempo. Ello no debe desanimar, ni llevarnos a abandonar. Se puede ir poco a poco ayudándole a asumir su propia realidad, sus limitaciones, sus posibilidades, su conexión con grupos reivindicativos; su capacidad de denuncia y lucha por su propia integración será un fin a perseguir.

Por ejemplo, un aspecto referente a este área, a trabajar en las programaciones, sería: la persona con discapacidad y su familia adoptarán una perspectiva realista respecto a su situación (**descubrirán todas sus posibilidades pero también aceptarán sus limitaciones**).

5.8. Pre/o inserción laboral

Aunque integrarse en el mundo del trabajo es difícil hoy en día, en el caso de personas con discapacidad física, a los problemas que tienen los demás sectores en paro, hay que añadir otros que se derivan de su propia discapacidad y de una constante en el sector: la baja preparación para acceder al mercado laboral.

Una persona con discapacidad siempre juega con desventaja a la hora de competir con otras personas de igual preparación ante un puesto de trabajo, por lo tanto, la formación deberá ser más profunda y sobre todo acorde con sus posibilidades culturales y funcionales.

Hay que trabajar este área en cada programación ya desde un principio. Es decir, no se debe empezar a pensar en este campo cuando ya se está en edad de incorporarse al mundo laboral; hay que planificarlo mucho antes, orientando la actuación académica y profesional, hacía su inmediato futuro; la preparación para un trabajo no se improvisa.

Siendo realistas en el análisis, observamos que en AUXILIA hay un aumento de usuarios con discapacidades muy severas que difícilmente podrán acceder a un puesto de trabajo reenumerado, pero esto no tiene que ser excusa para que con 25 ó 30 años de edad se siga insistiendo año tras año en proporcionarles una preparación académica (aprender a leer, numeración...). Hay que estudiar otras posibilidades: talleres ocupacionales, pintar (con la boca, con el pie)... o también se le puede ayudar a que aprenda a disfrutar su tiempo libre.

6

Recursos





Para ejecutar éste Plan de Trabajo, es necesario contar con una serie de recursos jurídicos, económicos, materiales y fundamentalmente, humanos, imprescindibles e ineludibles para atender las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias.

6.1. Responsables de Atención Integral

Se considera indispensable la presencia de un responsable o coordinador de Atención Integral en cada Delegación de AUXILIA.

Será la persona que coordine el trabajo que se realice en cuanto a Atención Integral, es conveniente que sea persona distinta al Delegado/a Local, para que pueda tener dedicación plena.

Esta tarea la llevará a cabo con el Equipo de Atención Integral, del que forma parte y al que dirige y coordina, procurando su cohesión y funcionamiento fluido y eficaz.

6.2. Equipo de Atención Integral

El Equipo de Atención Integral es una pieza clave en la aplicación del Plan por varios motivos:

- Permite la discusión y contraste de criterios sobre cada caso.
- Incorpora varias disciplinas interrelacionadas.

Su composición está abierta a las peculiaridades y realidad de cada delegación y a las necesidades evolutivas de cada momento, pero en general, debería incluir:

- Responsable de Atención Integral.
- Personas que asuman funciones de coordinación de

áreas académico-docente, de tiempo libre, etc.

- Trabajador Social, que ejerza las funciones propias de su puesto laboral en cuanto a Atención Integral.
- Otros miembros, por ejemplo: educadores sociales, terapeutas ocupacionales, pedagogos.

Sobre este equipo descansa el grueso del trabajo de Atención Integral en un delegación, de manera que de él dependerá en gran medida el mayor o menor éxito en la aplicación del Plan y la mayor o menor profundidad en el trabajo.

El Equipo de Atención Integral debe adoptar una dinámica de trabajo que favorezca o potencie el sentido del mismo, con una periodicidad preestablecida en las reuniones que como mínimo deberían ser quincenales.

Las funciones del Equipo son, entre otras:

- Estudiar todos los datos de cada usuario y conjuntamente hacer la identificación de necesidades y la programación.
- Transmitir y explicar la programación a los voluntarios que van intervenir, al usuario y/o a su familia
- Desarrollar las tareas programadas. Cada miembro del equipo realizará las que le corresponda.
- La evaluación se debe realizar por los voluntarios que hayan intervenido, el Responsable de Atención Integral y el Trabajador Social, buscando una conclusión consensuada con el usuario y/o su familia
- Registrar todas las actuaciones que se hagan en una Historia Social (por el miembro del equipo que se haya responsabilizado de la misma).

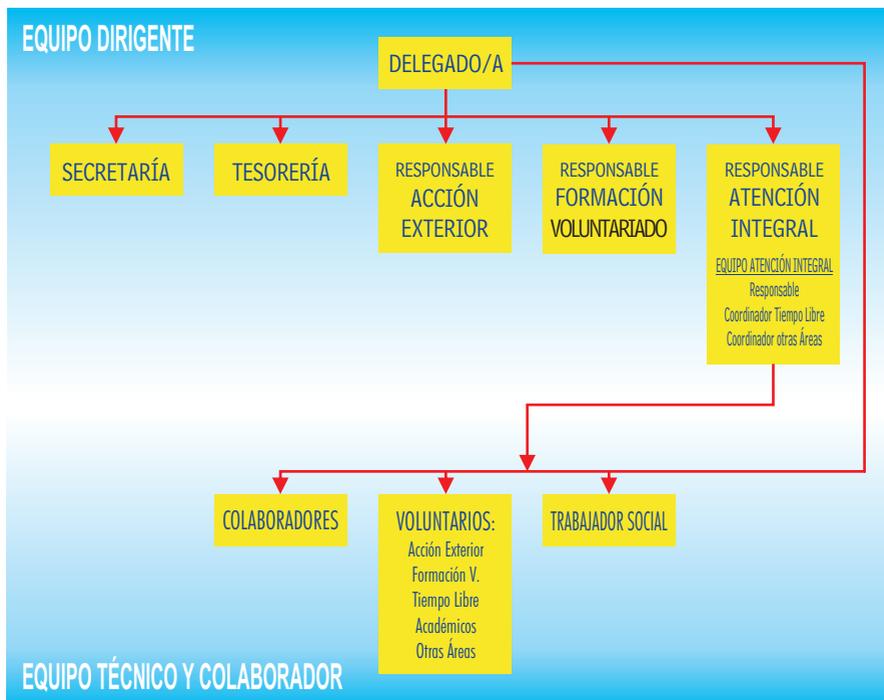
Lo enriquecedor e importante del Equipo estriba en reunirse, examinar las cuestiones (un caso, un problema...), intercambiando criterios, valorando y decidiendo conjuntamente.

