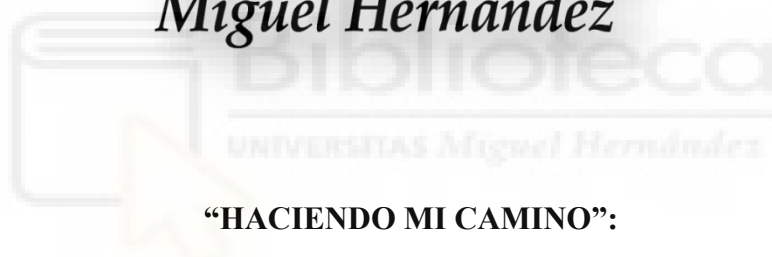




UNIVERSITAS
Miguel Hernández



“HACIENDO MI CAMINO”:

**UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DE LA
AUTONOMÍA EN PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL**

AUTOR: Poveda Esteve, Pablo

TUTOR: Martínez Zaragoza, Fermín Antonio

DEPARTAMENTO Y ÁREA: Departamento de Ciencias del Comportamiento y

Salud Curso académico: 2024-2025

Convocatoria: Mayo

“Haciendo mi camino”:

Una propuesta de intervención para la mejora de la autonomía en personas con diversidad funcional



ÍNDICE

1.	RESUMEN	1
3.	INTRODUCCIÓN.....	3
3.1.	Objetivos	9
4.	MÉTODO	10
4.1.	Hipótesis	10
4.2.	Selección de abordajes, estrategias y técnicas	11
4.3.	Descripción del programa.....	20
3.3.1.	Población a la que va dirigido el programa	20
3.3.2.	Garantías éticas	23
3.3.3.	Ubicación del proyecto en la entidad, empresa u organización	24
3.3.4.	Plan de intervención.....	26
3.3.5.	Recursos necesarios.....	29
3.3.6.	Presupuesto	32
3.4.	Desarrollo y puesta en práctica del plan de intervención	33
4.	RESULTADOS ESPERABLES	36
5.	CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE TRABAJO FUTURO	38
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
7.	ANEXOS	43

ÍNDICE DE TABLAS E ILUSTRACIONES

1. Problemas y necesidades por parte de los trabajadores	21
2. Problemas y necesidades por parte de las personas usuarias relacionado con la higiene personal.....	22
3. Problemas y necesidades por parte de las personas usuarias relacionado con la alimentación.....	22
4. Problemas y necesidades por parte de las personas usuarias relacionado con el vestido	23
5. Cronograma	28
6. Recursos materiales no fungibles, fungibles y tecnológicos	30
7. Productos de para la ducha, el vestido y la alimentación	31
8. Presupuesto total.....	32

1. RESUMEN

Introducción Este proyecto presenta una propuesta de intervención orientada a fomentar la autonomía en personas adultas con diversidad funcional, entendida como la capacidad para tomar decisiones y realizar actividades cotidianas de forma independiente. La diversidad funcional hace referencia a aquellas personas que, por condiciones físicas, sensoriales, intelectuales o mentales, encuentran dificultades en su participación social y autonomía personal.

Objetivo Fomentar la autonomía personas y la participación activa de las personas con diversidad funciona en su vida cotidiana, involucrando activamente a los auxiliares de enfermería del centro como parte fundamental del proceso terapéutico, brindándoles estrategias y herramientas para apoyar de manera adecuada la participación de los usuarios en su rutina diaria.

Método La intervención se basa en un enfoque centrado en la persona, promoviendo su participación activa en la toma de decisiones sobre su vida diaria. Se plantea una intervención desde terapia ocupacional basada en las actividades básicas de la vida diaria (higiene personal, vestido y alimentación), aprovechando las oportunidades del día a día. El proyecto se desarrollará en un entorno real como es la residencia “Colores” Asprodis, involucrando tanto usuarios como al equipo profesional del centro.

Resultados esperables Una clara mejora en la autonomía funcional de los usuarios, así como un aumento en su participación en las actividades cotidianas. También se prevé un impacto positivo en la actitud y en la implicación del personal, favoreciendo una dinámica mas respetuosa, activa y centrada en la persona.

Conclusión Esta propuesta pretende generar un cambio significativo en la atención residencial, promoviendo una cultura de apoyo que favorezca la autodeterminación, la funcionalidad y el bienestar tanto de los usuarios como de los propios trabajadores.

PALABRAS CLAVE

Diversidad funcional, terapia ocupacional, habilidades básicas de la vida diaria, autonomía personal, servicio residencial.

2. ABSTRACT

Introduction This project presents an intervention proposal aimed at promoting autonomy in adults with functional diversity, understood as the ability to make decisions and carry out daily activities independently. Functional diversity refers to individuals who, due to physical, sensory, intellectual, or mental conditions, face difficulties in social participation and personal autonomy.

Objectives To promote autonomy and the active participation of people with functional diversity in their daily lives, actively involving nursing assistants at the center as a fundamental part of the therapeutic process, providing them with strategies and tools to adequately support users' engagement in their daily routines

Method The intervention is based on a person-centered approach, encouraging users' active participation in decision-making regarding their daily lives. It will be carried out through occupational therapy focused on basic activities of daily living (personal hygiene, dressing, and eating), taking advantage of everyday opportunities. The project will be implemented in a real setting – the “Colores” residence of Asprodis – engaging both users and professional staff.

Expected results A clear improvement in users' functional autonomy and a increase in their participation in daily activities. A positive impact is also expected on staff attitudes and involvement, promoting a more respectful, active, and person-centered dynamic.

Conclusion This proposal aims to generate a meaningful change in residential care, promoting a support culture that enhances self-determination, functionality, and well-being for both users and staff.

KEY WORDS

Functional diversity, occupational therapy, basic life skills, personal autonomy, residential service.

3. INTRODUCCIÓN

Según la RAE, define discapacidad como “situación de la persona que, por sus condiciones físicas, sensoriales, intelectuales o mentales duraderas, encuentra dificultades para su participación e inclusión social”¹.

Este término se ha utilizado desde hace mucho tiempo para referirnos a este colectivo, pero, al tener connotaciones negativas, el concepto de diversidad funcional ha empezado a cobrar más fuerza. Se ha empezado a utilizar “diversidad funcional”, ya que pretende dejar de hablar de capacidades, dando más importancia a las personas. En un entorno adecuado, todos tenemos las mismas capacidades; así, debemos trabajar en crear entornos en los que todas las personas puedan desarrollar al máximo su potencial. Este término fue propuesto inicialmente por el Foro de Vida Independiente (2005), con el objetivo de alejarse de una visión medicalizada de la discapacidad y centrar el discurso en los derechos la dignidad y la participación social de la persona.

El uso del término “diversidad funcional” permite un enfoque más respetuoso y positivo, reconociendo que todas las personas, en contextos adecuados, pueden desarrollar su potencial y participar activamente en la sociedad. Este cambio de paradigma implica una transformación de una visión asistencial a un enfoque de derechos humanos².

Tradicionalmente, la discapacidad ha sido abordada desde el modelo médico, el cual considera la discapacidad como un problema individual, relacionado con la enfermedad o la deficiencia. Este modelo centra la atención en la normalización de la persona, tratando de corregir o curar la limitación.

Frente a esto, surge el modelo social, que sostiene que la discapacidad no reside en la persona, sino en la sociedad que no está adaptada para permitir su participación plena. El entorno físico, social y actitudinal puede generar barreras más limitantes que la propia condición de la persona³.

Estas personas sufren y se enfrentan a múltiples barreras que limitan su autonomía. Pobreza, exclusión de la educación y empleo, y las malas condiciones de vida hacen que aumente el riesgo de que estas personas padezcan mala salud y no tengan cubiertas ciertas necesidades.

Se considera “persona con discapacidad” aquellas que hayan obtenido un grado igual o superior al 33%. El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, en su artículo 4. establece que “son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”⁴.

Según la Base Estatal de datos de Personas con valoración del grado de discapacidad del IMSERSO, las personas en que concurren dichas condiciones y que, por tanto, que tiene las consideraciones de personas con discapacidad ascienden a 3.361.000 de los cuales 1.685.000 son hombres y 1.676.000 son mujeres⁵.

