

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA



Título del TFG: PROPUESTA DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN DE ASISTENCIA TERAPÉUTICA EN NIÑOS/AS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

Autor/a: MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, LUCÍA

Tutor/a: MUBARAK GARCÍA, CARMELA LUISA.

Departamento y Área. Patología y Cirugía

Curso académico 2024- 2025

Convocatoria de Mayo

ÍNDICE

Resumen

Abstract

1. Introducción:

2. Objetivo del programa:

2.1. Población a la que va dirigido el programa.

2.2. Establecimiento de objetivos que se pretenden alcanzar en el programa.

3. Descripción del programa:

3.1. Formulación del plan de intervención

3.2. Selección de abordajes, estrategias y técnicas

3.3. Modelos conceptuales

3.4. Desarrollo y puesta en práctica del plan de intervención.

4. Evaluación del programa (evaluación de resultados, del proceso...)

5. Presupuesto.

6. Investigación responsable.

7. Listado de referencias.

8. Anexos.

Anexo 1. ¿A quién va dirigida la Persona de Asistencia Terapéutica Infantil (PATI)?

Anexo 2. Dominios del desempeño ocupacional

Anexo 3. Flujograma: cómo tramitar la prestación económica de asistencia personal.

Anexo 4: Flujograma: Pasos para la tramitación de la prestación de asistencia personal.

Anexo 5: ¿Quién puede ser y cómo ser asistente personal?

Anexo 6. Calendarización del periodo lectivo.

Anexo 7: Secuencias de rutinas.

Anexo 8: Ejemplo de cubiertos adaptados

Anexo 9: Secuencia visual del lavado de manos

Anexo 10: Comunicado SAAC

Anexo 11: Cuestionario de satisfacción

Anexo 12: Cuantías de la prestación económica de asistencia personal.

Anexo 13: Informe de evaluación de investigación responsable.

Resumen

La Parálisis Cerebral Infantil abarca un grupo de afecciones que se caracterizan por la disfunción motora y que puede producir alteraciones neuromusculares, dificultades de aprendizaje, déficits sensoriales y/o problemas emocionales.

En la Comunidad Valenciana, la Conselleria ha apostado por un modelo de atención que integra la profesionalidad y la vertiente inclusiva de la asistencia personal, reconociendo la terapia ocupacional como un grado competente para desempeñar este rol. La Persona de Asistencia Terapéutica Infantil (PATI) tiene un carácter rehabilitador, terapéutico y de acompañamiento para fortalecer de forma sustancial las capacidades y el proyecto vital de los niños, niñas o adolescentes, que pueden incluir el acompañamiento escolar.

La terapia ocupacional se fundamenta en el uso terapéutico de las actividades cotidianas, conocidas como ocupaciones, para facilitar la participación de individuos y grupos en sus roles, hábitos y rutinas dentro de diversos entornos como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

En el caso de la PCI, la asistencia personal adquiere una relevancia aún mayor, ya que puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida y el desarrollo de estos niños y niñas.

La promoción de la inclusión y la autonomía en la infancia, especialmente para aquellos niños y niñas con discapacidades como la parálisis cerebral infantil (PCI), es un imperativo ético y social. La asistencia personal emerge como una estrategia fundamental para garantizar sus derechos y fomentar su participación en la sociedad.

Palabras clave: Parálisis Cerebral Infantil, Terapia Ocupacional, Asistencia Personal, Autonomía

Abstract

Cerebral Palsy encompasses a group of conditions characterized by motor dysfunction and can cause neuromuscular disorders, learning difficulties, sensory deficits, and/or emotional problems.

In the Valencian Community, the Regional Ministry has advocated for a care model that integrates professionalism and the inclusive approach of personal assistance, recognizing occupational therapy as a competent professional to fulfill this role. The Child Therapeutic Assistance Person (PATI) provides rehabilitation, therapy, and support to substantially strengthen the abilities and life plans of children and adolescents, which may include school support.

Occupational therapy is based on the therapeutic use of everyday activities, known as occupations, to facilitate the participation of individuals and groups in their roles, habits, and routines within diverse settings such as home, school, work, and the community. In the case of cerebral palsy, personal assistance takes on even greater relevance, as it can significantly contribute to improving the quality of life and development of these children. Promoting inclusion and autonomy in childhood, especially for children with disabilities such as cerebral palsy (CP), is an ethical and social imperative. Personal assistance emerges as a fundamental strategy to guarantee their rights and encourage their participation in society.

Keywords: Cerebral Palsy, Occupational Therapy, Personal Assistance, Autonomy

1. Introducción:

La promoción de la inclusión y la autonomía en la infancia, especialmente para aquellos niños y niñas con discapacidades como la parálisis cerebral infantil (PCI), es un imperativo ético y social. (1) La asistencia personal emerge como una estrategia fundamental para garantizar sus derechos y fomentar su participación en la sociedad. (2)

El asistente personal se define como aquella persona que presta los apoyos necesarios en función de las necesidades concretas que el niño, niña o adolescente tenga en cuanto a las distintas áreas en las que necesita más apoyo, como puede ser el apoyo educativo, la comunicación y la participación en actividades lúdicas con sus iguales o el acompañamiento en el desplazamiento a diferentes lugares. Todo esto, promoviendo y potenciando su autonomía personal a través de la cobertura de todas aquellas acciones y tareas de la vida diaria que, por su situación, no puede realizar completa o parcialmente por sí mismo, acompañándolo en su proceso de aprendizaje de dichas actividades. Además de explicar las necesidades, habrá que explicitar qué acciones se han llevado a cabo para detectar las necesidades concretas del niño, niña o adolescente (entrevistas con la familia, entrevistas con el colegio, etc.), para poder redactar el proyecto de vida independiente. (3)

La Persona de Asistencia Terapéutica Infantil (PATI) tiene un carácter rehabilitador, terapéutico y de acompañamiento para fortalecer de forma sustancial las capacidades y el proyecto vital de los niños, niñas o adolescentes, que pueden incluir el acompañamiento escolar. (3)

La figura de la Persona de Asistencia Terapéutica Infantil (PATI) está dirigida a niños, niñas y adolescentes de 3 a 17 años que se encuentren en situación de dependencia,

clasificada en los grados 3, 2 o 1. Un requisito fundamental para acceder a este servicio es la elaboración de un proyecto de vida independiente. Este proyecto debe detallar las necesidades del niño, niña o adolescente y constituir un plan de intervención orientado a fomentar su autonomía personal y su futura vida independiente. (3)

La Parálisis Cerebral Infantil es un desorden permanente y no evolutivo del tono, la postura y del movimiento, debido a una disfunción del cerebro antes de completarse el crecimiento y desarrollo, abarcando este, un grupo de afecciones que se caracterizan por la disfunción motora y que puede producir alteraciones neuromusculares, dificultades de aprendizaje, déficits sensoriales y/o problemas emocionales. (4)

En el caso de la PCI, la asistencia personal adquiere una relevancia aún mayor, ya que puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida y el desarrollo de estos niños y niñas. (4)

La terapia ocupacional se posiciona como una disciplina esencial en la asistencia personal infantil, especialmente en casos de PCI. Los terapeutas ocupacionales utilizan su conocimiento de las actividades de la vida diaria y de la relación entre la persona, su participación en ocupaciones significativas y el contexto, para diseñar planes de intervención personalizados que faciliten el cambio y el crecimiento en las características del cliente. (5)

En la Comunidad Valenciana, la Conselleria ha apostado por un modelo de atención que integra la profesionalidad y la vertiente inclusiva de la asistencia personal, reconociendo la terapia ocupacional como un grado competente para desempeñar este rol. (6)