A pesar de que cada miembro del Equipo que participe en una programación, proponga lo que piensa en cada área, el

hecho de comentarlo y valorarlo entre todos, lo enriquece pues, siempre pueden apreciarse detalles o aspectos que a uno sólo pueden haberle pasado desapercibidos, ya que todas las áreas o parcelas están interrelacionadas y en definitiva afectan a la globalidad de la persona.

La coordinación de la intervención en las diversas áreas, es un punto fundamental en el cometido del Equipo, que arranca ya desde la programación, y que continuará en las sesiones periódicas, así como el seguimiento de todos los P.D.I. en marcha, que lo hará cada miembro individualmente en una parcela y el Equipo como tal, en revisiones periódicas, repasando todos los casos.

Dentro de la estructura tipo de una delegación, la inserción del Equipo de Atención Integral podría ser como se ven en el organigrama.



6.3. Voluntariado

AUXILIA es una asociación de voluntariado, esto quiere decir que todas las actividades que se proyectan se hacen realidad fundamentalmente a través de él.

En la mayoría de las delegaciones son fácilmente constatables los siguientes puntos:

- Existe escasez de voluntariado para cubrir todas las lagunas o posibles aspectos a trabajar, derivados de la aplicación del esquema de la delegación y de la puesta en práctica del Plan de Atención Integral.
- Buena parte de ese voluntariado, se renueva cada año, lo que impide trazar sólidas líneas de continuidad.
- El voluntariado debe poseer una cierta formación para acometer la delicada labor de contacto con la persona con discapacidad física y enfermedad de larga curación.
- Las personas con discapacidad física que atiende AUXILIA son cada vez más dependientes y su atención excede en muchos casos a las reales posibilidades y disponibilidades del voluntariado.

6.4. Otros elementos de apoyo

A lo largo de la exposición del Plan se ha hablado de determinados órganos de apoyo imprescindibles hoy para una buena gestión: Equipos multiprofesionales de los Servicios Sociales (Generales y Especializados) de la Comunidad Autónoma, Equipos multiprofesionales de los Servicios Sociales Municipales (psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales...), Pedagogos, Profesores de Educación Especial, etc. Y es evidente que no todas las delegaciones están en condiciones de tener acceso a ellos o posibilidades reales en términos prácticos de utilización de sus servicios.

7

Coordinación General de Atención Integral





La Coordinación General de Atención Integral (C.G.A.I.) tiene sentido en la medida que es interesante e importante coordinar, organizar, dinamizar y vitalizar la puesta en práctica del Plan de Atención Integral por todos las Delegaciones de AUXILIA y todo el trabajo que se vaya desarrollando entorno al mismo.

Tarea fundamental de la C.G.A.I. es la de servir de apoyo a las Delegaciones, propiciando un efectivo intercambio de experiencias.

Como tareas concretas a realizar por la Coordinación General de Atención Integral pueden señalarse entre otras:

- Aporte de sugerencias y trasvase de información de unas Delegaciones a otras.
- Profundización en el estudio y tratamiento de temas específicos.
- Elaboración, revisión y actualización de instrumentos de trabajo.

Para llevar a cabo todo esto, la C.G.A.I. debe mantener contacto con los delegados locales, los equipos de voluntarios, Responsables de Atención Integral y los Trabajadores Sociales de cada Delegación. Esto se hará por todos los medios a su alcance, según sus posibilidades y las necesidades del momento: correo (ordinario y electrónico), teléfono, Encuentro Estatal, etc.

8

Anexos





RECOGIDA DE DATOS

DELEGACIÓN:	
USUARIO:	
RECOGIDOS POR:	
FECHA:	

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Domicilio: C/ _____ nº _____ Pta. _____

CP.-Ciudad: _____ Provincia: _____

Teléfono domicilio: _____ Otros teléfonos de contacto: _____

e-mail: _____

D.N.I.: _____ Cartilla S.S.: _____

RECONOCIMIENTO MINUSVALÍA

Diagnostico: Si No

Porcentaje: Definitivo Si No Fecha renovación: _____
Ayuda 3ª Persona Si No
Movilidad reducida Si No
Adjunta certificado Si No

RECONOCIMIENTO LEY DE DEPENDENCIA

Grado: Si No

Nivel: _____

Adjunta PIA Si No

2.- DATOS REFERENTES A LA DEMANDA

Canal por el que ha contactado con AUXILIA (a iniciativa de quién, por medio de,...): _____

Tipo de demanda: _____

¿Puede obtenerlo de forma normalizada fuera de AUXILIA?:

¿Ha intentado conseguirlo de otra forma o en otro sitio?:

Observaciones iniciales (situaciones a investigar, actitudes de la familia, de la persona con discapacidad frente a AUXILIA,...):

¿Ha participado o participa en otras actividades de AUXILIA? ¿En cuáles?:

Fecha de ingreso:

3.-SALUD/REHABILITACION

3.1 Descripción de la discapacidad. Grado de afectación

Diagnóstico médico:

Causa y circunstancias (enfermedad que la motivó, accidente,...; congénita o adquirida; edad en la que se produjo,...):

3.2 Descripción de la ortopedia

- ¿Utiliza órtesis (aparatos, corsé,...)? ¿De qué tipo? ¿Cuánto tiempo cada día?:
- ¿Utiliza silla de ruedas (empujada, autoimpulsada, eléctrica)?:
- Tiene accesorios / adaptaciones la silla de ruedas

- ¿Es la adecuada?:

- ¿La usa correctamente?:

3.3 Evolución de la discapacidad (progresiva o permanente, posibilidades de recuperación, intervenciones realizadas o pendientes de realizar,...):

3.4 ¿Hace rehabilitación?

¿De qué tipo (fisioterapia, logopedia, estimulación precoz,...)?:

¿Dónde la recibe?:

¿Quién la prescribió?:

Si no hace, ¿ha hecho rehabilitación?: ¿Cuándo?:

¿De qué tipo?:

¿Quién la prescribió?:

¿Por qué dejó de hacer?:

3.5 Problemas asociados

- Dificultades de visión:

¿Utiliza gafas?:

- Dificultades de audición:

¿Utiliza audifono?:

- Dificultades de lenguaje:

¿Le entiende cualquier persona o sólo con mucha práctica?:

¿Utiliza algún sistema de comunicación alternativa/aumentativa? ¿Cuál?:

¿Cómo lo utiliza?:

¿En qué situaciones?:

- Necesidad de dieta especial:

- Problemas en el control de esfínteres: SI NO

¿Cómo lo resuelve (pañal, colector, sonda,...)?:

¿Lo utiliza de forma autónoma?:

- Alergias: ¿A qué medicamentos, alimentos o sustancias?:

- Otros (estreñimiento, facilidad de quemarse con el sol, ausencia de sensibilidad en alguna parte del cuerpo,...):

- 3.6 **¿Necesita algún tipo de medicación?** (diaria, para resolver situaciones concretas, en casos de urgencia,...). Especificar:

4.- FORMACIÓN – EDUCACIÓN

Nivel de estudios:

Curso que está realizando ahora:

Donde:

Servicios que utiliza:

- Grado de integración en el Centro (en clase, en actividades extra-escolares,...):
- Dificultades en la realización de actividades. Describir:
- ¿Utiliza ayudas técnicas en el Centro?
¿Ordenador? (durante toda la jornada escolar, en tiempo limitado, cómo accede al ordenador, para qué lo usa,...):

¿Adaptaciones en la mesa, bolígrafos,...?:

- Opinión de él/ella y/o de los padres sobre el Centro Educativo:

No está realizando ningún curso. ¿Por qué?

5.- RELACIÓN CON EL ENTORNO FAMILIAR

5.1 ¿Con quién vive?

Parentesco	Nombre	Estado Civil	Fecha nacim.	Profesión/ocupación	Situación laboral
Observaciones:					

Reseñar si tiene otros familiares directos que no convivan con él/ella y por qué motivo:

¿Hay otras personas que tengan una especial relación y/o influencia sobre el grupo familiar y/o sobre él/ella mismo/a?, ¿por qué?:

5.2 Ingresos propios del usuario/a:

PRESTACIONES

Hijo a cargo

Cuantía:

PNC

Cuantía:

Invalidez contributiva

Cuantía:

Orfandad

Cuantía:

Otras prestaciones subsidio

Cuantía:

Salario social

Cuantía:

OTROS INGRESOS

Prestación cuidado entorno familiar

Prestación asistente personal

Prestación de servicios

Cuantía:

Cuantía:

Cuantía:

5.3 Ambiente e interrelaciones

¿Cómo viven los miembros de la familia (padre, madre, hermanos, abuelos,...) la discapacidad? (normalidad, angustia, miedo,...):

Impresión sobre las relaciones afectivas y actitudes de los distintos miembros de la familia (personas que conviven con él/ella) hacia la persona con discapacidad y de ésta hacia los otros miembros de la familia:

¿Cómo se organiza la familia para cubrir las necesidades del discapacitado/a?:

¿Qué expectativas de futuro para la persona con discapacidad tiene la familia? (estudios, profesión, trabajo, vivienda, médicas):

¿Qué expectativas tiene él/ella? (estudios, profesión, trabajo, vivienda, médicas,...):

¿Ha pasado algún tiempo fuera del ambiente familiar? (campamentos, hospitalizaciones, internados,...). Describir:

6.- RELACIÓN CON EL ENTORNO EXTERIOR

Relaciones que mantiene con otras personas aparte de las familiares (frecuencia de salidas, con quién sale, visitas personales dentro o fuera de la casa, contactos telefónicos,...):

Describir el tipo de relación que mantiene con amigos, familiares,... (iniciativa propia o de otros, nivel de participación, etc.):

¿Participa o ha participado en grupos de ocio, culturales, religiosos, deportivos,...?