En cuanto a datos de la Comunidad Valenciana, según las estadísticas de la Generalitat Valenciana, el número de personas con discapacidad en el 2023 es de 326.623. Específicamente, la población de personas con diversidad intelectual es de 29.753. Formado por un número de 47 residencias públicas para personas con estas características (14 en Alicante, 10 en Castellón y 23 en Valencia) y tres residencias privadas (2 en Alicante y 1 en Valencia). La propia Generalitat Valencia, regulado en el Decreto 27/2023, de 10 de marzo, del Consell, define estos centros residenciales como abierto y flexibles, con una atención integral sostenida en el tiempo, destinado a personas con discapacidad gravemente afectados que precisaran de apoyo de generalizado y especializado en actividades de la vida diaria que presentan dificultades de inclusión y permanencia en su entorno familiar y comunitario.

Estos centros se caracterizan porque proporcionan una atención profesional especializada para la promoción de la autonomía personal y el desarrollo de la persona. El objeto de estos centros es garantizar la prestación de apoyos necesarios a las personas que residan en los mismos para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria, el desarrollo personal, la autogestión y la inclusión comunitaria, mediante proyectos de vida individualizados donde participen las propias personas en la mejora de su calidad de vida⁶.

La diversidad funcional está vinculada con los derechos humanos. Cada individuo tiene derecho a disfrutar de una vida plena y digna, independientemente de sus capacidades. La Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad de la ONU establece los principios fundamentales que protegen a estas personas, garantizando su inclusión en la sociedad. El propósito de esta Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente⁷.

Plena Inclusión es una ONG sin ánimo de lucro de utilidad pública de asesoramiento. Está formado por 19 entidades y una de ellas está localizada en la Comunidad Valenciana. Se trata de un movimiento asociativo que lucha en España para los derechos de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y sus familias. Su objetivo es la plena inclusión. Y para ello, reivindican y apuestan por la educación inclusiva, la reforma del Código Civil, la vida independiente, incentivar el empleo y el apoyo a las familias. Cuando hablamos de diversidad funcional, lo relacionamos con infantilización. Esta ONG tiene un gran papel en este ámbito. Trabaja directamente con las familias realizando un enfoque centro en ellas, dando apoyo emocional, servicio de conciliación familiar y, sobre todo, dando esa información necesaria que en muchas ocasiones no las tiene⁸.

La infantilización hacia ellos ha ocurrido toda la vida. Se les ha tratado como si fueran niños, independientemente de su edad o capacidad intelectual. Hablarles con diminutivos, hablar por ellos, asumir que no pueden tomar decisiones, excluirles de cualquier tipo de situación, y sobre todo y más importante, negarles autonomía en su vida cotidiana, son situaciones que ocurren. Esta infantilización es una forma de discriminación que limita derechos y dignidad de ellas, impidiendo su plena participación en la sociedad.

Esta actitud paternalista refuerza estereotipos dañinos y obstaculiza el desarrollo de una identidad adulta y autónoma. Combatirla implica reconocer su autonomía, fomentar su independencia y respetar sus capacidades individuales. La autodeterminación es un aspecto que les afecta al desarrollo y al control de sus vidas. Nos referimos a la autodeterminación como la capacidad de un individuo, para decidir por sí mismo en cualquier tipo de tema y por ello, cada persona tiene el poder de tomar las decisiones y realizar aquello que quiere hacer^{9,10}.

Según la OMS, la terapia ocupacional es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene la enfermedad y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple las deficiencias incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento y su significación profunda para conseguir las mayores independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social¹¹. Según Kielhofner, las actividades con sentido son aquellas que conectan con la identidad de la persona y refuerzan su motivación intrínseca¹².

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA) proporciona marcos de referencia y modelos de intervención para ayudar a las personas a mejorar su desempeño en las habilidades básicas de la vida diaria. Es por ello, que se trata de una guía para la práctica de la terapia ocupacional, con el objetivo futuro de promover la independencia y calidad de vida. La terapia ocupacional desempeña un papel clave en la promoción de la autonomía, facilitando la participación en actividades significativas y mejorando la calidad de vida¹³.

Nos referimos a actividades significativas, a aquellas actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que los adultos realizan diariamente y que les permiten vivir de manera autónoma e integrada en la sociedad. Son todas aquellas actividades dedicadas al cuidado de sí mismo, como puede ser la alimentación, la higiene personal y el aseo, el control de esfínteres, dormir, la movilidad funcional... Las ABVD son fundamentales en la vida diaria de cualquier persona, ya que permiten satisfacer las necesidades más esenciales.

¿Por qué hablamos de autonomía y no de independencia? La autonomía se refiere a la capacidad de la persona para tomar decisiones y realizar actividades, pero siempre con apoyos o asistencia. En cambio, la independencia implica que la persona puede llevar a cabo todas las actividades sin ningún tipo de ayuda, cosa que, en las residencias, los usuarios dependen en cierta medida de los propios trabajadores/as del centro. Esa independencia total es imposible de conseguir, pero sí que pueden conseguir el tener derecho a decidir y participar en su propia vida. Por ello, el objetivo no debe ser la independencia total, sino una vida con decisiones propias y apoyos personalizados.

Los entornos residenciales tienen el reto de pasar de una lógica institucionalizadora a una lógica de vida independiente con apoyo. Esto implica de; transitar desde rutinas rígidas y colectivas a planes de vida individualizados, fomentar la participación activa de la persona en su día a día y garantizar entornos accesibles cognitiva, física y emocionalmente¹⁴.

Las personas con diversidad funcional que viven en residencias suelen enfrentarse a diversas barreras que limitan su participación activa y su autonomía en la vida cotidiana. Uno de los principales problemas de este colectivo es la tendencia a la sobre asistencia por parte del entorno, lo que puede generar una dependencia innecesaria, pérdida de habilidades funcionales y una disminución de su autoestima y autodeterminación.

La falta de adaptaciones en el entorno, rutinas poco individualizadas y escasas oportunidades para participar en decisiones que afectan su día a día hacen que repercutan en la calidad de vida y el bienestar emocional de los usuarios/as.

Por lo tanto, abordar esta problemática desde una intervención terapéutica centrada en la persona y en la promoción de la autonomía se vuelve imprescindible.

3.1. Objetivos

El objetivo principal de esta propuesta de proyecto es fomentar la autonomía personas y la participación activa de las personas con diversidad funciona en su vida cotidiana, involucrando activamente a los auxiliares de enfermería del centro como parte fundamental del proceso terapéutico, brindándoles estrategias y herramientas para apoyar de manera adecuada la participación de los usuarios en su rutina diaria.

En cuanto a los objetivos específicos relacionados con los trabajadores del centro:

- Formar a los profesionales con técnicas y estrategias específicas para fomentar la independencia en las ABVD de las personas usuarias.

- Sensibilizar y capacitar al personal en el enfoque centrado en el usuario y en los principios de la autodeterminación.
- Potenciar el trabajo interdisciplinar, mejorando así la coordinación entre el personal del centro.

En cuanto a los objetivos específicos relacionados con los usuarios del centro:

- Promover la capacidad de elegir y expresar preferencias en su día a día.
- Aprender a utilizar productos de apoyo que faciliten su autonomía.
- Realizar cualquier cuidado personal.
- Desarrollar estrategias para fomentar la autonomía en la higiene personal y el aseo.
- Potenciar la capacidad de vestirse y desvestirse de manera independiente.
- Mejorar la autonomía en la alimentación y la ingesta de alimentos.

4. MÉTODO

4.1. Hipótesis

H1: La implementación de una intervención centrada en la persona, basada en el trabajo de las AVBD e implicando activamente a los trabajadores del centro, mejorara la autonomía funcional y la participación de las personas con diversidad funcional en su rutina diaria.

H2: La implementación de una intervención centrada en la persona no producirá cambios significativos en la autonomía funcional ni en la participación en la vida diaria de las personas con diversidad funcional en la residencia.

H3: La implementación de una intervención centrada en la persona, en caso de que el programa no se adapte adecuadamente a los ritmos, necesidades y motivaciones de los usuarios, es probable que se observe una alta tasa de abandono durante su desarrollo.

4.2. Selección de abordajes, estrategias y técnicas

Este proyecto se trata de una investigación cuasi experimental. Este tipo de diseño combina la acción práctica con la reflexión, involucrando así de forma activa a las personas que implicadas en el problema que se quiere transformar. En este caso, en este proyecto están implicados activamente tanto a los trabajadores como a los residentes, buscando mejorar la práctica profesional concreta como es la autonomía en las ABVD. Además, se desarrolla en un contexto real como es la residencia “Colores” Asprodis y realizando un proceso cíclico como es la planificación, actuación, observación y reflexión para mejorar. No hay un grupo de control, pero sí existe una pre-evaluación y una post-evaluación, en la que se compararán los resultados. Este proyecto se ha realizado tras observar una necesidad real de realizar un proyecto como tal.