La terapia ocupacional se fundamenta en el uso terapéutico de las actividades cotidianas, conocidas como ocupaciones, para facilitar la participación de individuos y grupos en sus roles, hábitos y rutinas dentro de diversos entornos como el hogar, la escuela, el trabajo

y la comunidad. Los terapeutas ocupacionales, mediante su comprensión de la interacción entre la persona, sus ocupaciones significativas y el contexto, diseñan planes de intervención personalizados. Estos planes buscan promover el cambio y el desarrollo en el cliente, abordando tanto sus funciones y estructuras corporales como sus valores, creencias, espiritualidad y habilidades motoras, de procesamiento e interacción social, elementos todos ellos cruciales para una participación exitosa. Los servicios de terapia ocupacional se ofrecen en contextos de habilitación, rehabilitación y promoción de la salud y el bienestar, dirigidos tanto a personas con discapacidad como a aquellas que no la presentan. (5)

El presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) tiene como objetivo desarrollar un programa de intervención de asistencia personal para un niño/a con PCI, basado en los principios de la terapia ocupacional y en las directrices de la Conselleria. Se analizarán las necesidades más comunes en los niños/as con PCI y se diseñará un programa de intervención personalizado que promueva su autonomía, participación social y desarrollo integral.

2. Objetivo del programa:

2.1. Población a la que va dirigido el programa.

El programa de intervención va dirigido a aquellos niños/as de entre tres y catorce años que tengan un diagnóstico de parálisis cerebral infantil, un grado de dependencia y sean beneficiarios del servicio PATI. (Anexo 1)

Población Diana

Criterios de Inclusión:

- Tener un diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil.
- Tener entre 3 y 14 años.
- Tener un grado de dependencia.
- Ser beneficiario del servicio PATI.

Criterios de Exclusión:

- Padecer diagnóstico asociado.
- Padecer una patología dual.

2.2. Establecimiento de objetivos que se pretenden alcanzar en el programa.

La finalidad del proyecto es desarrollar e implementar un programa de asistencia terapéutica infantil individualizado, basado en terapia ocupacional, para niños con parálisis cerebral infantil en edad escolar primaria (3-14 años), con el fin de mejorar su autonomía en las actividades de la vida diaria y promover su participación en actividades significativas dentro y fuera del entorno escolar.

Para lograr este fin, se establecen los siguientes objetivos específicos basados en el dominio del desempeño ocupacional: (Anexo 2)

- **Mejorar la independencia en Actividades de la Vida Diaria (AVD)**
específicas: Aumentar la capacidad del niño/a para realizar de forma más autónoma tareas como el vestido, la alimentación, el aseo personal o la movilidad

funcional dentro de sus rutinas diarias, según sus capacidades y potencialidades individuales.

- **Fomentar la participación social y el juego:** Incrementar la participación del niño/a en juegos apropiados para su edad y en interacciones sociales con sus iguales en el entorno escolar y comunitario, proporcionando los apoyos necesarios.
- **Facilitar el aprendizaje y uso de ayudas técnicas:** Entrenar al niño/a y a su familia en el uso efectivo de las ayudas técnicas (como comunicadores, férulas, adaptaciones para AVDs) que favorezcan su autonomía y participación.
- **Incorporar a la familia como agente activo en la intervención:** Educar y capacitar a la familia para que comprendan las necesidades del niño/a y puedan continuar y reforzar los objetivos de la intervención en el hogar.

3. Descripción del programa

3.1. Formulación del plan de intervención

En primer lugar, la familia tiene que solicitar la prestación económica de la asistencia personal acudiendo los Servicios Sociales de su ayuntamiento donde esté empadronado/a. Se realizará una solicitud para valorar el grado de dependencia y posteriormente se realizará el proyecto de vida. (3) (Anexo 3)

Se pueden dar dos supuestos: Cuando la persona solicita desde el inicio la prestación económica de asistencia personal junto a la solicitud de reconocimiento de su situación de dependencia o cuando la persona cambia de preferencia y solicita la prestación económica de asistencia personal con posterioridad a haber presentado la solicitud de reconocimiento de su situación de dependencia. (3) (Anexo 4)

La solicitud de reconocimiento del grado de dependencia y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas, se realiza telemáticamente desde la página web oficial de la Generalitat Valenciana. (7)

La prestación del servicio requiere la contratación en la Seguridad Social de una persona que cumpla los requisitos para desarrollar la actividad de asistente personal, en este caso, el terapeuta ocupacional. Para adquirir información detallada y actualizada sobre el servicio de asistencia personal y sus requisitos tanto para la persona que lo quiere solicitar como para las formaciones que pueden desempeñar esta ocupación laboral, acudimos a la página oficial de la Generalitat Valenciana. (8) (Anexo 5)

La duración será de un año, adaptándonos al horario escolar y las necesidades de la familia y el niño/a, en función de las horas totales/mensuales que se han subvencionado y la división de los porcentajes para periodos lectivos y no lectivos, para cumplir los objetivos del proyecto de vida.

En un supuesto de tener aprobado el Grado II y III con 120 horas mensuales, podríamos repartir las horas en tres horas de lunes a viernes acompañando en el colegio, cuatro horas y media los martes y jueves por la tarde, seis horas y media los viernes tarde y cinco horas los sábados por la mañana (Anexo 6)

Lo primero que realizamos es una entrevista con la familia y el niño/a para crear vínculo y conocer el entorno. También acudiremos al colegio, para conocer el entorno y al profesorado.

La evaluación inicial la llevamos a cabo con el perfil ocupacional y el análisis del desempeño ocupacional, siempre utilizando la observación directa.

El perfil ocupacional proporciona una comprensión de la historia ocupacional y experiencias, los patrones de la vida diaria, intereses valores y necesidades. También se identifican las potenciales áreas de disrupción ocupacional, apoyos y barreras, y prioridades. (5)

En el análisis del desempeño ocupacional identificamos los problemas activos más específicamente. El rendimiento real se observa a menudo en el contexto para identificar apoyos y barreras para el desempeño del niño/a. Destrezas de ejecución, contexto o entorno, las características y demandas de la actividad pueden ser específicamente evaluadas. (5)

Realizamos, también, en las primeras semanas la evaluación exhaustiva, lo que se espera de esta parte es evaluar las destrezas sensoriales y perceptuales, motoras y praxis, regulación emocional, cognitivas y de comunicación social. Aunque también evaluamos la calidad de la familia pues nos centramos en el Modelo Centrado en la familia.

- **Gross Motor Function Classification System (GMFCS)** para evaluar el nivel de independencia siendo el Nivel I los niños/as con mayor independencia y el Nivel V los de menor. Se basa en el movimiento autoiniciado por el niño, haciendo hincapié en la marcha y la sedestación. (9)
- **Manual Ability Classification System, MACS** para habilidad manual. (10)
- **Eating and Drinking Ability Classification System, EDACS** para comer y beber. (11)
- **Communication Functional Classification System, CFCS** para las habilidades comunicativas. (12)
- **Visual Functional Classification System**, para la habilidad visual. (13)
- **GMFM** para evaluar la motricidad gruesa. (14)

- PEM-CY (Participation and Environment Measure Children and Youth) evaluar la participación y el entorno de niños y jóvenes. (15)
- PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory) evaluar la discapacidad pediátrica. (16)
- FMS (Functional Mobility Scale) escala de movilidad funcional. (17)
- QOL (Quality of life) escala de calidad de vida para las familias. (18)
- Escala de Ashworth y la escala de Tardieu valoración de la espasticidad. (19)
- Barry-Albright Dystonia, BAD valoración de la distonía. (20)

Es fundamental adaptar la intervención al tipo específico de PCI que presente el niño/a, ya que las afectaciones varían. Aunque existen formas mixtas, los tipos principales son:

- **PCI Espástica:** Es la más común. Se caracteriza por un aumento del tono muscular (músculos rígidos) que dificulta el movimiento. La intervención se centrará en técnicas de manejo del tono, estiramientos, facilitación del movimiento selectivo, uso de férulas si es necesario, y adaptaciones para facilitar las AVDs y la movilidad. (4)
- **PCI Atáxica:** Afecta al equilibrio y la coordinación. Los niños/as pueden tener movimientos torpes e inestables. El enfoque terapéutico incluirá actividades para mejorar el control postural, el equilibrio, la coordinación ojo-mano y la precisión en los movimientos. (4)
- **PCI Discinética** (o Distónica/Atetósica): Se caracteriza por movimientos involuntarios, fluctuantes y a menudo retorcidos. La intervención buscará mejorar el control de los movimientos voluntarios, facilitar posturas estables para la realización de tareas, y explorar estrategias compensatorias o ayudas técnicas que permitan una mayor funcionalidad a pesar de los movimientos involuntarios. (4)

Conocer el tipo de PCI y sus manifestaciones concretas en el niño/a nos permite seleccionar las estrategias y actividades más adecuadas dentro del plan de intervención. Este plan será siempre dinámico, ajustándose a los progresos y nuevas necesidades que surjan, manteniendo siempre como centro los intereses y la motivación del niño/a y trabajando en colaboración con la familia y el entorno escolar. (21)

El terapeuta ocupacional establece un plan de intervención fluido y dinámico, manteniendo el enfoque en los resultados identificados, mientras que continuamente reflexionan sobre el cambio del plan general para dar cavidad a nuevos desarrollos y puntos de vista en el proceso. (5)

Llevaremos a cabo el plan de intervención teniendo presente el contexto y el entorno, siendo el centro los intereses y motivación del niño/a. (5)

3.2. Selección de abordajes, estrategias y técnicas

Para alcanzar los objetivos propuestos y basándonos en los modelos anteriores, se empleará una variedad de abordajes, estrategias y técnicas adaptadas a las necesidades individuales de cada niño/a con PCI:

- **Estimulación Multisensorial:** Se utilizarán entornos controlados (como una sala Snoezelen si se dispone de ella, o adaptaciones en el entorno habitual) y actividades que ofrezcan estímulos sensoriales variados (visuales, auditivos, táctiles, olfativos, propioceptivos, vestibulares) de forma segura. El objetivo es favorecer la integración sensorial, la relajación, la comunicación, la exploración y la respuesta adaptativa al entorno. (4)
- **Hidroterapia:** El medio acuático ofrece propiedades únicas (flotabilidad, presión hidrostática) que facilitan el movimiento, reducen el impacto articular, ayudan a regular el tono muscular y proporcionan una rica experiencia sensorial. Se

utilizará como un medio para trabajar objetivos de movilidad, fortalecimiento, equilibrio, coordinación y relajación, siempre de forma lúdica. (4)

- **Terapia Asistida con Animales (consideraciones):** Aunque puede ser muy beneficiosa para la motivación, interacción social y aspectos emocionales, su implementación requiere formación específica y la disponibilidad de animales entrenados y entornos adecuados. Se podría considerar como una estrategia complementaria si los recursos y el contexto lo permiten, centrándose en objetivos de comunicación, habilidades sociales y motivación. (4)
- **Musicoterapia (como herramienta):** La música (ritmo, melodía) se puede utilizar como una herramienta motivadora y estructurante dentro de las sesiones de Terapia Ocupacional para facilitar el movimiento, mejorar la coordinación, estimular la comunicación, trabajar secuencias y fomentar la expresión emocional. (4)
- **Psicomotricidad:** A través del movimiento y el juego corporal, se trabajarán aspectos como el esquema corporal, la lateralidad, la organización espacial y temporal, el equilibrio y la coordinación, fundamentales para el desarrollo global y el desempeño en múltiples actividades. (4)
- **Entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria (AVDs):** Se realizará un análisis detallado de las AVDs objetivo (vestido, alimentación, aseo, etc.) y se entrenarán de forma específica, utilizando técnicas de adaptación de la tarea, graduación de la dificultad, encadenamiento, uso de ayudas técnicas y estrategias compensatorias para maximizar la independencia del niño/a. (4)
- **Uso y Confección de Férulas y Adaptaciones:** Cuando sea necesario, se valorará, diseñará y/o adaptará el uso de férulas (para mantener alineación,

prevenir deformidades, mejorar función) y otras adaptaciones (para cubiertos, lápices, ropa, etc.) que faciliten la participación del niño/a en sus ocupaciones. (4)

- **El Juego como Herramienta Terapéutica:** El juego es la ocupación principal de la infancia. Se utilizará el juego dirigido y espontáneo como medio principal para trabajar todos los objetivos (motores, sensoriales, cognitivos, sociales), asegurando que la intervención sea motivadora, significativa y divertida para el niño/a. (4)

Estas técnicas y estrategias no se aplicarán de forma aislada, sino que se integrarán dentro de un plan de intervención coherente, individualizado y centrado en las necesidades y objetivos específicos de cada niño/a y su familia. Cabe destacar que las técnicas no se realizan diariamente, sino que se utilizan como estrategias que puedan beneficiar a los niños y siempre que sea posible. Un ejemplo de esto sería usar el masaje de vibración para fomentar el estado de regulación del niño/a, esto se puede realizar en casa o en una sala Snoezelen, siempre y cuando los medios lo permitan.

3.3. Modelos conceptuales

La intervención desde Terapia Ocupacional como PATI se guiará por una combinación de modelos conceptuales que permiten un abordaje integral y centrado en la persona. Los principales modelos que orientarán este programa son:

- **Modelo de la Ocupación Humana (MOHO):** Este modelo nos ayuda a entender cómo la motivación (volición), los hábitos y roles (habitución), y las capacidades de la persona (capacidad de desempeño) interactúan entre sí y con el ambiente para influir en la participación ocupacional. En la intervención con niños/as con PCI, nos permitirá identificar sus intereses, motivaciones y rutinas, así como sus

capacidades y limitaciones, para diseñar actividades significativas que fomenten su participación en la vida diaria. (23)

- **Modelo de Integración Sensorial (Ayres):** Dada la frecuente presencia de dificultades en el procesamiento sensorial en niños/as con PCI, este modelo es fundamental. Se enfoca en cómo el cerebro organiza las sensaciones para su uso. La intervención buscará proporcionar experiencias sensoriales controladas (táctiles, propioceptivas, vestibulares, etc.) para ayudar al niño/a a modular y discriminar la información sensorial, mejorando así su respuesta adaptativa, control postural, planificación motora y desempeño en actividades. (23)
- **Modelo Cognitivo:** Este modelo se centra en las capacidades cognitivas (atención, memoria, resolución de problemas, funciones ejecutivas) y cómo influyen en el desempeño ocupacional. Se utilizarán estrategias para desarrollar o compensar estas habilidades, como el aprendizaje de estrategias específicas, la adaptación de tareas o el uso de ayudas externas (agendas visuales, secuencias de pasos), facilitando así la realización de actividades escolares y de la vida diaria. (24)
- **Modelo Centrado en la Familia:** Reconoce a la familia como el principal contexto de apoyo para el niño/a. La intervención se planifica y ejecuta en colaboración constante con los padres o cuidadores principales, considerando sus prioridades, valores y rutinas. Se busca capacitar a la familia para que comprendan las necesidades del niño/a y puedan apoyar su desarrollo y participación en el hogar y la comunidad, siendo agentes activos del proceso terapéutico. (21)
- **Modelo de Control Motor:** Este modelo se enfoca en cómo se controla y aprende el movimiento. En el contexto de la PCI, se aplicarán principios de aprendizaje motor para mejorar el control postural, la calidad del movimiento y la adquisición

de habilidades motoras funcionales necesarias para las AVDs, el juego y la movilidad. Se analizarán las tareas y el entorno para facilitar el movimiento funcional y la práctica de habilidades motoras específicas. (25)