Descripción del entorno (geográfico, social, cultural,...):

Actitud/expectativas propias:

Recursos sociales

Centro de Día
Centro de Noche
Centro Ocupacional
Residencia
Bono taxi
otros

Cual:

7.- AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL

Grado de autonomía para las tareas de aseo personal, vestido, comida, desplazamiento por la vivienda,....:

- Independiente (autonomía total)
- Dependiente (necesita ayuda para casi todo)
- Semidependiente (necesita ayuda para algunas cosas): Describir:

¿Podría tener mayor autonomía, hacer sin ayuda más tareas personales de las que hace? (Es importante conocer la situación descrita utilizando los anexos de Autonomía Personal y Autonomía Social para la posterior intervención):

Grado de autonomía en sus relaciones sociales (conversación, decisión, salida,...). ¿Podría tener más? (Es importante conocer la situación descrita utilizando los anexos de Autonomía Personal y Autonomía Social para la posterior intervención):

8.- MOVILIDAD-BARRERAS ARQUITECTÓNICAS

Acceso a la vivienda: descripción de los obstáculos, si los hay, desde el nivel de la calle hasta la puerta de la vivienda (escalones, dónde y cuántos; ascensor, capacidad/practicabilidad; amplitud de puertas y pasillos,...):

Interior de la vivienda: descripción de las barreras arquitectónicas:

- Amplitud de las puertas:
- Cuarto de baño: ¿practicable para todos o algunos elementos?, ¿cuáles?. Adaptaciones realizadas o en proyecto:
- Estancias comunes (comedor, cocina, sala de estar, terraza,...):
- Su habitación/dormitorio:

Entorno urbano: calles, bordillos, tiendas, cabinas de teléfono accesibles, líneas de autobús adaptadas, etc. ¿Sale o puede salir de casa sin ayuda?:

9.- CONCIENCIACIÓN DE LA PROPIA PROBLEMÁTICA

¿Qué información tiene sobre su enfermedad? ¿Habla de ella con naturalidad?;

¿Es realista en cuanto a sus posibilidades y limitaciones?;

Grado de interés por la problemática de los discapacitados físicos como colectivo:

10.- ASPECTOS LABORALES

Preparación-cualificación:

¿Desarrolla una actividad remunerada? SI NO

En caso afirmativo, describir (tipo de trabajo, de empresa, dificultades, etc.);

En caso negativo, ¿ha tenido alguna experiencia laboral? Describir (tipo de trabajo, de empresa, dificultades, por qué lo dejó,...);

Aspiraciones/expectativas laborales propias:

Expectativas por parte de la familia:

11.- OBSERVACIONES:



AUTONOMÍA PERSONAL

(ANEXO R.D.)

DELEGACIÓN:	
USUARIO:	
RECOGIDOS POR:	
FECHA:	

ORIENTACIONES PARA RELLENAR EL CUESTIONARIO:

El cuestionario intenta abarcar todas las posibilidades de conocimiento sobre la autonomía de la persona. Se ha de rellenar mediante la observación y el diálogo; de forma progresiva, a medida que se vayan consiguiendo avances. Asimismo, sirve para pautar el trabajo en este área. Dependiendo de la situación personal del usuario/a, habrá ítems que se podrán dejar en blanco.

Poner una X en la casilla correspondiente. Siempre que sea conveniente, rellenad el apartado observaciones:

Si la X se ha puesto en el SI, en las Observaciones indicad si lo hace por iniciativa propia o hay que sugerírselo....

Si habéis marcado NO, señalad si explica o no cómo ayudarle, si lo hace por iniciativa propia o no....

Si necesita AYUDA, especificad si tiene que ser una persona, una ayuda técnica o ambos; si explica cómo ayudarle....

Ejemplo:

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	CON AYUDA	OBSERVACIONES
Entrar y salir de la bañera			X	Grúa manejada por otra persona.
Se ducha o baña solo/a		X		Hay que sugerirselo, no decide cuando hacerlo.
Doblar servilleta	X			Hay que sugerirselo.

ALIMENTACIÓN

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	CON AYUDA	OBSERVACIONES
Come solo/a cualquier alimento				
Utiliza la cuchara con alimentos sólidos				
Utiliza la cuchara con líquidos				
Utiliza el tenedor (pincha, corta, recoge)				
Utiliza las dos manos para comer				
Utiliza el cuchillo para (untar, cortar, pelar)				
Se ayuda empujando con pan u otro cubierto				
Corte con las manos (bocadillo, canapé, frutos secos...)				

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	CON AYUDA	OBSERVACIONES
Utiliza adecuadamente la servilleta (limpiarse, colocársela, doblarla)				
Bebe solo/a con vaso (de cristal, poco peso, con asa, con paja,...)				
Desenvolver alimentos (tapa yogur, magdalena, caramelo, helados,...)				
Se sirve líquidos con cazo, jarra, botella,...				
Se sirve sólidos				
Partir pan (con la mano, cuchillo)				
Abre/cierra frascos, botellas,...				

ASEO

Se lava solo/a las manos y cara				
Se ducha o baña solo/a				
Entra/sale de la bañera o ducha				
Se enjabona solo/a (qué partes del cuerpo)				
Se aclara solo/a (qué partes del cuerpo)				

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	CON AYUDA	OBSERVACIONES
Se seca solo/a (qué partes del cuerpo, incluido el pelo)				
Se arregia solo/a las uñas de las manos (cortar, limpiar, limar)				
Se arregia solo/a las uñas de los pies				
Se lava los dientes solo/a				
Se pone desodorante solo/a				
Se peina solo/a				
Se limpia solo/a la nariz				
Se afeita solo (cuchilla, maquinilla eléctrica)				
Se ocupa sola de su higiene menstrual				
Realiza solo/a todas las tareas implicadas en el uso del WC				
Después de usar el WC, lo deja correctamente (tira de la cadena, pasa la escobilla,...)				
Si no puede utilizar el WC, usa cuña, orinal, botella				
Si tiene incontinencia, utiliza pañal, sonda,...				
Maneja los grifos				

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	CON AYUDA	OBSERVACIONES
El espejo del baño, está colocado de forma adecuada.				
Si presenta babeo, puede controlarlo, limpiarse				