La variabilidad de modelos y marcos de referencia existentes hace que la elección de abordajes, métodos y estrategias de intervención para el tratamiento sea muy extensa. El modelo o marco de referencia utilizados va a influir en ciertas fases del proceso, como son en la evaluación, la interpretación de resultados, establecimientos de objetivos y la toma de decisiones terapéuticas.

Gracias a la implementación de modelos de aprendizaje, se busca estructurar y guiar las intervenciones terapéuticas, adaptando las estrategias para favorecer la participación activa de los residentes en sus actividades. Los modelos que se utilizarán en este proyecto son:

➤ Modelo de Ocupación Humana (MOHO)

Este modelo se conceptualiza en tres elementos principales. La volición, que se refiere al proceso de del cual las personas se motivan hacia lo que hacen y eligen hacer. La habituación, por medio del cual las actividades se organizan en patrones y rutinas. Por último, las capacidades del desempeño, que hace referencia tanto a las habilidades físicas y mentales objetivas, como son las experiencias vividas. Este modelo comienza con la idea de que todas las formas de intervención implican un cambio. Cambio que solo ellas mismas son capaces de lograrlo. Para que el hacer sea terapéutico, debe involucrar una forma de ocupación real y aquello que quiere hacer debe tener un significado.

➤ Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional

Este modelo tiene dos enfoques principales. El primero, la práctica centrada en la persona y el segundo el desempeño ocupacional. Este modelo pone y analiza la necesidad de personalizar la evaluación y la intervención terapéutica. Este enfoque requiere flexibilidad, aprendizaje de la resolución de problemas y mantener el enfoque sobre los objetivos de la persona. La experiencia, el conocimiento y los deseos del paciente se tratan de puntos importantes de este modelo.

➤ Modelo de la Discapacidad Cognitiva

Este modelo se utiliza para personas que presentan limitaciones cognitivas diversas. Fue desarrollado para conceptualizar estrategias de intervención para personas que no son capaces de llevar a cabo sus actividades vitales normales. Su principal objetivo es identificar qué implica tener una discapacidad cognitiva para el proporcionar una estrategia de intervención que permita utilizarlas para el correcto desempeño de las actividades cotidianas. Este modelo tiene en cuenta la patología y, sobre todo, el entorno y la actividad.

Estos modelos permiten comprender la relación entre persona, ocupación y entorno, facilitando la planificación de la intervención que potencien sus capacidades y mejoren la calidad de vida de ellos. En este contexto, la selección de un modelo adecuado es clave para diseñar intervenciones efectivas. Esta intervención explora diversos modelos de aprendizajes aplicación en Terapia Ocupacional, destacando su impacto en el desarrollo de la autonomía en personas con discapacidad. A través de su análisis, se busca proporcionar herramientas teóricas y prácticas que permitan optimizar la atención en esta residencia, promoviendo un enfoque integral y centrado en la persona.

En la selección del procedimiento hay que tener en cuenta aspectos como:

- La naturaleza del problema
- El contexto tanto personal, ambiental, social y/o comunitario
- La gravedad de los problemas existentes y la importancia relativa de cada uno de ellos
- Los deseos y prioridades de la persona
- El tiempo y los recursos de los que disponemos
- El tipo de recurso o nivel asistencial en el que estamos prestando nuestro servicio
- Las posibilidades reales de implementar la intervención

En líneas generales, nuestra actuación va enfocada a crear y promover. Este enfoque está diseñado para proporcionar experiencias contextuales y de actividad enriquecidas que mejorarán el desempeño de todas las personas en los contextos naturales de la vida. En nuestro caso, por ejemplo, se creará una lista de productos de apoyo necesarios para el desarrollo de aquellas actividades de la vida diaria que gracias a estos apoyos pueden facilitar la realización.

A establecer y restaurar. Enfoque diseñado para cambiar aquellas variables para establecer una habilidad o que aún no se ha desarrollado o para restaurar afectada. Un ejemplo de ello sería, por ejemplo, el hecho de crear horarios o rutinas marcadas para la ducha, dividir los pasos de la higiene de manos para su correcta higiene, etc.

A mantener. Enfoque diseñado para brindar apoyos que permitan preservar las capacidades de desempeño que han recuperado y que continúan satisfaciendo sus necesidades ocupacionales. Es decir, consiste en mantener aquellas ocupaciones, rutinas, hábitos, formas de actuación... que se realizan adecuadamente.

A modificar. Enfoque dirigido a encontrar formas de revisar el contexto natural o la actividad demandada para apoyar el desempeño en el entorno natural. En este proyecto y analizando el contexto natural que les ayudarían a estas actividades, podríamos hablar de adaptar ciertas situaciones como el tener todos los productos de higiene a mano, al igual que la ropa...

La elección de la actividad debe ser realista al estilo de vida y de las necesidades del individuo. Teniendo en cuenta, las circunstancias personales, sus experiencias domésticas y de ocio. La actividad debe ser elegida en relación con la capacidad física, cognitiva y social y ser graduada de acuerdo con sus fortalezas y carencias presentes.

Las técnicas que emplearemos en este proyecto son:

1. **Dinámicas de grupo:** Promueven la interacción entre los miembros del grupo, lo que favorece la creación de un ambiente de confianza y colaboración. Estas actividades ayudan a que todos los participantes se involucren y participen activamente, lo cual es esencial para el éxito del proyecto.
2. **Sesiones individualizadas:** Es importante tanto trabajar en grupo como individual. Analizar en primer lugar el nivel de autonomía, para luego adaptar las actividades a las capacidades, intereses y objetivo de cada usuario es esencial. Cada usuario/a tiene unas características de las cuales es importante adaptar y enfocarse en sus habilidades para conseguir realizar la actividad correctamente.
3. **Observación no estructurada:** Esta técnica permite obtener una visión más amplia y natural de las interacciones y comportamientos de los participantes sin imponer juicios preconcebidos. Es particularmente útil en contextos donde las reacciones o comportamientos espontáneos pueden aportar información valiosa sobre el individuo.
4. **Refuerzo positivo:** El uso de refuerzos positivos, como elogios o reconocimientos, es esencial para reforzar comportamientos deseables y aumentar la motivación de los participantes, especialmente en grupos con necesidades particulares, como personas con diversidad. Ayuda a fortalecer su autoestima y a mejorar la confianza.
5. **Instrucciones claras:** La explicación verbal clara y concisa de las tareas y objetivos garantiza que todos los participantes entiendan lo que se espera de ellos, lo cual es fundamental para el buen desarrollo de las actividades. Esto es crucial cuando se trabaja con personas que puedan tener dificultades para comprender instrucciones más complejas.

6. **Debate:** A diferencia de la discusión dirigida, el debate permite a los participantes argumentar diferentes puntos de vista, lo cual fomenta el pensamiento crítico y la capacidad de expresión. No se busca una solución final, sino explorar las distintas perspectivas y aprender de los argumentos de los demás.
7. **Visionado de documentales:** Esta técnica permite que los participantes reflexionen sobre situaciones, temas o modelos representados en los videos. El material audiovisual es una herramienta poderosa para facilitar la comprensión de conceptos abstractos y generar discusión. Además, puede proporcionar ejemplos visuales que ayuden a los participantes a identificar conductas o actitudes relevantes.

Cada una de estas técnicas juegan un papel crucial en el desarrollo del proyecto y en el apoyo a los participantes, asegurando que se logren los objetivos educativos.

Para la evaluación de la intervención, en primer lugar, la recogida de información y la elección de los participantes se realizará a través de entrevistas semiestructuradas, agrupando esta información en el Plan de Apoyo Individualizado (PAI). Esta entrevista está compuesta por familia o tutor/a legal, personas de atención directa, terapeutas, pedagoga, enfermeros y trabajadora social y, la persona usuaria. Esta reunión se centra, en la vida de la propia persona usuaria, cuál ha sido su recorrido de vida, nivel de estudios y aspectos importantes para tener en cuenta.