3.4. Desarrollo y puesta en práctica

La intervención se llevará a cabo de forma integrada en los entornos naturales del niño/a (hogar, centro educativo, comunidad), aprovechando las 30 horas semanales de acompañamiento del PATI-Terapeuta Ocupacional para trabajar los objetivos dentro de sus rutinas diarias. Las actividades se diseñarán de forma individualizada, basándose en la evaluación inicial, los intereses del niño/a y los objetivos específicos marcados. A continuación, se presentan ejemplos de actividades clasificadas por objetivos:

Objetivo 1: Mejorar la independencia en AVDs específicas:

- Vestido/Desvestido: Aprovechar los momentos de la mañana antes de ir al colegio y por la noche antes de dormir. Se practicarán secuencias de vestido (p. ej., ponerse calcetines, abrochar botones) utilizando apoyos visuales (Anexo 7), adaptaciones (p. ej., elásticos en lugar de cordones, botones imantados) y técnicas de facilitación o guía física según necesidad. Se trabajará la elección de la ropa según el clima o la actividad.
- Alimentación: Durante las comidas principales (desayuno, comida, merienda, cena) en casa y en el comedor escolar. Se trabajará el uso adaptado de cubiertos (Anexo 8), la postura adecuada en la mesa, la aceptación de diferentes texturas (si hay dificultades sensoriales) y las normas sociales en la mesa. El PATI-TO acompañará y ofrecerá los apoyos justos para fomentar la máxima autonomía.

- **Aseo e Higiene:** En los momentos rutinarios del baño/ducha, lavado de manos y dientes. Se utilizarán secuencias visuales (Anexo 9), adaptaciones en el baño (asideros, alfombrillas antideslizantes, asiento de ducha) y se practicarán las habilidades motoras finas necesarias (abrir grifo, usar jabón, cepillarse los dientes).

Objetivo 2: Fomentar la participación social y el juego:

- **Juego en casa:** Se dedicarán momentos específicos para el juego estructurado y libre, utilizando los juguetes e intereses del niño/a. Se trabajarán habilidades como compartir, esperar turnos, seguir reglas simples y la interacción con hermanos o familiares, con el PATI-TO modelando y facilitando la interacción.
- **Juego en el recreo/parque:** El PATI-TO acompañará al niño/a en el patio del colegio o en salidas al parque, facilitando su inclusión en juegos grupales, enseñando habilidades sociales para iniciar y mantener interacciones, y adaptando los juegos si es necesario (p. ej., reglas más sencillas, apoyos visuales para entender el juego).
- **Participación en actividades comunitarias:** Acompañamiento a actividades extraescolares, cumpleaños o salidas familiares (biblioteca, supermercado), trabajando las habilidades necesarias para participar en esos entornos (seguir normas, interactuar con otros, manejo del dinero si es apropiado).

Objetivo 3: Facilitar el aprendizaje y uso de ayudas técnicas:

- **Comunicadores/SAAC:** Integrar el uso del sistema de comunicación aumentativa o alternativa (si lo requiere) en todas las rutinas diarias (para expresar necesidades, elegir, comentar) tanto en casa como en el colegio, asegurando que todos los

entornos estén preparados para su uso. El PATI-TO modelará su uso y ayudará al niño/a a generalizarlo. (26) (Anexo 10)

- Férulas y adaptaciones: Supervisar y fomentar el uso correcto de férulas según las pautas establecidas (tiempos de uso, cuidado) e integrar el uso de adaptaciones (lápices engrosados, teclados adaptados, adaptaciones para comer) en las tareas escolares y de AVDs, asegurando su funcionalidad y comodidad.

Objetivo 4: Incorporar a la familia como agente activo:

- Sesiones de co-terapia/observación: Invitar a los padres a participar activamente en algunas sesiones (especialmente en el hogar) para observar las estrategias utilizadas por el PATI-TO y practicarlas bajo supervisión.
- Reuniones periódicas: Establecer reuniones regulares (semanales o quincenales) con la familia para revisar objetivos, compartir progresos y dificultades, resolver dudas y planificar conjuntamente las siguientes semanas, asegurando la coherencia entre la intervención del PATI-TO y el día a día familiar.
- Pautas y estrategias para el hogar: Proporcionar a la familia pautas claras y sencillas, y estrategias específicas (adaptación del entorno, cómo dar instrucciones, manejo de conductas) para que puedan apoyar los objetivos de la intervención en los momentos en que el PATI-TO no está presente.

4. Evaluación del programa (evaluación de resultados, del proceso...)

La evaluación del programa será continua y se realizará a dos niveles: evaluación de los resultados obtenidos por el niño/a y evaluación del proceso de intervención.

- Evaluación del niño: evaluación para iniciar la intervención y elaborar el proyecto de vida independiente.

- Evaluación de Resultados: A los 5 meses, se medirá el progreso del niño/a hacia los objetivos específicos establecidos al inicio. Esto se realizará con una revisión de los objetivos planteados.
- Re-evaluación con Escalas: A los 11 meses, se volverán a administrar las escalas de valoración utilizadas en la evaluación inicial (p. ej., PEDI-CAT, GMFM si aplica, PEM-CY) al finalizar el periodo de intervención (p. ej., al final del curso escolar) para cuantificar los cambios en el desempeño funcional y la participación.
- Escala de Consecución de Metas (GAS - Goal Attainment Scaling): Se utilizará esta metodología para evaluar el grado de consecución de los objetivos individualizados planteados al inicio de la intervención, permitiendo una medición más sensible a los cambios específicos de cada niño/a. Se establecerán niveles de logro para cada objetivo (desde -2, mucho menos de lo esperado, hasta +2, mucho más de lo esperado). (27)
- Registros de Desempeño: Se llevarán registros observacionales sistemáticos sobre el desempeño del niño/a en las AVDs y actividades objetivo a lo largo de la intervención (p. ej., nivel de asistencia requerido, frecuencia de conductas deseadas).
- Cuestionarios de Satisfacción: Se pasarán cuestionarios de satisfacción a la familia y, si es posible adaptado a su nivel, al propio niño/a, así como al profesorado, para recoger su percepción sobre la utilidad del programa y los cambios observados. (Anexo 11)
- Registros de Sesiones: El PATI-Terapeuta Ocupacional llevará un registro diario o semanal de las sesiones, anotando las actividades realizadas, los progresos observados, las dificultades encontradas y las incidencias relevantes.

- Reuniones de Coordinación: Se realizarán reuniones periódicas de coordinación entre el PATI-TO, la familia y el equipo docente del centro educativo para compartir información, evaluar la coherencia de las actuaciones y ajustar el plan de intervención según sea necesario.
- Análisis de Incidencias: Se registrarán y analizarán las posibles barreras o facilitadores encontrados durante la implementación del programa (p. ej., dificultades de acceso a recursos, falta de colaboración, cambios en el entorno familiar o escolar).
- Autoevaluación del Profesional: El PATI-TO realizará una reflexión crítica sobre su propia práctica, evaluando la efectividad de las estrategias utilizadas y buscando oportunidades de mejora continua.

La información recogida a través de la evaluación de resultados y del proceso servirá para tomar decisiones sobre la continuidad o modificación del plan de intervención, así como para valorar la efectividad global del programa PATI-TO para ese niño/a en concreto.