VESTIDO

Es completamente autónomo en el vestido				
Puede ponerse/quitar pantalones, falda				
Puede ponerse/quitarse pañales, calcetines.				
Puede ponerse/quitarse ropa interior				
Puede ponerse/quitarse jersey, camiseta				
Puede ponerse/quitarse camisa, blusa, chaqueta				
Puede ponerse/quitarse zapatos, botas				
Puede ponerse/quitarse guantes				
Puede ponerse/quitarse bufanda				
Puede ponerse/quitarse gorro				

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI NO		CON AYUDA	OBSERVACIONES
Puede ponerse/quitarse cinturón				
Puede ponerse/quitarse abrigo, impermeable, cazadora				
Puede abrochar/desabrochar botones				
Puede abrochar/desabrochar cierres automáticos				
Puede abrochar/desabrochar velcros				
Puede subir/bajar cremallera				
Puede hacer/deshacer lazada				
Puede guardar su ropa				

TAREAS CASERAS

Abre/cierra ventanas				
Abre/cierra interruptores				
Abre/cierra puertas interiores				
Abre /cierra con llave (portal, puerta casa, cajones,...)				
Sube/baja persianas				

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	CON AYUDA	OBSERVACIONES
Utiliza el telefono (con/sin adaptacion, cuál, móvil,...)				
Puede abrir con el portero automático				
Come/descorre cortinas				
Abre/cierra cajones				
Cuelga/descuelga ropa del armario				
Ordena ropa en el armario, mesita,...				
Utiliza mandos a distancia (TV, video,...)				
Utiliza casset, cadena musical, juegos de ordenador, lector CD,...				
Lleva ropa sucia al lugar asignado para ello				
Se limpia los zapatos				
Puede mantener en buen estado su ropa				
Puede cortar con tijeras sin/con adaptacion				
Es capaz de ir a comprar				
Es capaz de hacer una lista de compras				
Tira basura al recipiente destinado para ello				
Enciende cerillas y/o mechero (eléctrico, gas)				
Lava y seca cubiertos y vajillas				
Conoce y/o guarda el menaje de cocina, alimentos,...				

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	CON AYUDA	OBSERVACIONES
Utiliza abridores				
Pone y quita la mesa				
Prepara comidas sencillas sin utilizar cocción (desayuno, bocadillo, ensalada,...)				
Prepara comidas utilizando cocción				
Utiliza electrodomésticos de línea blanca (lavadora, lavavajillas, frigorífico, microondas, cocina, horno, cafetera, batidora, exprimidor, abretapas, tostadora, freidora, campana, caldera...)				
Barre/frega el suelo				
Pasa aspiradora				
Limpia/recoge lo roto o vertido				
Limpia el polvo				
Hace la cama				
Recoge/limpia el baño, dormitorio, etc.				
Lava pequeñas prendas				
Cose pequeños arreglos				
Plancha				

AUTOCUIDADO

Se limpia las gafas				
Discrimina ropa sucia de limpia				

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	CON AYUDA	OBSERVACIONES
Utiliza por iniciativa propia las prótesis correctoras				
Mantiene limpio y en buen uso la silla de ruedas, prótesis,...				
Mantiene limpio y ordenado el lugar donde se encuentra (habitación, mesa de comer,...)				
Se preocupa por ir bien vestido/a y aseado/a				
Se pone crema y/o colonia				
Detecta síntomas en caso de enfermedad y actúa en consecuencia				
Sigue una alimentación adecuada				
Resuelve y/o pide ayuda en situaciones de emergencia (crema protectora, quemaduras, cortes,...)				
Conoce y controla él/ella mismo/a su medicación y las contraindicaciones de ésta				
Cuida personalmente de su imagen (peinado, estilo de ropa, complementos,...)				
Se depila				
Elige la ropa adecuada según clima, tipo de actividad,...				
Cuando sale, lleva consigo los objetos personales que va a necesitar (dinero suficiente, llaves, pañuelo, compresas,...)				

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI		NO		CON AYUDA	OBSERVACIONES
Cuando va a pasar un tiempo fuera de casa (fin de semana...), prepara su equipaje adecuadamente						
Si presenta problemas de incontinencia, se ocupa autónomamente de los cambios que precisa						

MOVILIDAD

Se desplaza solo/a						
Se desplaza con un bastón o dos:						
Especificar tipo						
Distancia que recorre						
Ritmo: normal, lento, muy lento						
Se desplaza con andador:						
Especificar tipo						
Distancia que recorre						
Ritmo: normal, lento, muy lento						
Se desplaza con silla de ruedas:						
Manual:						
Autompulsada:						
Con qué la maneja						
Qué tipo de desplazamientos						
Empujada:						
Accesorios (reposa cabezas, sube bordillos,...)						
Adaptaciones (módulos posturales, separador de piernas,...)						

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI		NO		CON AYUDA	OBSERVACIONES
Eléctrica:						
Accesorios:						
Adaptaciones:						
Con qué la maneja (mano, barbilla,...)						
¿Se desplaza solo/a en casa? ¿Cómo?						
Se levanta solo/a de la cama						
Se acuesta solo/a						
Se sienta solo/a en el sofá						
¿Se desplaza solo/a en la calle? ¿Cómo?						
Utilización de transportes:						
Conduce o podría conducir un coche						
Puede acceder a cualquier asiento del coche						
Necesita transporte adaptado (no puede mantenerse en otro asiento que no sea su silla)						
Utiliza transporte público para sus desplazamientos (tipo, adaptado o no, solo/a o con acompañante,...)						