Para la recogida de información y evaluación inicial más específica a nuestro proyecto, se realizará a través de escalas estandarizadas y observación directa, realizando un registro sobre el desempeño y aspectos importantes a tratar. Estas escalas estandarizadas son:

- ESCALA SAN MARTÍN: se trata de un instrumento de evaluación que evalúa la calidad de vida de personas adultas con discapacidad significativa. Permite identificar el perfil de calidad de vida con evidencias de validez y fiabilidad para la puesta en marcha de prácticas basadas en la evidencia y el diseño de planes individuales de apoyo. La edad de aplicación es para adultos a partir de 18 años de edad y esta validada por la Universidad de Salamanca. La administración es individual y tiene una duración de 30 minutos aproximadamente. Se divide en dimensiones.

Estas dimensiones son:

- Autodeterminación (autonomía, decisiones, opiniones...)
- Derechos (intimidad, privacidad, respeto...)
- Bienestar emocional (problemas de comportamiento, comunicaciones de emociones...)
- Inclusión social (integración, participación y apoyos)
- Desarrollo personal (aprendizaje, habilidades, motivación...)
- Relaciones interpersonales (relación familiar, social, comunicación)
- Bienestar emocional (posesiones, ayudas técnicas...)
- Bienestar físico (alimentación, ejercicio físico, higiene, movilidad...)

Estas dimensiones se miden a través del nivel de ayuda que necesita la persona en cada aspecto. Con una puntuación de 1 cuando no se realiza la actividad ni con ayuda, y con un 4 si se realiza de forma autónoma. Una vez obtenido las puntuaciones totales obtenidas en cada

área para determinar el nivel global de autonomía. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor grado de autonomía tiene la persona ¹⁵. (Véase anexo 1)

- ÍNDICE DE BARTHEL: diseñado en 1955 por Barthel y Mahoney, con el fin de evaluar a los sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en su hospital de enfermos crónicos. Hoy en día, se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados en la medición de actividades básicas de la vida diaria. Preguntando al paciente sobre su capacidad para realizar cada actividad. Evalúa aspectos como son:

- Alimentación
- Aseo personal
- Vestido
- Uso del inodoro
- Continencia/ incontinencia fecal
- Transferencias
- Subir y bajar escaleras

La puntuación final va de 0 a 100, siendo 100 la máxima independencia y 0 la máxima dependencia. No es una escala continua, es decir, cada actividad tiene una puntuación específica que varía entre 0 y 15, dependiendo del nivel de dependencia. (Véase anexo 2)

- OBSERVACIÓN DIRECTA: técnica utilizada para recopilar información sobre el comportamiento y las habilidades de una persona en situaciones reales, sin intervención del observador. Es clave, sobre todo, en la evaluación de la autonomía en AVD.

La intervención consistirá en sesiones tanto individuales como grupales. A nivel individual, se trabajará a través de objetivos individualizados y personalizados, enfocando las sesiones en el día a día. A nivel grupal, nos enfocaremos en actividades enfocándonos en las actividades básicas de la vida diaria, diseñadas para fomentar la autonomía. Con sesiones atractivas y con el fin de integrar estas sesiones a la vida diaria.

Todas las semanas se realizarán coordinaciones con técnicas y los propios trabajadores en las que se realizará un seguimiento de las intervenciones y en las que se comentarán posibles nuevas estrategias a realizar. Gracias a estas coordinaciones se obtendrá un buen seguimiento sobre los objetivos marcados. El objetivo de comenzar a realizar estas coordinaciones es que se mantengan en el tiempo, teniendo así una comunicación continua entre auxiliar y técnico.

Será a finales de junio cuando se realizará una evaluación de resultados. En ella, se realizarán las dos escalas estandarizadas marcadas anteriormente, además de una evaluación a través de la observación directa, comparando así el principio de la intervención con los resultados obtenidos después.

4.3. Descripción del programa

3.3.1. Población a la que va dirigido el programa

Esta propuesta de intervención va dirigida a dos grupos.

En primer lugar, a los propios trabajadores del centro. Ellos se tratan de un punto muy importante de cualquier proyecto. Son los que pasan gran parte del tiempo con ellos y los que más conocen a los usuarios. Son personas con una titulación de auxiliar de enfermería o de técnico de atención a personas en situación de dependencia. Se trata de un sector muy poco valorado y que brinda un apoyo esencial a personas con diversidad funcional. Empatía, sensibilidad, paciencia, tolerancia, responsabilidad, compromiso, etc., se tratan de características que una persona cuidadora posee. Pero también hay otras características negativas e importantes como es la infantilización, el rol de madre/padre hacia ellos. Es por ello, que es conveniente trabajar con ellos y formarlos para una correcta filosofía de trabajo. Se tratan de unos 50 trabajadores, repartidos en turnos de trabajo (mañanas, tardes, noches y fines de semana). Estos trabajadores previamente deben de firmar un documento para consentir la participación en el proyecto. Se tratan de trabajadores con una formación de auxiliar de enfermería o técnico en atención a personas con dependencia.

Y, en segundo lugar, a los propios usuarios del centro. El perfil de las personas usuarias es personas con discapacidad intelectual mayores de 18 años hasta 60 años en el momento del acceso al recurso, es decir, trabajaremos con personas que se traten mayores a esta edad, en situación de dependencia y discapacidad intelectual. En concreto, a aquellas personas que, tras los criterios de selección, forman parte del proyecto. Estos criterios de exclusión serán:

- Usuarios con falta de interés.
- Usuarios con deterioro cognitivo avanzado que impidan comprender o ejecutar estrategias de autonomía.
- Usuarios con un nivel de dependencia alto.
- Usuarios que presentan conductas agresivas que puedan comprometer la seguridad del equipo.
- Usuarios que, por circunstancias, el programa no cuente con los recursos o adaptaciones necesarias para atender sus necesidades específicas.

Tras analizar a los usuarios y sus características, serán unos 10 usuarios los que forman parte del proyecto. Una vez analizados todos los perfiles de las personas destinadas a este proyecto, encontramos una serie de necesidades y problemas tanto de las personas usuarias como de los propios trabajadores/as, las cuales las mostramos en las siguientes tablas:

Tabla 1 Problemas y necesidades por parte de los trabajadores

PROBLEMAS	NECESIDADES DETECTADAS
Falta de personal	Mejora en la coordinación del equipo de trabajo
Necesidad de reciclaje y actualización profesional	Planificar nuevos cursos específicos
Diferencias de criterios en la atención	Necesidad de planificar semanalmente reuniones
Infantilización hacia las personas usuarias	Tratar a las personas usuarias como personas adultas que son

Tabla 2. Problemas y necesidades por parte de las personas usuarias relacionado con la higiene personal

PROBLEMAS	NECESIDADES DETECTADAS
Dificultad para bañarse o asearse por falta de movilidad	Aumentar el rango de movilidad y/o conocer nuevas técnicas o estrategias para poder realizar
Problemas para realizar la secuenciación correcta para la ducha	Conocer técnicas para una correcta realización
Falta de adaptación en baños (barras de apoyo, sillas de ducha...)	Colocar nuevas adaptaciones para una mejora adaptativa de los baños

Tabla 3. Problemas y necesidades por parte de las personas usuarias relacionado con la alimentación

PROBLEMAS	NECESIDADES DETECTADAS
Dificultad para usar cubiertos	Necesidad de ayudas técnicas (tapiz antideslizante, cercos para platos...)
Dificultad para coger la comida del plato	

Tabla 4. Problemas y necesidades por parte de las personas usuarias relacionado con el vestido

PROBLEMAS	NECESIDADES DETECTADAS
Falta de movilidad para ponerse ciertas partes de la ropa (calcetines, sujetadores...)	Necesidad de una mayor asistencia personalizada
Falta de destrezas para abrocharse los cordones	

3.3.2. Garantías éticas

El proyecto **“Haciendo mi camino”: una propuesta de intervención para la mejora de la autonomía en personas con diversidad funcional** es considerado que carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, tras la realización de una evaluación por la oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández.

Esta evaluación del trabajo ha sido realizada en base a la información aportada al formulario online, habiéndose determinado que no requiere de ninguna evaluación adicional. Destacando que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Es por ello, que con código de autorización COIR: TFG.GTO. FAMZ. PPE. 241217, se autoriza a realizar el presente proyecto.