5. Presupuesto.

El presupuesto total dependerá del importe de la ayuda concedida a la familia o representantes legales por parte de la Conselleria a partir del que se ajustarán los gastos de asesoramiento terapéutico, así como los referidos a otros conceptos. (Anexo 12)

Por otro lado, será en el momento del acompañamiento a la persona y de acuerdo a la valoración de sus necesidades, cuando se pueda concretar el tipo y cantidad de materiales que serán requeridos por parte de la PATI y en consecuencia los gastos derivados, que podrían cambiar mensualmente de acuerdo con las necesidades y objetivos.

Además, el gasto sujeto a desplazamiento dependerá de la ubicación en la que se encuentren cada uno de los destinos de acompañamiento a la persona beneficiaria, con respecto al punto de partida de la persona acompañante.

Los gastos se desglosan en los siguientes apartados, en algunos de los cuales se especifica el coste por tratarse de una cantidad conocida y fija:

Desplazamientos	Incluido
Asesoría	40€/mes
Colegiación	200€/anual
Cuota de autónomo	87,60€/mes
Asesoramiento terapéutico	Incluido

6. Investigación responsable

Este programa, aprobado por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández de Elche, posee el COIR para TFGs:

TFG.GTO.CLMG.LMR.250219. (Anexo 13)

7. Listado de referencias:

1. World Health Organization. Informe Mundial Sobre La Discapacidad. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2011.
2. Verdugo MA. Discapacidad intelectual: Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Alianza Editorial. 2012;
3. Guía informativa prestación económica de asistencia personal. En: Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas. Octubre 2021.

4. Aspace. La asistencia personal. Guía práctica para personas con parálisis cerebral. 2020.
5. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional. Dominio y proceso 3rd edición. Asociación Americana de Terapia Ocupacional - AOTA
6. Modelo de atención a la dependencia en la Comunidad Valenciana. En: Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas. 2019.
7. Solicitud de reconocimiento del grado de dependencia y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas - GVA.ES - Generalitat Valenciana [Internet]. GVA.ES. [citado el 28 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=3256&version=amp
8. Asistente personal - Dependencia - Generalitat Valenciana [Internet]. Dependencia. [citado el 29 de abril de 2025]. Disponible en: <https://serviciosociales.gva.es/es/web/dependencia/asistente-personal>
9. Begum MR, MPT, MPH (NCD), Senior Clinical Physiotherapist, Physiotherapy Department, Centre for the Rehabilitation of the Paralysed (CRP), Savar, Dhaka, Bangladesh., Hossain MA, Sultana S, MPT, Associate Professor and Head of Physiotherapy Department, CRP, Savar, Dhaka, Bangladesh., MPT, Assistant Head of Program, CRP, Bangladesh. Gross motor function classification system (gmfcs) for children with cerebral palsy. Int J Physiother Res [Internet]. 2019;7(7):3281–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.16965/ijpr.2019.180>
10. Jang D-H, Sung IY, Kang JY, Lee SI, Park JY, Yuk JS, et al. Reliability and validity of the Korean version of the manual ability classification system for children with cerebral palsy: Reliability and validity of the MACS. Child Care Health Dev [Internet]. 2013;39(1):90–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01408.x>

11. Hwang S, Choi YH, Jung KJ, Rha D-W. Reliability and validity of the Korean version of the eating and drinking ability classification system in children with cerebral palsy. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2025;106(4):e95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2025.01.247>
12. Hidecker MJC, Paneth N, Rosenbaum PL, Kent RD, Lillie J, Eulenberg JB, et al. Developing and validating the Communication Function Classification System for individuals with cerebral palsy: Developing a Communication Classification System. Dev Med Child Neurol [Internet]. 2011;53(8):704–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.03996.x>
13. Baranello, G., Signorini, S., Tinelli, F., Guzzetta, A., Pagliano, E., Rossi, A., Mercuri, E. (2019). Visual Function Classification System for children with cerebral palsy: development and validation. Developmental Medicine and Child Neurology, 1–8. [Visual Function Classification System for children with cerebral palsy: development and validation - Baranello - 2020 - Developmental Medicine & Child Neurology - Wiley Online Library](#)
14. Alotaibi M, Long T, Kennedy E, Bavishi S. The efficacy of GMFM-88 and GMFM-66 to detect changes in gross motor function in children with cerebral palsy (CP): a literature review. Disabil Rehabil [Internet]. 2014;36(8):617–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2013.805820>
15. Hidecker MJC, Paneth N, Rosenbaum PL, Kent RD, Lillie J, Eulenberg JB, et al. Developing and validating the Communication Function Classification System for individuals with cerebral palsy: Developing a Communication Classification System. Dev Med Child Neurol [Internet]. 2011;53(8):704–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.03996.x>

16. Galeoto G, Mignolli E, Tofani M, Sogos C, Servadio A, Valente D, et al.
Evaluation of test-retest reliability and concurrent validity of the Italian version of the pediatric evaluation of disability inventory in children with down syndrome: A cross-sectional study. J Pediatr Rehabil Med [Internet]. 2022;15(3):487–97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3233/PRM-190674>
17. Graham HK, Harvey A, Rodda J, Nattrass GR, Pirpiris M. The Functional Mobility Scale (FMS). J Pediatr Orthop [Internet]. 2004;24(5):514–20.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00004694-200409000-00011>
18. Vargus-adams JN, Martin LK, Maignan SH, Klein AC. The GMFM, PEDI, and CP-QOL and perspectives on functioning from children with CP, parents, and medical professionals. Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine, 2011, 4, 3–12. Disponible en: <https://doi.org/10.3233/PRM-2011-0148>
19. Roldán-González E, Gómez-Rodríguez FJ, Jácome-Velasco SJ, Riascos-Forero Y, Rosas-Roldán LA, Hurtado-Otero ML, et al. Validez y fiabilidad de la escala de Tardieu para evaluar la espasticidad en miembro superior en adultos con enfermedad cerebrovascular. Revisión sistemática. Rev Neurol [Internet]. 2024;79(2):41–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33588/rn.7902.2024093>
20. Barry MJ, VanSwearingen JM, Albright AL. Reliability and responsiveness of the Barry–Albright Dystonia Scale. Dev Med Child Neurol [Internet]. 1999;41(6):404–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8749.1999.tb00626.x>
21. McWilliam R. Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un Enfoque Centrado en la Familia. Rev Latinoam Educ Inclusiva [Internet]. 2016 [citado el 28 de abril de 2025];10(1):133–53. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-73782016000100008&script=sci_arttext&tlng=pt

22. Madroñero-Miguel B, Carpena-Niño MG, Cuesta-García C. Conocimiento y Uso de las Herramientas de Evaluación del Modelo de Ocupación Humana por Terapeutas Ocupacionales en España: Artículo de investigación. Contexto [Internet]. 2022;(8):17–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.54761/contexto.num8.25>
23. Jean Ayres A. La integración sensorial y el niño/a. S.a. De C.v. Editorial Trillas; 1970.
24. Tróchez López L, Benítez Benítez R, Arteaga Fuertes DA. La simbología de las reacciones químicas: una estrategia didáctica para su aprendizaje, a partir del modelo cognitivo de ciencia. Educ quím [Internet]. 2024;35(3):3–19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/fq.18708404e.2024.3.86939>
25. Cano-de-la-Cuerda R, Molero-Sánchez A, Carratalá-Tejada M, Alguacil-Diego IM, Molina-Rueda F, Miangolarra-Page JC, et al. Teorías y modelos de control y aprendizaje motor. Aplicaciones clínicas en neurorrehabilitación. Neurología [Internet]. 2015;30(1):32–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2011.12.010>
26. ConecTEA F. Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (S.A.A.C.) [Internet]. Fundacion ConecTEA - Juntos en el Autismo. FUNDACION CONECTEA; 2020 [citado el 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.fundacionconectea.org/2020/06/17/sistemas-alternativos-y-aumentativos-de-comunicacion-s-a-a-c/>
27. Krasny-Pacini A, Pauly F, Hiebel J, Godon S, Isner-Horobeti M-E, Chevignard M. Feasibility of a shorter Goal Attainment Scaling method for a pediatric

spasticity clinic — The 3-milestones GAS. Ann Phys Rehabil Med [Internet].