COMUNICACIÓN

Se comunica oralmente						
Le entienden la mayoría de las personas						

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	CON AYUDA	OBSERVACIONES
Limita su comunicación a las personas que le entienden				
Si se comunica con las personas que no le entienden, cómo lo hace				
Utiliza algún Sistema Alternativo de Comunicación ¿Cuál? (palabras-sílabas-letras, símbolos gráficos,...)				
Utiliza ayudas técnicas para comunicarse ¿Cuál?				
Describe su tipo de comunicación con las distintas personas que le rodean y en las diversas situaciones				
Si se comunica por escrito, ¿cómo? (bolígrafo, adaptado o no, comunicador, máquina eléctrica, ordenador,...)				
Si utiliza ordenador, ¿para qué lo usa?				
¿Cómo utiliza el teclado, ratón, programa de barrido,...?				
¿Qué problemas encuentra en el manejo del ordenador?				
¿Lo utiliza habitualmente en casa,...?				

AUTONOMÍA SOCIAL

(ANEXO R.D.)

DELEGACIÓN:	
USUARIO:	
RECOGIDOS POR:	
FECHA:	

ORIENTACIONES PARA RELLENAR EL CUESTIONARIO:

El cuestionario intenta abarcar todas las posibilidades de conocimiento sobre la autonomía social de la persona. Se ha de rellenar mediante la observación y el diálogo; de forma progresiva, a medida que se vayan consiguiendo avances. Asimismo, sirve para pautar el trabajo en esta área.

Poner una X en la casilla correspondiente. Siempre que sea conveniente, rellenad el apartado observaciones.

Ejemplo:

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	A VECES	OBSERVACIONES
Se interesa por la situación de los demás	X			Únicamente con personas en las que está especialmente interesado/a.
Es capaz de mostrar iniciativa en grupo		X		En una ocasión propuso ir a la discoteca.
Es capaz de aguardar su turno de palabra			X	Hay que recordárselo con frecuencia.

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	A VECES	OBSERVACIONES
Mantiene la mirada con la/s persona/s con la/s que habla				
Saluda habitualmente				
Es capaz de dirigirse a alguien utilizando su nombre				
Es capaz de presentarse a sí mismo/a				
Pregunta y se interesa por los que no están presentes				
Se interesa por la situación de los demás				
Admite sus propias equivocaciones				

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	A VECES	OBSERVACIONES
Es capaz de exponer un deseo o interés				
Es capaz de ofrecer información sobre sí mismo/a				
Ofrece información sobre sí mismo/a de forma excesiva				
Acepta que le ayuden distintas personas				
Es capaz de dar instrucciones sobre la mejor manera de ayudarle				
Es capaz de dar información en grupo sobre su propia discapacidad				
Es capaz de presentar a su acompañante				
Es capaz de acordarse de fechas señaladas (cumpleaños,...)				
Es capaz de participar en actividades de grupo				
Es capaz de hablar en grupo				
Es capaz de mostrar iniciativa en grupo				
Es capaz de hacer propuestas lógicas				

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	A VECES	OBSERVACIONES
Es capaz de solicitar su participación en actividades que le interesen				
Es capaz de aceptar nuevas personas en el grupo				
Es capaz de aguardar su turno de palabra				
Es capaz de seguir normas establecidas, dentro y fuera del grupo				
Interrumpe con frecuencia las conversaciones.				
Si lo hace, es capaz de disculparse				
Es capaz de reconocer acciones y actitudes positivas o negativas en los demás y en sí mismo/a				
Es capaz de aceptar a otras personas con discapacidad				
Es capaz de aceptar a otras personas con características diferentes				
Es capaz de exponer argumentos a favor de un planteamiento				
Es capaz de exponer su opinión aún siendo dispar a la del otro.				
Es capaz de organizarse para llegar puntualmente				
Es capaz de seguir los acuerdos adoptados.				

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	A VECES	OBSERVACIONES
Utiliza los medios de comunicación (periódico, radio, TV,...) para conseguir información				
Es capaz de utilizar el teléfono público				
Es capaz de utilizar un plano o guía de calles de la ciudad				
Es capaz de utilizar la guía telefónica o los servicios de información telefónica				
Es capaz de salir solo/a o con ayuda con un objetivo concreto (compras, ocio, gestiones,...)				
Es capaz de utilizar los recursos de la comunidad				
Se relaciona de forma natural con diferentes personas y en distintos ambientes (clase, grupos,...)				
Es capaz de comenzar una relación				
Es capaz de mantener la relación				
Sabe a quien recurrir en función de distintas necesidades (llamar médico, consultar con trabajadora social,...)				
Es capaz de dar avisos (llamadas, visitas, cosas que faltan en casa, lista de compras,...)				
Es capaz de controlar el dinero para:				
Distinguir caro/barato				
Prever lo necesario antes de salir a comprar				

INDICAR SI HACE O NO LO SIGUIENTE	SI	NO	A VECES	OBSERVACIONES
Prever lo necesario antes de salir a actividades de ocio				
Prever lo necesario antes de salir de viaje				
Es capaz de controlar la hora por sí mismo/a para:				
Organizar una salida				
Organizar la vuelta a casa				
Llegar a tiempo a cines, tiendas, oficinas,...				
Es capaz de plantearse posibilidades reales para él/ella (estudios, salidas, trabajo,...)				
Sus actitudes son adecuadas a su edad y condición				

COMUNICACIÓN

(ANEXO R.D.)

DELEGACIÓN:	
USUARIO:	
RECOGIDOS POR:	
FECHA:	

DEFINICIÓN

Los **Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación** sirven para personas con graves problemas para la comunicación oral o sin ella. Pueden ser gráficos, gestuales o de lecto-escritura mediante ayudas técnicas.

INTENCIONALIDAD COMUNICATIVA

¿Se comunica por propia iniciativa?

¿Cómo?

¿Expresa sus deseos de comunicarse?

¿Cómo?

¿Con quién?

¿Conoce y comprende la utilidad de un sistema alternativo de comunicación?

LENGUAJE COMPRESIVO

¿Reconoce imágenes, fotografías y dibujos?