3.3.3. Ubicación del proyecto en la entidad, empresa u organización

Asprodis, nace en mayo de 1970, por la inquietud de unos padres/madres preocupados por el bienestar de sus hijos/as con discapacidad intelectual. Se unieron para compartir y promover un interés común: obtener un presente y futuro mejor para sus hijos e hijas y para quienes se incorporen en el futuro.¹⁶

Es una asociación sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública el 17 de junio de 1982, que se ocupa de las personas con discapacidad intelectual y de sus familias, miembro de FEAPS (Federación de Asociaciones de Personas con Discapacidad Intelectual y sus Familias).

El fin de esta asociación es la integración social plena de las personas con discapacidad. Para ello, a lo largo de sus 52 años de vida se han ido creando con mucho esfuerzo y pocos medios, los diferentes servicios necesarios para su consecución.

En la actualidad atienden a 365 personas con discapacidad de toda la comarca del Medio Vinalopó, contando con una plantilla de 114 trabajadores/as. Los servicios que ofrece la asociación son los que necesita la persona con discapacidad desde su nacimiento o desde que se le diagnostica la discapacidad. Estos servicios son:

- Centro de día “Colores”
- CDIAT centro de desarrollo infantil y atención temprana
- Club de Ocio
- TAPDI prevención y atención a la neurodiversidad funcional
- Servicios aulas PC (parálisis cerebral)

- Centro Ocupacional “La Torreña”
- Programa de apoyo familiar
- Viviendas tuteladas
- Centro residencial “Colores”

La residencia “Colores” se divide en un hall, un patio y dos alas. En el ala izquierda se sitúan el comedor, los despachos de los técnicos de terapia ocupacional, enfermería, psicopedagogía, dirección, fisioterapia y asistente social. También cuenta con los talleres de creativo, gimnasia, musicoterapia, cognitivo, sala de estimulación sensorial, sala con bañera de hidromasaje, sala con pizarra digital interactiva (PDI).

En el ala derecha es donde están ubicadas las habitaciones de las personas residentes, que cuentan con un total de 20 habitaciones. Estas pueden ser compartidas por tres usuarias, dos o individuales, según las necesidades y características de estos.

También cuenta con tres salones hogares, en los que se dividen las personas usuarias según sus características. En el salón/hogar 1 se encuentran las personas usuarias más asistidas. En el salón/hogar 2 está compuesto por las personas usuarias con más problemas conductuales y, por último, el salón/hogar 3 se encuentran las personas más “autónomas”. Además, la residencia cuenta con un amplio jardín con sillas, cenadores, y huertos, en el que se realiza el taller de jardinería.

3.3.4. Plan de intervención

El proyecto comenzará en septiembre, aprovechando la vuelta de las vacaciones y no tendrá una fecha de finalización. El objetivo final de este proyecto es que estas intervenciones y esta forma de trabajo se mantengan posteriormente en el tiempo y, por ello, la no existencia de fecha final.

En los primeros meses, se realizará un trabajo más específico con los propios trabajadores/as. En el cual se realizará una organización de proyecto, se reunirá el equipo de trabajo y se elegirán los futuros participantes de este. Los trabajadores/as tienen un papel muy importante; es por ello, que se les dará la importancia que necesitan. Se realizará una sesión semanal para trabajar la nueva metodología de trabajo, se les darán nuevas pautas y una retroalimentación sobre ciertas situaciones laborales. Se tratarán de sesiones de 1 hora como máximo, dependiendo de la sesión, en forma de debate, con el fin de que todos participen y todos den su punto de vista y opinión. Además, una vez comience el propio proyecto y se trabaje con los usuarios, todos los miércoles se realizará una coordinación grupal para comentar aquellos temas importantes a tratar.

En cuanto a las sesiones con los usuarios, se trabajará tanto de manera individual como en grupal. A nivel individual, se trabajará en el día a día. Enfocándonos el trabajo en actividades significativas, aprovechando las oportunidades que brinda el día a día. Buscaremos integrar las tareas cotidianas en la intervención, fomentando la autonomía y la participación activa en el entorno. Para ello, se dividirán las duchas de los usuarios, en mañanas y tardes, y así poder atenderlos correctamente. El cepillado de dientes se realizará después de cada comida. Solo existe un aseo para el grupo, por ello, esto facilita el control y la correcta higiene bucal. En cuanto a la comida, todos comen en un salón común. Por último, en cuanto al vestido al dividir las duchas es más sencillo marcar y dar un pequeño apoyo individual a cada uno.

A nivel grupal, se trabajará en sesiones de 1 hora aproximadamente. Con una frecuencia, de una sesión por semana. Se tratan de sesiones lúdicas relacionadas con aquello que más nos interese a trabajar en esos momentos con las AVBD. Estas sesiones se realizarán en el aula de cognitivo del centro. Un aula amplia y cómoda, con mesas y sillas.

La organización de las sesiones de trabajo será de la siguiente manera:



“Haciendo mi camino”:
Una propuesta de intervención para la mejora de la autonomía en personas con diversidad funcional

Tabla 5. Cronograma

	ENERO					FEBRERO - JUNIO					JULIO				
DÍAS	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V
Evaluación inicial															
Formación de los profesionales															
Sesiones individuales usuarios															
Sesiones grupales usuarios															
Coordinaciones grupales															
Reevaluación y resultados															

¹⁷ Nota. Esta tabla muestra la planificación temporal para organizar la futura organización del proyecto

“Haciendo mi camino”:

Una propuesta de intervención para la mejora de la autonomía en personas con diversidad funcional

- La *evaluación inicial*, la organización del proyecto, la recogida de información y la elección de los integrantes se realizará en el mes de ENERO.
- La *formación de los profesionales* será en el mes de ENERO y, además, los MARTES de cada mes habrá una sesión grupal con todos ellos
- En cuanto a las *sesiones con los usuarios*, las sesiones individuales serán todos los días, ya que se trata de un trabajo del día a día. Las sesiones grupales serán los jueves de cada mes.
- Las *coordinaciones grupales* serán los jueves de cada mes. Estas sesiones estarán formadas por un pequeño grupo de trabajadores y técnicos del centro. Consistirán en tratar temas importantes sobre los usuarios y el funcionamiento del centro.
- Por último, la *reevaluación y resultados* serán a finales del mes de JULIO

3.3.5. Recursos necesarios

A continuación, se presentan los profesionales necesarios para llevar a cabo la implantación de este proyecto.

- Terapeuta ocupacional: figura esencial, ya que es la encargada de la implantación del proyecto en su totalidad.
- Pedagoga: es la encargada de la conducta de los usuarios y usuarias, y el impacto que este pueda tener en ellas y ellos.

“Haciendo mi camino”:
Una propuesta de intervención para la mejora de la autonomía en personas con diversidad funcional

- Director del centro residencial: será el encargado de tramitar las autorizaciones que van a participar en el proyecto (Véase anexo 3).
- Cuidadores: son los profesionales que más tiempo pasan con los usuarios y, por lo tanto, los que están día a día con ellos. Por ello, son esenciales para el futuro del proyecto y son aquellos a los que, junto con los usuarios, va dirigido el proyecto.

Y, por otro lado, encontramos los recursos materiales. Estos recursos se pueden dividir en materiales fungibles, no fungibles y tecnológicos. Se muestran en la siguiente tabla, dividiéndolos a su vez más específicamente y añadiendo productos de apoyo.

Tabla 6 Recursos materiales no fungibles, fungibles y tecnológicos

MATERIALES NO FUNGIBLES	MATERIALES FUNGIBLES	MATERIALES TECNOLÓGICOS
Sillas	Folios en blanco	Ordenadores
Mesas	Cartulinas	Altavoces
Colchonetas	Bolígrafos	PDI
	Telas	Impresora
	Plastilina	
	Puzzles	
	Pinturas	

Tabla 7 Productos de para la ducha, el vestido y la alimentación

PRODUCTOS DE APOYO PARA LA DUCHA	PRODUCTOS DE APOYO PARA EL VESTIDO	PRODUCTOS DE APOYO PARA LA ALIMENTACIÓN
Barras de apoyo	Calzador de mango largo - para ponerse zapatos sin agacharse	Cubiertos con mango grueso - para mejorar el agarre
Piso antideslizante		Bases antideslizantes
España con mango largo	Ayudador para ponerse calcetines	Borde para los platos
Ducha de mano - para facilitar el enjuague		
Termostáticos - para regular la temperatura		
Cortinas de duchas accesibles		

“Haciendo mi camino”:
Una propuesta de intervención para la mejora de la autonomía en personas con diversidad funcional

3.3.6. Presupuesto

Este proyecto se realizará íntegramente en el Centro Residencial “Colores” Asprodís. Utilizando así todo el material del centro.