2017;60(4):249–57. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2017.01.005>



8. Anexos

Anexo 1. ¿A quién va dirigida la Persona de Asistencia Terapéutica Infantil (PATI)?

Requisitos PATI	
Situación de dependencia	Tener reconocida la situación de dependencia en cualquiera de los grados: grado 3, 2 o 1.
Requisito de edad	Tener entre 3 y 17 años.
Proyecto de vida independiente	Tener un proyecto de vida independiente que recoja las necesidades del niño, niña o adolescente, entendiéndose como tal el proyecto de intervención orientado a fomentar su autonomía personal y su futura vida independiente. Este documento será elaborado entre la persona en situación de dependencia, sus representantes legales y la persona que realiza la asistencia personal, y contendrá las características y condiciones del servicio libremente acordadas por las partes. Ver Anexo I "Contenido del proyecto de vida independiente" Las tareas de cuidado personal y domésticas, no podrán formar parte del proyecto de vida independiente para niños y niñas entre 3 y 6 años. En el caso de personas menores entre 7 y 17 años, estas tareas no podrán superar el 20% del total de horas.
Informe social	Los servicios sociales de atención primaria básica han de valorar la idoneidad de esta prestación en el correspondiente informe social del entorno (ISE) o informe social técnico, según proceda. En dicho informe se valorará si el proyecto de vida independiente recoge las necesidades de la persona en situación de dependencia y se prescribe la prestación económica de asistencia personal por considerarse el recurso idóneo.
Contrato de asistencia personal	Se habrá de formalizar un contrato laboral con la persona de asistencia personal o un contrato de prestación de este servicio con entidad jurídica o persona profesional (autónoma) prestadora del servicio, acreditadas. Ver apartado 7 "¿Cómo se contrata a la persona encargada de la asistencia personal?"

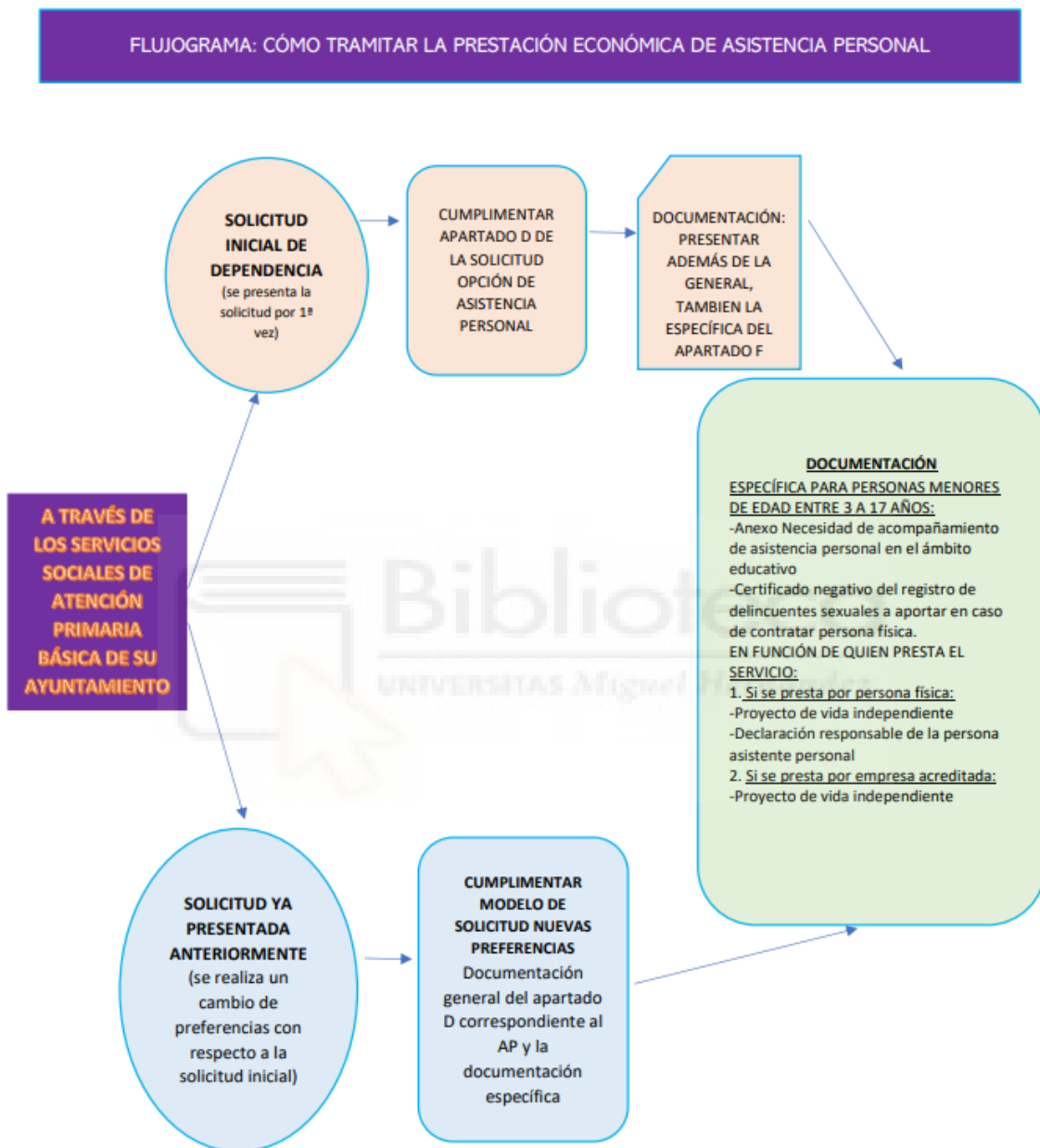
Anexo 2. Dominios del desempeño ocupacional

Aspectos del dominio de la Terapia Ocupacional de acuerdo a la AOTA.