¿Cómo lo indica?

¿Puede emparejar objeto con objeto?

¿Puede emparejar objeto con imagen?

¿Puede emparejar símbolos con objetos?

¿Puede hacerlo sólo?

¿Lo hace?

¿Responde a instrucciones sencillas: mira al techo, cierra los ojos: sonríe,...?

¿Es capaz de ordenar las imágenes de una historia, aunque necesite ayuda física?

¿Es capaz de responder a preguntas de cierta complejidad que se contesten con "sí-no"?
(Ejemplo: ¿te han comprado el carrito de fotos para llevarlo a la excursión del martes?).

¿Es capaz de "seguir el hilo" de una conversación y/o historia?

LENGUAJE EXPRESIVO

¿Se le entiende habitualmente?

¿Se le entiende sólo si sabemos de qué está hablando?

¿Se expresa mediante gestos o expresiones faciales? ¿Cuáles?

¿Emite algún sonido? ¿Cuáles?

¿Se expresa mediante palabras aisladas?

¿Expresa claramente "sí"-no", con la mirada, con movimientos de manos, con la cabeza, oralmente,...?

¿Es capaz de expresar sus necesidades básicas? (Alimento, higiene,...).

¿Lo hace? ¿Cómo?

¿Es capaz de expresar sus sentimientos? ¿Lo hace?

¿Cómo?

¿Es capaz de escribir?

¿Lo hace?

¿Cómo?

FORMA DE COMUNICARSE

¿Utiliza algún Sistema de Comunicación Alternativo?

¿Cuál?

¿Cuántos?

¿Desde cuándo lo utiliza?

¿Lo usa habitualmente?

¿Con quién/quienes?

¿En qué situaciones?

¿Está en la fase de aprendizaje o ya lo domina?

¿Quién participa en la ampliación de símbolos?

¿Cómo lo utiliza?

¿Necesita ayuda de otra persona para utilizarlo?

¿Utiliza alguna/s ayuda técnica? ¿Cuáles?

¿Qué dificultades se encuentran para comunicarse con el sistema que utiliza?

¿Sería posible mejorar su comunicación con otro sistema y/o ayuda técnica?

Si no utiliza Sistemas Alternativos, ¿los conocen?

¿Quién les ha informado?

Si lo conoce, indicad por qué no lo usa.

ENTORNO DE COMUNICACIÓN

¿Con quién se comunica más habitualmente?

¿Para qué?

¿Existen diferencias en su comunicación cuando lo utiliza en el entorno familiar o fuera de él?

¿Existen diferencias en su comunicación con personas conocidas y desconocidas?

El tablero, comunicador, etc., ¿es fácilmente transportable y utilizable en diferentes lugares?

¿En qué lugares lo utiliza?

¿Dónde necesitaría utilizarlo?

EVALUACIÓN DE FACTORES MOTORES

POSTURA DESDE LA QUE SE COMUNICA

A) DESPLAZAMIENTO (Señala el ítem que se ajuste a su situación).

Se desplaza solo.

Se desplaza con un bastón.

Se desplaza con dos bastones.

Se desplaza con andador.

Se desplaza con silla de ruedas:

Empujada

Autoimpulsada ¿Con qué la maneja?

Eléctrica ¿Con qué la maneja?

Se desplaza con camilla:

Empujada

Eléctrica ¿Con qué la maneja?

Otros:

¿Utiliza distintos modos de desplazamiento en casa y en la calle?

¿En trayectos cortos o largos?

¿Cuáles?

B) CONTROL POSTURAL (Señala el ítem que más se ajuste a su situación).

Se mantiene de pie.

Con ayuda o apoyado en la pared.

Sentado con respaldo.

Sentado con respaldo y reposabrazos.

Sentado con apoyo de cabeza.

Tumbado boca arriba.

Tumbado boca abajo.

Tumbado de lado.

C) MOVIMIENTO BRAZO/MANO

¿Tiene movimientos incontrolados que le dificulten la señalización?

¿En qué le limitan?

¿Utiliza los dos brazos?

¿Uno mejor que otro?

¿Cuál?

¿Puede elevar un poco el brazo sin apoyo?

¿Puede dirigir el brazo/mano hacia un Objeto?

¿Con qué precisión?

¿Qué espacio abarca con el brazo? (Si no puede estirar el brazo, si puede hacerlo, abarca superficies muy cercanas a él/ella o a otras más amplias,...).

¿Qué tamaño de cuadrícula puede señalar?

Indicar en qué puntos de su radio de acción es más preciso.

¿Con qué señal o podría señalar? (Dedo, nudillo, muñeca, puño,...).

¿Es capaz de coger algún objeto pequeño para señalar? (Puntero, lápiz,...).

D) CABEZA Y CUELLO

¿Puede inclinar la cabeza hacia la derecha?

¿Puede rotarla hacia la derecha?

¿Puede inclinarla hacia la izquierda?

¿Puede rotarla hacia la izquierda?

¿Puede inclinar/levantar la cabeza hacia atrás?

¿Puede inclinarla hacia delante?

E) PIERNAS

Estando sentado, ¿puede mantener las piernas relajadas?

Con los pies apoyados, ¿puede realizar con las rodillas movimientos de separación?

Y, ¿movimientos de aproximación?

¿Con qué lado lo hace mejor?

¿Realiza elevación/descenso de la punta del pie?

¿Realiza elevación/descenso del talón con la punta del pie apoyada?

¿Puede realizar algún otro movimiento controlado con las piernas?

F) ZONA OROFACIAL

¿Puede succionar/soplar?

¿Mantiene la boca cerrada?

¿Puede mantener la mirada en el espacio: al centro, derecha, izquierda, arriba, abajo?

REGISTRO DE PSICOMOTRICIDAD

(ANEXO R.D.)