Es por ello, que a nivel de recursos materiales únicamente el presupuesto corresponderá a material fungible como puede ser bolígrafos, cartulinas, hojas... y de material correspondiente a productos de apoyo. Estos productos de apoyo son material El material fungible será utilizado el del propio centro, al igual que el material tecnológico.

En cuanto a los recursos humanos, el proyecto será realizado por los propios trabajadores del centro residencial. Es por ello, que no tendrá coste alguno.

A continuación, mostramos la tabla del presupuesto del proyecto:

Tabla 8. Presupuesto total

CONCEPTO	COSTE
Recursos humanos	0 €
Material fungible	200 €
Productos de apoyo	1.000 €
COSTE TOTAL	1.200 €

¹⁸ Nota. Esta tabla muestra un presupuesto aproximado sobre el posible coste del proyecto

3.4. Desarrollo y puesta en práctica del plan de intervención

El plan de intervención se puede dividir en cuatro fases:

➤ **FASE 1. Organización del proyecto, reunión de equipo y selección de participantes**

Esta fase ocupará el primer mes. En ella, se preparará todo lo necesario para llevar a cabo el proyecto. Se seleccionará a las personas que van a participar en el proyecto, teniendo en cuenta su opinión, se preparara las evaluaciones y las actividades que se van a realizar en las intervenciones.

➤ **FASE 2. Formación de los profesionales**

Esta fase tendrá duración en mayor medida en el primer mes y durante el transcurso de la intervención se realizarán sesiones semanalmente. Estas sesiones se tratarán en primer momento de reciclaje, es decir, sesiones para renovar aquella información que se supone que ya se conoce. Además, se aportarán nuevas estrategias y técnicas para cambiar la metodología de trabajo utilizada, enfocándolo en su autonomía. Por último, desde un punto más teórico, se llevarán a cabo sesiones de concienciación sobre el respeto, la infantilización y otros aspectos relacionados con la dignidad y el trato, adecuación respecto a la hora de trabajar con ellos. Estas sesiones en el primer mes serán de dos sesiones por semana, pasando a una por semana después de ese primer mes.

➤ **FASE 3. Intervención**

Las sesiones serán impartidas por 2 terapeutas ocupacionales, una de ellas es la propia trabajadora del centro residencial. Todas estas sesiones serán realizadas en el propio centro residencial de Asprodis. Tras una fase en la que se ha trabajado previamente con los propios trabajadores, en esta fase se trabajara tanto de manera grupal como de manera individual con los usuarios.

De manera individual se trabajará ayudado de un trabajador. Se trabajará de manera continua en la rutina diaria, integrándonos en las acciones cotidianas para favorecer un aprendizaje en contexto reales. Es por ello, que, para favorecer la correcta realización de estas actividades, se realizara previamente una buena organización tanto del personal como de los usuarios en la realización de las actividades. Estas AVBD sobre las que se trabajaran son la higiene corporal, el vestido y la alimentación. Estas sesiones individuales estarán basadas en la autonomía de los usuarios, es decir, en hacer que sean ellos los que tengan esa iniciativa para realizar la actividad, dándoles un pequeño apoyo en caso de que lo necesiten. Se realizará un trabajo totalmente individualizado y enfocado a las características y necesidades de la persona.

La higiene corporal se dividirá en dos turnos, mañana y tarde, de forma equitativa. Es por ello, que un terapeuta trabajara por la mañana y otro por la tarde. Se realizará una supervisión continua, explicando la correcta realización y dejando que lo realicen de manera autónoma.

La alimentación se trabajará en el comedor. Comen todos juntos y esto facilita el control. En caso de que fuera necesario se utilizaran productos de apoyo. Se realizará una supervisión del correcto agarre de los cubiertos, un buen posicionamiento postural, buen uso de los cubiertos... Una vez termine la comida correspondiente se realizará una pequeña supervisión para la correcta higiene bucal.

Por último, en cuanto al vestido, se trabajará individualmente. Cada uno tiene acceso a su armario, dividiendo las prendas a través de pictogramas. Serán ellos los que elijan la ropa que quieran ponerse ese día, en caso de que sea necesario se les guiará. Al igual que a la hora de vestirse, serán ellos los que deban realizar la actividad, siempre de nuestra ayuda según sus características y necesidades.

A nivel colectivo, se trabajará de manera didáctica la correcta realización de las AVBD. De esta manera se realiza un **aprendizaje significativo**, ya que se hace de manera práctica y estructurada, y se facilita la comprensión y asimilación de cada tarea, con **mayor motivación**, ya que se tratan de actividades dinámicas y atractivas fomentando así su interés, y **adaptando** las actividades a diferentes niveles permitiendo así ajustar el aprendizaje según las capacidades y necesidades de cada persona.

Estas sesiones tendrán una duración de una hora aproximadamente, y se realizarán la mayoría en el aula de creativo. Esta aula tiene PDI (pizarra digital interactiva), elemento muy útil para que las actividades sean más atractivas y visuales.

➤ **FASE 4. reevaluación y resultados**

Los terapeutas ocupacionales reevaluarán la intervención y se elaborarán los resultados. Al final de cada mes se realizará una evaluación del proceso, además de una coordinación semanal con todo el equipo técnico y trabajadores, para hablar sobre el proceso del proyecto y de algunas cuestiones a tratar.

4. RESULTADOS ESPERABLES

Tras meses trabajando en este proyecto de autonomía personal en terapia ocupacional dentro de la residencia para personas con diversidad funcional, se espera que:

- Relacionado con los residentes, una mayor autonomía en las ABVD como son la higiene, alimentación y movilidad, mejorando así habilidades motoras y cognitivas, promoviendo la participación activa de ellos. Además, una mejora de la autoestima y autoconfianza al desarrollar capacidades adaptativas, reduciendo así la dependencia en cuidadores y personal de la residencia.
- En cuanto al impacto sobre los trabajadores, se busca una disminución de la carga asistencial del personal gracias a la autonomía adquirida por los residentes y una mayor personalización de la atención, adaptando las estrategias de intervención a cada usuario. Esto provocaría un mejor clima de trabajo. Además de una actualización y mejora en la formación.

Pero no solo existe resultados beneficiosos tanto en los trabajadores como en los usuarios. Existe un fuerte impacto en el entorno familiar, mejorando así y reduciendo el estigma asociado a la diversidad funcional al demostrar sus fuertes capacidades. Mejorando además la implicación por parte de familia o tutor/a legal, promoviendo así su rol en la autonomía del residente.

Se realizará una evaluación inicial por los propios terapeutas ocupacionales que van a llevar a cabo la intervención. Para ello, se manejarán diversas herramientas y técnicas de recopilación de datos. Se realizará una evaluación subjetiva, a través de una observación directa y posterior recogida de datos, y una evaluación objetiva a través de evaluaciones como el índice de Barthel y la escala San Martín. Ambas evaluaciones están enfocadas a evaluar las habilidades básicas de la vida diaria.

Durante la intervención se irán realizando evaluaciones y revisiones del proyecto. Todas las semanas en las mismas coordinaciones grupales se irá tratando la evolución de cada usuario y aquellas estrategias y técnicas a modificar, añadir o mejorar.

La idea es que este proyecto se convierta en una terapia rutinaria. En caso de que tuviera que terminar la intervención, se realizaría una evaluación final donde poder ver si se han cumplido los objetivos. Y, sobre todo, si ha generado no solo impacto positivo en la autonomía individual, sino también en la calidad de vida tanto de los residentes como de su entorno.

5. CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE TRABAJO FUTURO

El desarrollo de este proyecto ha permitido evidenciar la importancia de la terapia ocupacional en la promoción de la autonomía de las personas con discapacidad en sus actividades básicas de la vida diaria. A través de nuevas estrategias, nuevas técnicas de intervención, intervenciones personalizadas a la persona y uso de apoyos técnicos, se ha logrado potenciar las habilidades funcionales de los usuarios/as del centro. Permitiendo así una mayor participación en el día a día y una mejora en su calidad de vida.