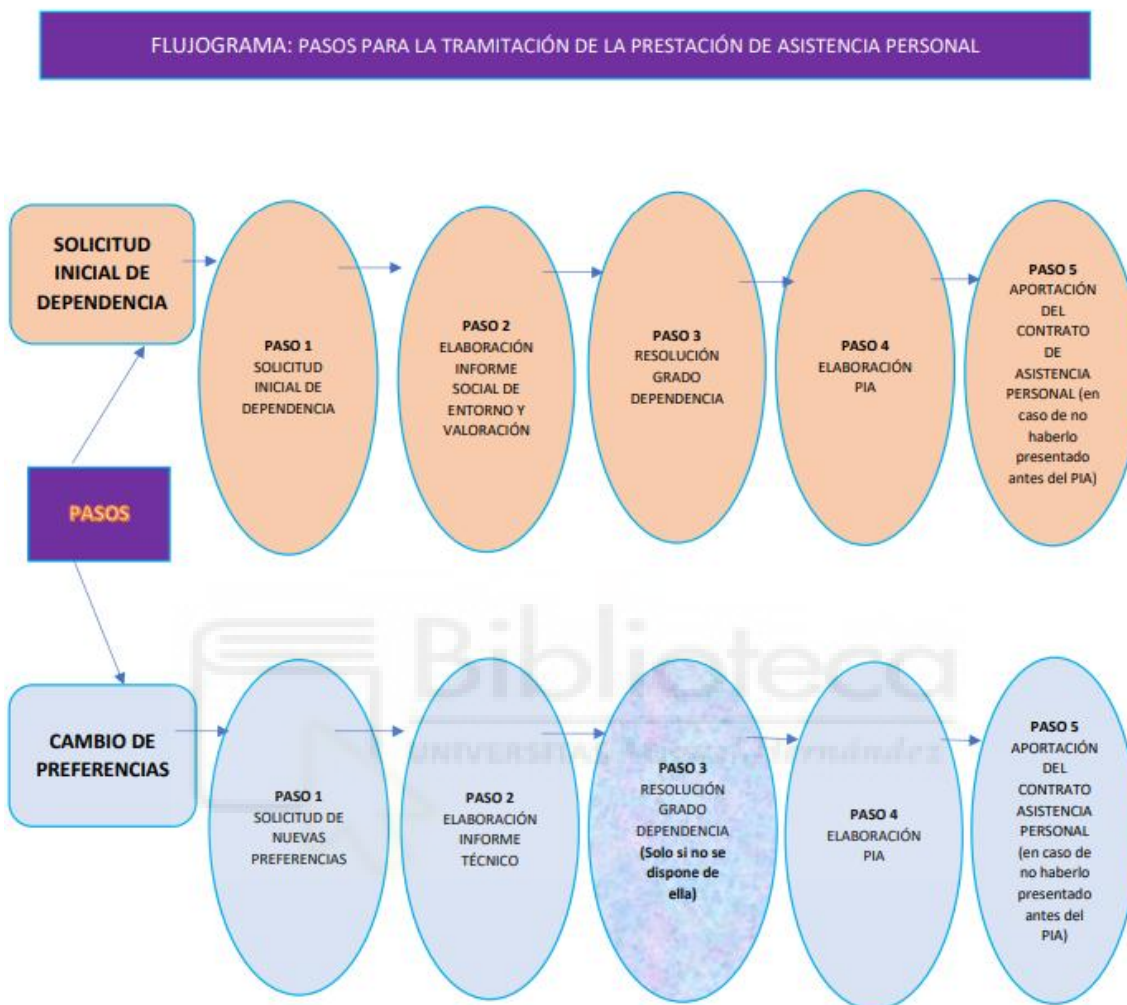
AREAS DE OCUPACIÓN	FACTORES DEL CLIENTE	DESTREZAS DE EJECUCIÓN	PATRONES DE EJECUCIÓN	CONTEXTOS Y ENTORNOS	DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD
· Actividades de la Vida Diaria (AVD) · Educación · Trabajo · Juego · Ocio/Tiempo Libre · Participación Social	· Valores, creencias y espiritualidad · Funciones del cuerpo · Estructuras del cuerpo	· Destrezas sensoriales y perceptuales · Destrezas motoras y praxis · Destrezas de Regulación Emocional · Destrezas Cognitivas · Destrezas de comunicación y sociales	· Hábitos · Rutinas · Roles · Rituales	· Cultural · Personal · Físico · Social · Temporal · Virtual	· Objetos utilizados y sus propiedades · Demandas de espacio · Demandas sociales · Secuencia y tiempo · Acciones requeridas · Funciones del cuerpo requeridas · Estructuras del cuerpo requeridas



Anexo 3. Flujoograma: cómo tramitar la prestación económica de asistencia personal.



Anexo 4: Flujoograma: Pasos para la tramitación de la prestación de asistencia personal.



Anexo 5: ¿Quién puede ser y cómo ser asistente personal?

6. ¿QUIÉN PUEDE SER Y CÓMO SER ASISTENTE PERSONAL?

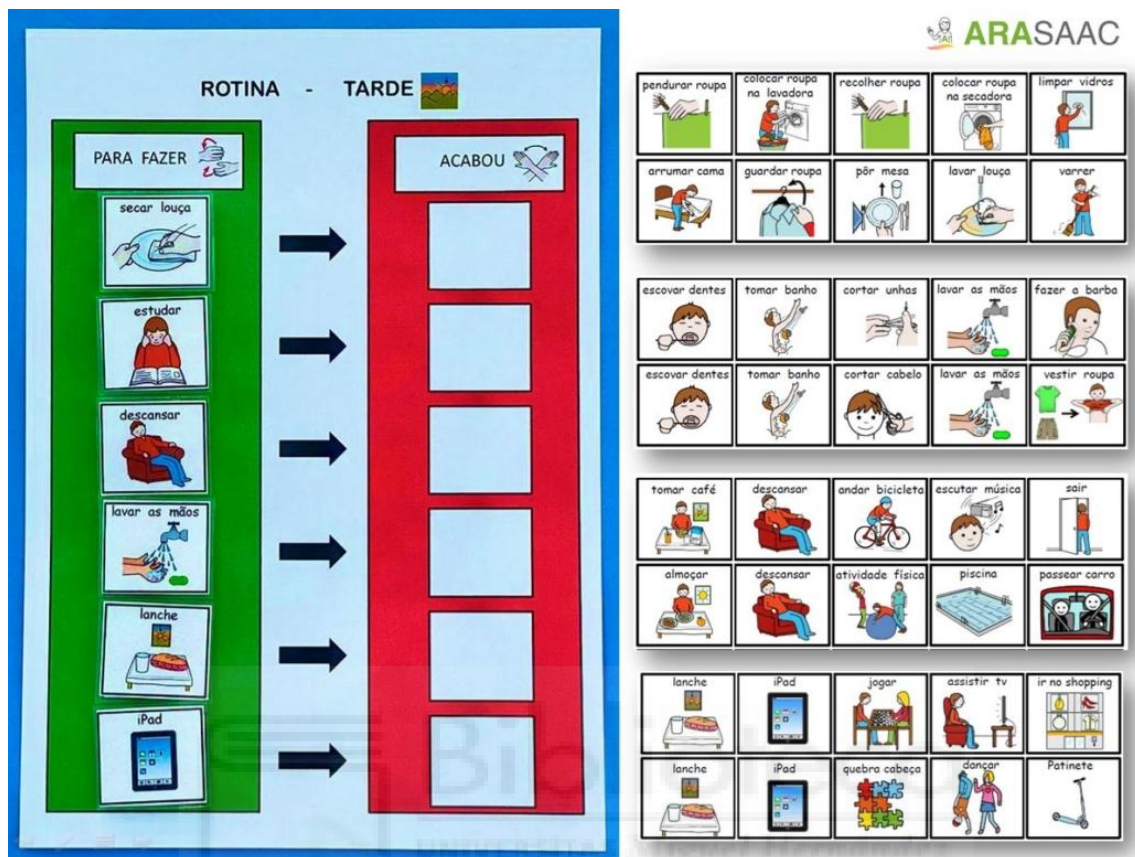
REQUISITOS DE LA PERSONA ASISTENTE PERSONAL	
Requisitos de la Persona de Asistencia Terapéutica Infantil (PATI) para personas menores de edad entre 3 y 17 años	Requisito de la Persona de Asistencia para personas mayores de 18 años
a) Que sean personas mayores de edad a la fecha de firma del contrato.	
b) Que estén empadronadas y residan en la Comunitat Valenciana.	
c) Que no tengan relación de parentesco con la persona beneficiaria, por consanguinidad o afinidad, hasta el cuarto grado. Tampoco podrán tener relación conyugal o relación análoga a la conyugal, ni ser persona acogedora de la persona beneficiaria.	
d) Que presten los servicios mediante contrato. Pudiendo ser de las siguientes tipologías (ver apartado 7 de esta guía): - Contrato laboral por el cual la persona física encargada de la asistencia personal deberá estar dada de alta en la Seguridad Social, de acuerdo con la legislación vigente en la materia. - Contrato mercantil a través de empresa, entidad o persona profesional autónoma, que deberá estar acreditada por la Conselleria competente en materia de promoción de la autonomía y atención a personas en situación de dependencia.	
e) Que reúnan las condiciones de capacidad e idoneidad para prestar la asistencia personal, que se valorarán directamente por las personas representantes legales de la persona beneficiaria, teniendo en cuenta su libertad de contratación.	e) Que reúnan las condiciones de capacidad e idoneidad para prestar la asistencia personal, que se valorarán directamente por la persona usuaria, teniendo en cuenta su libertad de contratación.
f) Que dispongan de alguna de las titulaciones que figura en el Anexo II de esta guía. "Titulaciones requeridas para el ejercicio de la asistencia personal". La falta de titulación NO podrá ser suplida por el curso de 50 horas lectivas.	f) Que dispongan de alguna de las titulaciones que figura en el Anexo II de esta guía. "Titulaciones requeridas para el ejercicio de la asistencia personal". La falta de titulación SÍ podrá ser suplida por el curso de 50 horas lectivas.
g) Que estén en posesión del certificado negativo del registro de delincuentes sexuales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 88.2 e) de la Ley 26/2018, de 21 de diciembre, de derechos y garantías de la infancia y la adolescencia.	

Anexo 6. Calendarización del periodo lectivo.

Turno	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañanas 09:00-13:00h	Colegio	Colegio	Colegio	Colegio	Colegio		
Tardes 17:00-22:00h	Casa	Terapia en UNER	Casa	Terapia en UNER	Casa		
Total horas: 35							
Observaciones: En el colegio se realiza acompañamiento lectivo y autonomía en el almuerzo. En casa se trabaja AVD, higiene y socialización en el parque, biblioteca o eventos del pueblo. Los días de terapia serán los padres los que lleven al niño e irá acompañado de la PATI cuando así se requiera.							



Anexo 7: Secuencias de rutinas.



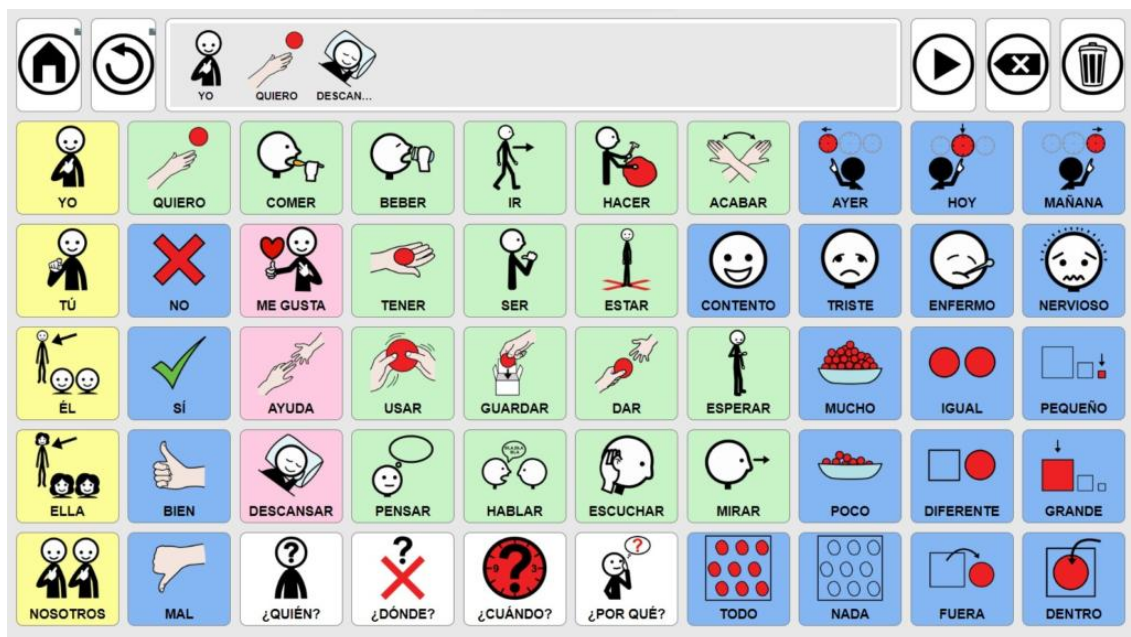
Anexo 8: Ejemplo de cubiertos adaptados



Anexo 9: Secuencia visual del lavado de manos



Anexo 10: Comunicado SAAC



Anexo 11: Cuestionario de satisfacción



Fecha

Tipo de Cliente

Encuesta de satisfacción del cliente-usuario

Gracias por realizar la *Encuesta de satisfacción del cliente*. No tardará más de cinco minutos en completarla y nos será de gran ayuda para mejorar nuestros servicios. Los datos que en ella se consignen se tratarán de forma anónima.

Por favor, indique siempre el tipo de cliente (ALUMNO/PAS/PDI/EXTERNO) y la Unidad evaluada.

Cuando la tenga cumplimentada haga clic en el botón "Enviar por correo electrónico" o bien haga clic en el botón "Imprimir el formulario" y envíelo a UNIDAD DE CALIDAD, Rectorado de la UCO, Avda. Medina Azahara, 5, 14071 Córdoba.

Clasifique su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

1 = nada de acuerdo

2 = en desacuerdo

3 = indiferente

4 = de acuerdo

5 = muy de acuerdo

Señale NS/NC si no tiene un juicio formado sobre la pregunta realizada

	1	2	3	4	5	NS/NC
1. La unidad /servicio realiza la labor esperada	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. El trato del personal con los usuarios es considerado y amable	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. El personal da la imagen de estar totalmente cualificado para las tareas que tiene que realizar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Cuando acudo al Servicio/unidad sé que encontraré las mejores soluciones	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Como usuario, conozco las posibilidades que me ofrece el servicio/unidad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. El personal da una imagen de honestidad y confianza	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cuando acudo al servicio, no tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis demandas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. El servicio /unidad informa de forma clara y comprensible a los usuarios	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. He tenido la oportunidad de comprobar que el personal cuenta con recursos materiales suficientes para llevar a cabo su trabajo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. He podido comprobar que el personal dispone de programas y equipos informáticos adecuados para llevar a cabo su trabajo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. He podido comprobar que el personal dispone de medios adecuados de comunicación con otros Servicios de la UCO para facilitar su labor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. El Servicio da respuesta rápida a las necesidades y problemas de los usuarios	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. El Servicio se adapta perfectamente a mis necesidades como usuario	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. El Servicio ha solucionado satisfactoriamente mis demandas en ocasiones pasadas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Si desea realizar alguna observación sobre el servicio/unidad puede utilizar el BUZON DE SUGERENCIAS activado en el PORTAL de la Universidad de Córdoba.

Enviar por correo electrónico

Imprimir formulario

Restablecer formulario

Anexo 12: Cuantías de la prestación económica de asistencia personal.

ANEXO III. CUANTIAS DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL
HORAS MÍNIMAS OBLIGATORIAS Y CUANTIAS MÁXIMAS DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL

	PERSONAS ENTRE 3 Y 64 AÑOS		PERSONAS A PARTIR DE 65 AÑOS	
	Número de horas de dedicación mensual de asistencia personal	Importe/mes (€)	Número de horas de dedicación mensual de asistencia personal	Importe/mes (€)
GRADO I	A partir de 20 horas	300	A partir de 20 horas	300
GRADOS II y III	A partir de 40 horas	715,07	A partir de 40 horas	715,05
	A partir de 80 horas	1.430	A partir de 80 horas	1.430
	A partir de 120 horas	2.350	A partir de 120 horas	1.825