DELEGACIÓN:	
USUARIO:	
RECOGIDOS POR:	
FECHA:	

Control tónico (equivalencia entre: acción a realizar, movimiento y fuerza):

Equilibrio:

¿Puede mantenerse sin reposa brazos en la silla de ruedas?

¿Puede mantenerse sin apoyar la espalda en la silla de ruedas?

Control postural:

¿Se sienta con la espalda derecha?

¿Mantiene la cabeza erguida?

¿Acomoda su cuerpo hacia un lado?

¿Se inclina mucho al escribir?

Control respiratorio:

¿Realiza respiración nasal correcta, con boca cerrada y frecuencia adecuada?

¿Sabe soplar?

¿Sabe tomar aire profundamente y mantenerlo?

Conocimiento de su cuerpo:

¿Está familiarizado con su cuerpo ante el espejo?

¿Acepta su imagen?

Capacidades Perceptivas:

¿Identifica sonidos familiares?

¿Reconoce sonidos graves/agudos?

Por el tacto, ¿sabe descubrir propiedades de los objetos? (forma, tamaño, textura,...)

Discriminación olfativa:

Discriminación gustativa:

¿Utiliza todos los colores? ¿Pocos?

¿Corresponde el color con la realidad?

Estructuración espacio-temporal (espacio y gráfico):

Reconoce:	Siempre		A veces		Nunca	
	E	G	E	G	E	G
Arriba/abajo						
Encima/debajo						
Delante/detrás						
Dentro/fuera						
Entre						
Antes/después						
Alrededor de						
Después de						
Antes que						
Lejos/cerca						
Largo/corto						
Derecha/izquierda						

E = en el espacio
G = en el gráfico

Grafomotricidad:

¿Puede hacer pinzas con los dedos?

¿Con qué dedos?

Dominio de grafismos:

Direccionalidad:

Ligaduras de letras:

Separaciones de palabras:

Copia:

Dictado:

Formación de frases:

A partir de una palabra

Libres

¿Distribuye bien el trabajo en el papel?

¿Deja espacios en blanco?

¿Consigue una proporción en sus dibujos?

Su mano dominante es:

Diestra

Zurda

Ambidiestra

Nivel lector:

Fonemas vocálicos (escribe/lee):

Fonemas consonánticos (escribe/lee):

Silabas directas:

Silabas inversas:

Silabas mixtas:

Lectura:

Mecánica

Comprensiva

Defectos articulatorios:

Iniciación al cálculo:

¿Sabe agrupar? En función de:

1 cualidad	<input type="checkbox"/>
2 cualidades	<input type="checkbox"/>
3 cualidades	<input type="checkbox"/>

Formas geométricas que conoce:

Círculo	<input type="checkbox"/>
Cuadrado	<input type="checkbox"/>
Triángulo	<input type="checkbox"/>
Rectángulo	<input type="checkbox"/>

Numeración: ¿Hasta que número conoce?

Oral	<input type="checkbox"/>
Escrito	<input type="checkbox"/>

¿Sabe operar con ellos?

Suma	<input type="checkbox"/>
Resta	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

DELEGACIÓN:	
USUARIO:	
IDENTIFICADAS POR:	
FECHA:	

NECESIDADES = LISTA DE PROBLEMAS

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-
- 7.-
- 8.-
- 9.-
- 10.-

PROGRAMACIÓN

DELEGACIÓN:	
USUARIO:	
ÁREA:	
CURSO:	
PROGRAMADA POR:	
A DESARROLLAR POR:	
FECHA:	

OBJETIVOS	ACTIVIDADES



HOJA DE SEGUIMIENTO

DELEGACIÓN:	
USUARIO:	
OBSERVADO POR:	
FECHA:	

FECHA	OBSERVACIONES

HOJA DE SEGUIMIENTO – TIEMPO LIBRE

DELEGACIÓN:	
USUARIO:	
OBSERVADO POR:	
FECHA:	

FECHA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES

EVALUACIÓN

DELEGACIÓN:	
USUARIO:	
ÁREA:	
CURSO:	
EVALUADO POR:	
FECHA:	

OBJETIVOS	EVALUACIÓN



ASOCIACIÓN DE VOLUNTARIADO PARA LA INTEGRACIÓN CULTURAL Y SOCIAL DE DISCAPACITADOS FÍSICOS

AUXILIA

Atención Integral

Secretaría General: Anglí, 50. 2º. 08017 - BARCELONA. Tfno: 932 047 502. Fax: 932 050 651. E-mail: auxilianacional@auxilia.es

Servicio de Administración y Trámites: Germán Pérez Carrasco, 65, local. 28027 - MADRID. Tfno: 914 073 301. Fax: 914 089 316. E-mail: sat@auxilia.es

Coordinación General de Atención Integral: Avda. Infanta Elena, 11. Casa Clara Campoamor, local 4. 27003 - LUGO. Tfno: 982 202 307. E-mail: lugo@auxilia.es

Coordinación General de Ocio y Tiempo Libre: Julia Nebot, 4. Bajos. 28025 - MADRID. Tfno: 914 622 234. E-mail: madrid@auxilia.es

Coordinación General de Voluntariado: Mateos, 34, bajo. 30002 - MURCIA. Tfno: 968 262 102. E-mail: murcia@auxilia.es

Coordinación General de Enseñanza a Distancia: Anglí, 50. 2º. 08017 - BARCELONA. Tfno: 932 047 502. Fax: 932 050 651. E-mail: enseadistancia@auxilia.es

Dirección de Comunicación: Plaza del Sacrificio, s/n. 41018 - SEVILLA. Tfno: 954 904 247. Fax: 954 573 641. E-mail: comunicación@auxilia.es. Web: www.auxilia.es