Los resultados obtenidos realzan la importancia de un correcto enfoque terapéutico. Reduciendo las barreras físicas y cognitivas y fortaleciendo la capacidad de autogestión en tareas esenciales como son, en este caso, el vestido, la higiene personal y la alimentación. Además, se muestra la necesidad y la revelación del entorno interdisciplinar. Es igual de importante trabajar con los usuarios que con los trabajadores (auxiliares de enfermería). El rol de los trabajadores en una residencia es clave. Juegan un papel importante en la motivación y el refuerzo positivo de los residentes.

Como conclusión, el proyecto reafirma que la autonomía en las ABVD no solo implica desarrollar habilidades motrices o cognitivas, sino también fomentar la confianza, la autodeterminación y la integración social. Al igual que el papel de los trabajadores, es esencial para garantizar el enfoque inclusivo y respetuoso con la autonomía de las personas con diversidad. Se recomienda así continuar con programas de seguimiento y ajustes personalizados para garantizar la sostenibilidad de los avances logrados. Realizando un correcto seguimiento con las técnicas y estrategias utilizadas.

“Haciendo mi camino”:
Una propuesta de intervención para la mejora de la autonomía en personas con diversidad funcional

“La terapia ocupacional es más que una profesión; es la posibilidad de cambiar vidas a través de la actividad significativa” (Jean Ayres)



6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23ª ed. Madrid: RAE; 2024. [citado 2025 abr 25].
2. Rodríguez A, Ferreira M. Diversidad funcional y derechos humanos. Madrid: Ediciones Diversitas; 2010.
3. Oliver M. Understanding Disability: From Theory to Practice. London: Macmillan; 1996
4. España. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 289, de 3 de diciembre de 2013 [citado 2025 Abr 9]
5. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2023). *Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad*.
6. Generalitat Valenciana. (2023). *Decreto 27/2023, de 10 de marzo, del Consell, por el que se regulan los centros residenciales para personas con discapacidad*.

7. Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.
8. Plena Inclusión. (s.f.). *¿Quiénes somos?*
9. Vicente E, Pérez-Curiel P, Mumbardó-Adam C, Guillén VM, Bravo-Álvarez M-Á. Personal factors, living environments, and specialized supports: Their role in the self-determination of people with intellectual disability. Behav Sci (Basel) [Internet]. 2023;13(7).
10. Álvarez-Aguado I, Vega Córdova V, Spencer González H, González-Carrasco F, Jarpa Azagra M, Campaña Vilo K. Autodeterminación en personas con discapacidad intelectual que envejecen y algunas variables que inciden en su desarrollo. Interdiscip Rev Psicol Cienc Afines [Internet]. 2021;38(3):139–54.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). *Terapia ocupacional: definición y objetivos*.
12. Kielhofner G. Model of Human Occupation: Theory and Application. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

13. American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4th ed.)*. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 1–87.
14. Sancho MT, Vicente MA, Ochoa C. Atención centrada en la persona: un cambio de mirada. Madrid: Fundación Pilares; 2016.
15. Fundación San Martín de Porres. Guía para el desarrollo de planes de atención individualizada. Madrid: Fundación San Martín de Porres; 2014 [Internet]. [citado 2025 Abr 9].
16. Asprodis – Asociación Pro-Disminuidos Psíquicos de Elda y comarca [Internet]. Asprodis.com. [citado el 23 de marzo de 2025]

“Haciendo mi camino”:
Una propuesta de intervención para la mejora de la autonomía en personas con diversidad funcional

7. ANEXOS

ANEXO 1. Escala San Martín

	N	NUNCA	A	ALGUNAS VECES	F	FRECUENTEMENTE	S	SIEMPRE
--	---	-------	---	---------------	---	----------------	---	---------

AUTODETERMINACIÓN								
	N	A	F	S				
1 Las personas que le proporcionan apoyos tienen en cuenta sus preferencias y elecciones	1	2	3	4				
2 Participa en la elaboración de su plan individual de apoyos	1	2	3	4				
3 El personal del centro respeta sus decisiones	1	2	3	4				
4 Elige cómo pasar su tiempo libre	1	2	3	4				
5 Se toman medidas específicas para permitir que ejerza influencia en su entorno (i.e., ambiente físico, material, social)	1	2	3	4				
6 Se toman medidas específicas para permitir que haga elecciones	1	2	3	4				
7 Tiene oportunidades para negarse a hacer actividades irrelevantes para su salud (e.g., participar en una actividad de ocio, irse a la cama a una hora determinada, ponerse la ropa que otros le eligen)	1	2	3	4				
8 Elige la comida o parte de la comida cuando hay variedad en 1º, 2º y postre	1	2	3	4				
9 Decora la habitación a su gusto	1	2	3	4				
10 Se le proporcionan apoyos que tienen en cuenta sus necesidades, deseos y preferencias (e.g., las personas que le proporcionan los apoyos, estar solo/a o en grupo, lugares en los que estar, tiempo, ritmos)	1	2	3	4				
11 Se considera detenidamente la decisión de llevar a cabo una acción si la persona la experimenta como desagradable (e.g., durante el cuidado personal, comida, actividades)	1	2	3	4				
12 Tiene un programa diario de actividades adecuado a sus preferencias	1	2	3	4				

Puntuación Directa Total

BIENESTAR FÍSICO								
	N	A	F	S				
25 Tiene una dieta adaptada a sus características y necesidades	1	2	3	4				
26 Realiza actividades y ejercicios físicos adecuados a sus características y necesidades	1	2	3	4				
27 Toma la cantidad de comida y líquidos aconsejada para mantener un buen estado de salud	1	2	3	4				
28 Se cuida la preparación y la presentación de la comida (e.g., composición, gusto, variedad, temperatura, etc.)	1	2	3	4				
29 Las personas que le proporcionan apoyos cuentan con formación específica acerca de las cuestiones de salud concretas de la persona	1	2	3	4				
30 Tiene una adecuada higiene (e.g., dientes, pelo, uñas, cuerpo) e imagen personal (e.g., ropa adecuada para su edad, para la ocasión, etc.)	1	2	3	4				
31 Se mueve por diferentes espacios (i.e., interiores y exteriores)	1	2	3	4				
32 Se toman medidas específicas para prevenir o tratar problemas derivados de discapacidades físicas (e.g., espasticidad, rigidez, deformidad, etc.)	1	2	3	4				
33 Se toman medidas específicas en relación con su movilidad para estimular su independencia	1	2	3	4				
34 Se toman medidas específicas para prevenir o tratar el dolor	1	2	3	4				
35 Se presta especial atención al diagnóstico y el tratamiento de las discapacidades sensoriales que pueda tener	1	2	3	4				
36 Las personas que le proporcionan apoyos ofrecen guía y apoyo acerca de su sexualidad	1	2	3	4				

BIENESTAR MATERIAL								
	N	A	F	S				
37 Se repone o repara el material de la persona cuando está deteriorado	1	2	3	4				
38 El centro al que acude está adaptado a sus características (i.e., sensoriales, cognitivas, conductuales, físicas)	1	2	3	4				
39 El centro al que acude toma medidas específicas para evitar riesgos como golpes, caídas y fugas	1	2	3	4				
40 Tiene un espacio físico con sus pertenencias personales a su alcance	1	2	3	4				
41 Las ayudas técnicas que necesita han sido adaptadas de forma individual	1	2	3	4				
42 Se evalúa el efecto de las ayudas técnicas en el funcionamiento y la conducta de la persona	1	2	3	4				
43 Dispone de las ayudas técnicas que necesita	1	2	3	4				
44 Las personas que le proporcionan apoyos entienden los sistemas alternativos de comunicación que necesita	1	2	3	4				
45 Cuenta con sus propios materiales para entretenerse (e.g., juegos, revistas, música, televisión, etc.)	1	2	3	4				
46 Dispone de los bienes materiales que necesita	1	2	3	4				
47 Se toman medidas específicas para adaptar el entorno en el que vive a las capacidades y limitaciones de la persona (i.e., sensoriales, cognitivas, conductuales, físicas)	1	2	3	4				
48 Se toman medidas específicas para adaptar el entorno en el que vive a sus deseos y preferencias	1	2	3	4				

BIENESTAR EMOCIONAL								
	N	A	F	S				
13 Las personas que le proporcionan apoyos disponen de un listado de conductas observables que expresan sus estados emocionales (e.g., mapas, registros, etc.)	1	2	3	4				
14 Se informa a la persona con antelación sobre los cambios de personas que le proporcionan apoyos (e.g., debido a turnos, bajas, vacaciones, situaciones familiares, etc.)	1	2	3	4				
15 Las personas que le proporcionan apoyos conocen sus expresiones individuales de bienestar emocional	1	2	3	4				
16 Las personas que le proporcionan apoyos conocen sus expresiones individuales de angustia	1	2	3	4				
17 Las personas que le proporcionan apoyos conocen cómo expresa sus deseos	1	2	3	4				
18 Las personas que le proporcionan apoyos ponen atención a las expresiones faciales, miradas y dirección de la vista, voz, tensión muscular, postura, movimiento y reacciones fisiológicas	1	2	3	4				
19 Tiene una ficha personal donde consta lo que le gusta, le tranquiliza, lo que no soporta y cómo puede reaccionar, que todo el personal conoce y debe cumplir	1	2	3	4				
20 Se le proporcionan pautas y consejos específicos para ayudar a controlar sus conductas	1	2	3	4				
21 Las personas que le proporcionan apoyos cuentan con formación en técnicas de Apoyo Conductual Positivo	1	2	3	4				
22 Se le proporcionan cariño, afecto y contacto físico apropiados cuando los necesita	1	2	3	4				
23 Se toman medidas específicas para optimizar la atmósfera o el ambiente de grupo	1	2	3	4				
24 Se toman medidas específicas para conseguir que su entorno sea reconocible y predecible (e.g., espacios, temporalización, personas que le proporcionan apoyos, actividades, etc.)	1	2	3	4				

Puntuación Directa Total

“Haciendo mi camino”:
Una propuesta de intervención para la mejora de la autonomía en personas con diversidad funcional

DERECHOS	N	A	F	S
49 Las personas que le proporcionan apoyos disponen de formación específica sobre ética y respeto de los derechos de las personas con discapacidad	1	2	3	4
50 Las personas que le proporcionan apoyo tratan a la persona con respeto (e.g., le hablan con un tono adecuado, no le infantilizan, utilizan términos positivos, evitan los comentarios negativos en público, evitan hablar delante de la persona como si ésta no estuviera presente, etc.)	1	2	3	4
51 En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (e.g., confidencialidad, información sobre sus derechos como usuarios, etc.)	1	2	3	4
52 La persona conoce su carta de derechos personalizada	1	2	3	4
53 En el centro al que acude se respeta su intimidad (e.g., llamar antes de entrar, cerrar la puerta cuando le duchan, cuando va al WC o cuando le cambian el pañal, etc.)	1	2	3	4
54 En el centro al que acude la persona cuenta con un espacio donde poder estar sola si lo desea	1	2	3	4
55 Tiene en regla toda su documentación personal, prestaciones y valoraciones que le corresponden por ley	1	2	3	4
56 Se toman medidas específicas para respetar su privacidad (e.g., durante el cuidado personal y la higiene, en relación con su sexualidad, información confidencial, etc.)	1	2	3	4
57 En su entorno es tratado con respeto	1	2	3	4
58 En el centro al que acude se respetan sus posesiones y su derecho a la propiedad	1	2	3	4
59 En el centro al que acude se respetan sus derechos	1	2	3	4
60 El centro respeta la privacidad de la información (e.g., difusión de imágenes, datos personales, etc.)	1	2	3	4

min

DESARROLLO PERSONAL	N	A	F	S
61 Tiene un programa de actividades con cosas que le gustan y contribuyen a su enriquecimiento personal	1	2	3	4
62 Las actividades que realiza le permiten el aprendizaje de nuevas habilidades	1	2	3	4
63 Se le enseñan cosas que le interesan	1	2	3	4
64 Aprende cosas que le hacen ser más independiente	1	2	3	4
65 En el centro se le proporcionan instrucciones y modelos para aprender cosas nuevas	1	2	3	4
66 En el centro tiene oportunidades para demostrar sus habilidades	1	2	3	4
67 Tiene oportunidades para desarrollar actividades de forma independiente	1	2	3	4
68 Se toman medidas específicas para mantener sus capacidades y habilidades	1	2	3	4
69 Se toman medidas específicas para enseñarle nuevas habilidades	1	2	3	4
70 Se estimula su desarrollo en distintas áreas (e.g., cognitiva, social, sensorial, emocional, motora)	1	2	3	4
71 La estimulación de su desarrollo se lleva a cabo respetando sus ritmos y preferencias (e.g., evitando infra y sobre-estimulación)	1	2	3	4
72 Adquiere nuevas habilidades o experiencias mediante su participación en actividades	1	2	3	4

25

Distribución Puntuación Total

INCLUSIÓN SOCIAL	N	A	F	S
73 Tiene oportunidades de conocer otros entornos diferentes al lugar donde vive (i.e., viajar hacer excursiones, rutas turísticas, etc.)	1	2	3	4
74 Disfruta de vacaciones en entornos inclusivos (e.g., hotel, parque, casa rural, playa, montaña, SPA, parques temáticos, etc.)	1	2	3	4
75 Tiene una ficha de apoyos personalizados que todo el personal conoce y debe cumplir	1	2	3	4
76 Participa en actividades fuera del centro con personas ajenas a su contexto de apoyos	1	2	3	4
77 Participa en actividades inclusivas adecuadas para sus condiciones físicas y mentales	1	2	3	4
78 Participa en actividades inclusivas que le interesan	1	2	3	4
79 Las actividades en las que participa tienen en cuenta las instalaciones de ocio y cultura de la zona	1	2	3	4
80 Se toman medidas específicas para ofertar tanta variedad de actividades como sea posible (e.g., actividades nuevas en función de las preferencias de las personas)	1	2	3	4
81 Participa en actividades sociales fuera del lugar donde recibe servicios o apoyos	1	2	3	4
82 Se toman medidas específicas para potenciar la participación de la persona en la comunidad	1	2	3	4
83 Utiliza entornos comunitarios (e.g., restaurantes, cafeterías, bibliotecas, piscina, cines, parques, playas, etc.)	1	2	3	4

RELACIONES INTERPERSONALES	N	A	F	S
84 Las personas que le proporcionan apoyos conocen el sistema de comunicación que utiliza	1	2	3	4
85 En el centro al que acude se identifica la mejor forma de comunicarle información (i.e., visual, táctil, auditiva, olfativa, gustativa)	1	2	3	4
86 En el centro al que acude se diseñan actividades que facilitan las interacciones personales entre compañeros/as	1	2	3	4
87 En el centro al que acude se proporciona información acerca del estilo interactivo de la persona cuando ésta conoce a gente nueva	1	2	3	4
88 Celebra acontecimientos importantes para ella y sus personas significativas (e.g., cumpleaños, aniversarios)	1	2	3	4
89 En el centro al que acude se planifican actividades o apoyos que le permitan la interacción social	1	2	3	4
90 Cuando se interactúa con la persona, se le proporciona el tiempo necesario para que pueda responder	1	2	3	4
91 Cuando exhibe una conducta concreta, se comprueba de forma sistemática su significado	1	2	3	4
92 Las personas que le proporcionan apoyos comprueban si la persona les entiende correctamente mediante el análisis de sus reacciones	1	2	3	4
93 Se toman medidas específicas para mejorar sus habilidades de comunicación	1	2	3	4
94 Tiene la oportunidad de conocer a personas ajenas al contexto de apoyos	1	2	3	4
95 Se toman medidas específicas para mantener y extender sus redes sociales	1	2	3	4

“Haciendo mi camino”:
Una propuesta de intervención para la mejora de la autonomía en personas con diversidad funcional

ANEXO 2. Índice de Barthel



TABLA ÍNDICE DE BARTHEL

Actividad	Descripción	Puntuación
Comer	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Dependiente, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Dependiente	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

“Haciendo mi camino”:
Una propuesta de intervención para la mejora de la autonomía en personas con diversidad funcional

ANEXO 3. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información y el presente documento se me han facilitado con suficiente antelación para reflexionar con calma y tomar mi decisión de forma libre y responsable.

Yo, con
DNI otorgo mi consentimiento para el profesional para el
acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información
para la participación en el proyecto.

“HACIENDO MI CAMINO”: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA
OCUPACIONAL PARA LA MEJORA DE LA AUTONOMÍA EN PERSONAS CON
DIVERSIDAD FUNCIONAL.

Afirmo que he sido informado de las pautas e instrumentos utilizados en dicho trabajo.
Estos resultados serán totalmente confidenciales, anónimos y serán utilizados solo para
fines de investigación académica.

FIRMA PARTICIPANTE:

FIRMA RESPONSABLE:

