

PROYECTO: “APROPAL - ADEFIL”

Apoyo y Protección a Personas Adultas Límites con retardo mental,
escasas habilidades sociales y bajo nivel de arousal emocional.
Adultos dependientes con Funcionamiento Intelectual Limite (FIL).

CENTRO RESIDENCIAL Y OCUPACIONAL
LA CERRADA
“EN TERRENO DE NADIE”

TORREMOCHA DE JARAMA – PINILLA DE JADRAQUE
MADRID - GUADALAJARA

Asociación Socio Ambiental
Nº. 22137 - GU

ÍNDICE

1) INTRODUCCIÓN	3
2) ANTECEDENTES	4
3) JUSTIFICACIÓN	5
4) OBJETIVOS	8
a) Objetivos Generales	
b) Objetivos Específicos	
5) MARCO TEÓRICO	10
a) Discapacidad Intelectual	
- Modelo Multidisciplinar	
b) Modelos de Intervención	
- Psicológico	
- Pedagógico	
- Terapia Ocupacional	
6) MARCO LEGAL	19
7) DESTINATARIOS	24
8) METODOLOGÍA	25
9) ACTIVIDADES	32
a) Terapia Ocupacional	
b) Actividades Específicas	
c) Terapia con animales	
d) Equinoterapia - Hipoterapia	
e) Terapia con perros	
f) Actividad de granja escuela.	
10) RECURSOS	37
a) Recursos Humanos	
- Dirección Técnica	
- Asistente Social	
- Educador	
- Auxiliar	
b) Recursos Materiales	
11) EVALUCIÓN	46
12) BIBLIOGRAFÍA	50

1. INTRODUCCIÓN

*Los centros de atención que hasta ahora se han ofrecido a las personas entre 45 y 65 años, en situación de dependencia adquirida, con retardo mental leve, pobre autocontrol emocional y escasas habilidades sociales, **personas con Funcionamiento Intelectual Límite (FIL)**, parece que no han dado una respuesta adecuada a esta clase de problemáticas, enfocándose preferentemente en el modelo médico, dejando de lado cantidad de conocimiento psicológico que podría ser un complemento adecuado de intervención, incluso la solución definitiva en algunos casos.*

Con el presente proyecto se pretende un acercamiento entre teoría y práctica, entre lo social y lo sanitario, ofreciendo un modelo de actuación concreto, que acerca la realidad de los centros asistenciales y las investigaciones teóricas más recientes a este colectivo. Se pretende ocupar ese espacio “terreno de nadie”, donde se encuentran las personas que no se benefician de la asistencia en centros de salud mental, ni tampoco la que les ofrecen los centros asistenciales para discapacitados; esa barrera actual, dramática, drástica e infranqueable entre los recursos sanitarios y los recursos sociales.

Este proyecto parte de una perspectiva crítica y observacional, ya que a través de la teoría y la práctica, se ofrecen herramientas para mejorar la calidad de vida de las personas adultas que presentan *escasas habilidades sociales e intelectuales y una*. Queremos con este proyecto llenar el gran vacío entre aquello que recomienda y propone la investigación y las prácticas profesionales existentes en el campo de las personas dependientes límites en los concretados rangos de edad.

Así mismo, describiremos una introducción de manera exhaustiva el funcionamiento interno del centro residencial ocupacional, la metodología de trabajo, los recursos con los que contamos, los soportes teóricos, legales y todos los profesionales involucrados en el proyecto. Lo mismo explicaremos el tipo de servicio y a quienes van dirigidos.

2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

El proyecto APROPAL – ADEFIL, “En Terreno de Nadie” es impulsado por *Asociación Socio Ambiental AMBIGUA*, con *Nº de registro 22137-Gu, de 24 de octubre de 2008*. Cumpliendo uno de sus objetivos principales que es el apoyo a personas pre-mayores (**45 – 65 años**), personas límites intelectuales, dependientes, vulnerables, con disfunciones cognitivas diversas, personas en inferioridad, indefensión y condiciones de exclusión social; personas en “*espacio de asignatura social pendiente*”; ***Personas con Funcionamiento Intelectual Límite (FIL)***

Habiendo estudiado y analizado con detenimiento la situación de las personas a las que nos referimos, y pretendemos ayudar, consideramos que algunas de las mismas solo con un techo, compañía afectiva y apoyo terapéutico tendrían suficiente. Es decir, sus necesidades se pueden suplir de una manera sostenible.

Otras, que en semejante situación de necesidad pero reguladas institucionalmente (hospitalización), al estar internas, suponen un coste social y económico elevado con pocas esperanzas de rehabilitación psicosocial. Lo que realmente anhelan estas personas es una vida normalizada, llena de afecto y comprensión.

También consideramos que el *ambiente familiar* en el que se desarrollan estas personas, suele tener muchas carencias en recursos económicos, sociales, culturales y afectivos; algunas, provienen de familias desestructuradas. Otros factores que pueden influir es la figura autoritaria, la sobreprotección, la permisividad, los roles familiares, la propia incultura y pautas de educación inadecuados; todos, *factores, que en la mayoría de los casos retroalimentan y demuestran su situación y estancamiento evolutivo biopsicosocial de todo el entorno familiar. Y siendo ciertas las referencias anteriores, es muy meritorio el hecho de que haya familias que tratan de ayudar “ciegamente” a sus seres queridos y no les abandonan, y se desgastan a veces estérilmente; a estas familias les ofreceremos igualmente todo nuestro apoyo, comprensión y cariño.*

Creemos que el mejor ambiente para que un ser humano crezca de forma equilibrada e integral es la familia. Por lo tanto, es importante mantener en la medida de lo posible a la persona en su ambiente de origen y solo transformar aquellos factores disfuncionales; y aun así, si no se pudiera modificar el ambiente, sería necesario crearlo para que se adapte a las necesidades de cada persona, que es un objetivo fundamental de este proyecto; con la finalidad de integrarla en un proceso rehabilitador, donde la persona dependiente mantenga el arraigo familiar; y por consiguiente, sienta esos lazos de unión y seguridad tan importantes.

Será deseable que familiares, tutores y amigos, permanezcan en contacto con la Asociación que tiene carácter socio voluntario gratuito. Fiestas camperas, jornadas de puertas abiertas, son un buen marco donde reencontrarse, reencontrarnos y trabajar de forma lúdica las relaciones interpersonales; para ello, la Asociación dispone de unos

espacios rurales a modo de granja escuela y alojamiento, en la provincia de Guadalajara, donde se desarrollarán actividades de doble jornada y vacacionales, en grupos de 12 -16 personas. Así, lograremos que el propio núcleo familiar salga reforzado por el trabajo rehabilitador y realmente lo apoye. Además de comprobar el gusto del usuario por el entorno del mundo rural, donde las exigencias de vida son menores que en el urbano, y donde se ofrecen muchas oportunidades de terapias-actividades ocupacionales-productivas, y de ocio al aire libre.

3. JUSTIFICACIÓN

El proyecto redactado a continuación nace de una necesidad-carencia asistencial palpable, y del estudio de un “caso que no único”, actual y real, *fruto de una recopilación histórica, familiar, y de la lectura técnica del propio y extenso historial clínico de una persona con problemática FIL ingresada en un Hospital Psiquiátrico durante varios años*. Se la mantuvo con diferentes diagnósticos y bajo los efectos de fármacos pero con insuficiente actividad ocupacional y psicológica. El resultado de esta irresponsabilidad es un progreso personal nulo y un deterioro cognitivo, social y afectivo de escándalo; así como en términos de autocuidados.

Igualmente, consideramos una motivación razonable del presente proyecto el hecho cierto y conocido de la evolución esperanzadora y de los resultados de la persona referida, que en la actualidad (desde hace tres años), convive con un hermano y su familia con el apoyo de personal de la Asociación (terapeutas y acompañantes-cuidadoras del proyecto **ADEFIL**). Es también una motivación la situación de sufrimiento de la propia persona con problemática FIL y el desgaste enorme del entorno familiar que sigue apoyándola. Y creemos necesario contribuir a que no se vuelva a repetir una situación similar, defenderles y protegerles.

Las alteraciones en el carácter observado en las personas a las que va dirigido el proyecto, entorpecen grandemente la vida cotidiana de la persona y genera dificultades en la convivencia. La impulsividad y el daño en la autoestima debido al reiterado fracaso en la consecución de los logros que se propuso, o desesperanza aprendida, son obstáculos que difícilmente pueden ser superados sin la ayuda que provee un tratamiento psicoterapéutico. Para que se de una adecuada rehabilitación, es necesaria una intervención multidisciplinar sin descuidar los aspectos psicológicos y afectivos de la persona.

La necesidad de sensibilizar a la sociedad, del esfuerzo diario que supone para una persona FIL, sin formación, con limitaciones “boderline”, vivir y trabajar experimentado la sensación de fracaso continuo año tras año; especialmente, en cuanto a la autoestima y el aprendizaje, desamparo y abandono social. A esto se debe agregar el sentimiento de culpa que proviene de percibir de muy variadas formas, los reproches por la frustración crónica de padres “desconocedores”, frente a los problemas cotidianos que presenta la educación de un hijo con dificultades escolares y/o sociales

a causa de un retardo mental (FIL). Este será uno de los pilares fundamentales de nuestro proyecto encaminado a la consecución de los objetivos.

Otra motivación del presente proyecto, es el estado de desmoralización en el que entran estas personas, pre-mayores, que les incapacita para actuar adecuadamente a nivel social, *volviéndose prematuramente dependientes*, muy vulnerables y en peligro cierto de exclusión social. Por tanto, en nuestro proyecto, las actividades irán dirigidas a la consecución con éxito de metas que estas personas se propongan encaminadas a su autonomía, y que llegado el caso, su ingreso en un centro de mayores normalizado sea con las máximas garantías de éxito.

Algunos de los factores psicológicos que acompañan a la problemática FIL Funcionamiento Intelectual Límite, suelen ser una visión pesimista de la vida, la hostilidad frente al entorno inmediato, tristeza acompañada en ocasiones de agitación psicomotriz, frustración, llanto, ira, acompañados de una sensación de aislamiento social, y falta de integración, exclusión social, estrés y ansiedad.

De acuerdo a las observaciones realizadas y como consecuencia de su deficiencia-limitación-dependencia adquirida, *las personas con dificultades en habilidades sociales, riesgos de exclusión social, situación de desamparo, institucionalización-hospitalismo, y por prejuicios sociales, remarcan su carácter disfuncional*. Estas personas pueden adquirir o reaprender, según el caso, los niveles de autonomía necesarios que a veces se ven limitados por las anteriores observaciones, reduciendo ostensiblemente su verdadera capacidad personal y el desempeño de los logros terapéuticos alcanzados

Si bien hay avances relevantes en los espacios de integración obtenidos por este sector, aún hay obstáculos importantes sustancialmente en su acceso a los sistemas sociales y de salud, a la educación y al trabajo. *Un elemento que limita de manera importante el desarrollo de las personas con discapacidad mental es el énfasis que la sociedad le otorga al plano intelectual, que constituye «el área vulnerable» de estas personas.*

Valorar y aprovechar las potencialidades, capacidades y cambios inferidos de estas personas, ha sido una ardua labor de las entidades y profesionales vinculadas con esta realidad. *El trabajo para superar las dificultades que les impone el entorno a las personas con limitación mental, implica mantener siempre una mirada integral de sus funciones y capacidades, además de abordar sus necesidades de manera intersectorial.*

Los desafíos van cambiando y creciendo con el paso del tiempo. Existen avances importantes, especialmente en el ámbito del lenguaje y el ámbito psicomotriz, prevaleciendo hoy la digna referencia de Funcionamiento Intelectual Límite (FIL). *Se trata de un concepto que aclara que la discapacidad se ubica a nivel intelectual y que el resto de la persona está llena de capacidades y posibilidades.*

En general, tanto los familiares como los profesionales, han evolucionado con respecto a la implicación en la intervención dirigida a estas personas y su entorno, en la temprana edad; en este aspecto, ha sido fundamental la integración escolar, la socialización y la estimulación temprana. Sin embargo, queda mucho por hacer por estas personas “no intervenidas oportunamente” cuando llegan a edades sobre los cincuenta, que han vivido a trompicones, sin formación ni cultura, y la vida les ha sobrepasado y en ocasiones maltratado, desesperado y excluido, llegando a ser auténticas víctimas. “Personas en terreno de nadie”

Existen diversos enfoques y posturas, prevaleciendo en algunos sectores la opinión de que sólo la educación especial le permite a la persona desarrollarse adecuadamente debido a que el sistema regular aún no está preparado para atender sus necesidades especiales de educación.

Hay también bastantes casos de inclusión educativa concluidos con éxito, habitualmente con apoyo pedagógico externo, pero es cierto que se trata de casos particulares, y donde aún queda mucho por debatir y hacer. *Lo importante es tener presente que cada persona es un ser único e irrepetible y, por ello, no es posible generalizar.* En todo caso, a nivel internacional la tendencia es la integración en el sistema común de la sociedad que permitiera a estas personas llevar una vida íntegra y satisfactoria, aunque no posean un coeficiente intelectual determinado. Los desafíos de las sociedades modernas apuntan en este sentido a aceptar, respetar e incorporar a la diversidad en todos los planos de la vida; **siendo clave el enfoque laboral.**

En general, la situación actual muestra que las personas con limitación intelectual *disponen de pocas oportunidades para hacer lo que saben o han aprendido a hacer* en los centros especiales, ya que les faltan oportunidades, que se confíe en ellas y que se les proporcionen responsabilidades.

También disponen de pocas oportunidades de equivocarse, necesitan asumir riesgos y aprender de las equivocaciones. En ocasiones no se respetan sus derechos como personas (participación, privacidad, elección y autorregulación).

En la mayoría de los casos, las personas que están dentro del perfil del presente proyecto, tienen opciones de crear, pensar y configurar su proyecto de vida, por lo que es importante que se les dé un reconocimiento personal como adultos, que se les permita autodeterminar lo que desean hacer, y ser protagonistas de su propia vida.

Finalmente, vemos también, que tienen un abanico reducido de oportunidades para poner en práctica sus ilusiones y hacer lo que hacen las personas adultas de su edad, por lo tanto, hacen falta programas de acompañamiento social a través de intervenciones individuales realizadas en entornos naturales cercanos a la persona; pisos supervisados, acompañamiento personalizado, etc.

Por todo lo expuesto, la finalidad última y primordial de este Centro, es procurar la rehabilitación psicosocial de estas personas, pre-mayores, con Funcionamiento Intelectual Límite y otras problemáticas adquiridas, procurándoles las estrategias adecuadas para mejorar su calidad de vida tanto en el centro como en el domicilio familiar y en la interacción social.

Se pretende:

- *La rehabilitación psicosocial.*
- *La reincorporación al domicilio y/o apoyo en el mismo. En caso de ausencia de la familia en pisos supervisados o acompañamientos personalizados.*
- *Preparación “expresa y concreta” para que el futuro destino en una residencia normalizada sea exitoso.*

4. OBJETIVOS

Las finalidades del proyecto APROPAL - ADEFIL, pretende reflejar la filosofía educativa del modelo multidimensional de psicología, la reforma psiquiátrica y la tendencia socio-integradora de los currículums educativos actuales, los cuales servirán de guía en el modelo de intervención que pretendemos llevar a cabo en este proyecto, para atender de forma eficaz a estas personas. También este proyecto, pretende ser referencia y apoyo para otras iniciativas que tengan estos mismos objetivos.

a) OBJETIVO GENERAL

Servir de manera Integral a las personas adultas límites intelectuales y sociales que no han recibido respuestas adecuadas a sus demandas específicas durante muchos años y/o que están en alto riesgo de exclusión social, y sin posibilidades de recibir la ayuda necesaria y adecuada. Se hará a través de este proyecto, creando ambientes adaptados lo más parecidos a un hogar digno, lleno de respeto y amor al ser humano, y utilizando entornos-ambientes normalizados; con la finalidad de que estas personas, puedan vivir y desarrollarse digna y adecuadamente a sus potencialidades, remarcando el carácter integrador en el ámbito biopsicosocial. Enfatizando en el carácter recuperador del proyecto, ya que se trata de apoyar-rehabilitar-cuidar a personas dependientes, en peligro de exclusión social y/o deterioradas por muchos años sin recibir atención, por larga institucionalización y otros sucesos, acciones u omisiones ajenas al individuo; “dependencia adquirida”

b) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- *Generar espacios de convivencia para que las personas con la problemática de Funcionamiento Intelectual Límite, aprendan a desenvolverse y*

aprovechar y potenciar sus habilidades remanentes en función de un desarrollo acorde a su etapa de vida.

- Adquirir un mayor número posible de hábitos de higiene y habilidades sociales, dirigidas a su autonomía y convivencia, para que estas personas se sientan más adecuadas, dignas y adaptadas en su entorno. *Dichas habilidades irán encaminadas, según los casos, a lograr que el futuro ingreso en un centro de mayores normalizado, sea exitoso.*
- *Generar en los usuarios la necesidad de aprender labores ocupacionales productivas y enseñarles a gestionar su ocio y tiempo libre de forma enriquecedora para desarrollar su personalidad.*
- *Facilitar que los usuarios desarrollen las relaciones interpersonales dentro del grupo, además de intentar fortalecer los lazos familiares.*
- *Crear programas específicos de acuerdo a las necesidades particulares de cada persona, para dar una respuesta adecuada a cada una de ellas.*
- *Mantener ambientes ordenados y debidamente limpios, de manera tal, que sirvan de referencia para los usuarios, y de esta manera fomentar pensamientos organizados, emociones controladas y comportamientos equilibrados.*
- *Proporcionar el material didáctico necesario, para que los usuarios tengan la libertad de desarrollar sus propios intereses, haciéndoles partícipes de su propio proyecto de vida.*
- *Desarrollar programas psico-fisioterapéuticos individualizados que motiven a la participación, al ejercicio físico-actividad y al conocimiento de las posibilidades, limitaciones y necesidades de cada usuario.*
- *Evitar procesos de marginación y/o Institucionalización, a través de un ambiente muy parecido a un hogar seguro y amable que respete la individualidad.*
- *Mantener permanentemente adaptadas las instalaciones de acuerdo a las necesidades de los usuarios del centro y cumplir con la legislación vigente al respecto.*
- *Propiciar la formación y adaptación continua de los profesionales del centro, y otros, que estén involucrados en el proceso rehabilitador; con la finalidad de dar a los usuarios, una respuesta de mejor calidad.*
- *Ajuste de medicación y control general de la salud por médico psiquiatra.*

5. MARCO TEÓRICO

a) Reforma psiquiátrica.

Uno de los marcos teóricos con el cual nuestro proyecto se identifica esencialmente, es el movimiento de la reforma psiquiátrica que surgió como embrión en la Inglaterra de la posguerra (II G M), y se expandió a Estados Unidos y a toda Europa, presentando su auge en Italia en la década de los 70. Dicho movimiento preconiza la desinstitucionalización de las personas con enfermedades mentales y su progresiva readaptación a la vida social, rescatando su ciudadanía y la máxima autonomía que pueda alcanzar de acuerdo con sus características individuales. Al revés del modelo hospitalario y del paradigma exclusivamente médico, propone la atención y cuidados en centros de salud, pisos protegidos, residencias, casas tuteladas, etc, con equipos multidisciplinares, trabajando conjuntamente y con las respectivas familias.

En España, es la Ley General de Sanidad de 1986, la que inicia la reforma con la idea popular de “van a cerrar los manicomios”; y se llenó la calle de personas “terreno de nadie”. Y se llegó a la actualidad, donde la tendencia es anteponer la palabra persona a la de enfermo, y se preconiza la idea en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal. Pero lamentablemente hay una asignatura pendiente con estas personas “terreno de nadie”; personas adultas – mayores, que están a caballo entre la enfermedad mental y la discapacidad intelectual, pero claramente mas discapacitados que enfermos mentales.

b) “Discapacidad intelectual”

El retraso mental se define como una discapacidad que se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa expresada en las habilidades adaptativas, cognitivas, sociales y prácticas y se origina antes de los 18 años. Mejor denominamos: Retardo mental límite, Boderline, Funcionamiento Intelectual Límite, Personas con capacidad Psíquica Limitada (FIL)

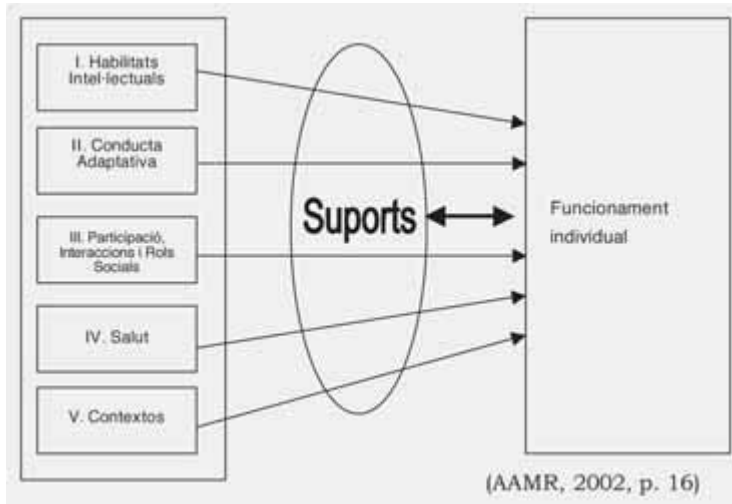
Cinco asunciones esenciales para la aplicación de la definición:

1. Las limitaciones en el funcionamiento actual deben considerarse dentro del contexto de los entornos comunitarios típicos de los compañeros de la misma edad y cultura del individuo.
2. Una evaluación válida debe considerar la diversidad lingüística y cultural y las diferencias en los factores de comunicación, sensoriales, motrices y conductuales.
3. En un mismo individuo, las limitaciones a menudo se dan junto con puntos fuertes.
4. Un objetivo importante a la hora de describir las limitaciones es desarrollar un perfil de los soportes necesarios.

5. Generalmente, el funcionamiento de vida de la persona con problemática FIL, mejorará si se le proporcionan los apoyos personalizados adecuados durante un periodo de tiempo continuado. Siendo la edad una problemática añadida.

c) Modelo multidimensional

La definición de discapacidad intelectual presentada y comentada anteriormente se basa en un modelo teórico multidimensional:



Este modelo nos proporciona una forma de entender la persona y su funcionamiento individual, aporta una descripción del individuo utilizando cinco dimensiones personales que pueden englobar todos los aspectos de la persona y su contexto. El modelo contempla la discapacidad intelectual en todas las relaciones e interacciones con el entorno que representa la vida de una persona, ya que la persona con discapacidad intelectual no es un individuo aislado, pertenece a un contexto donde debe desarrollarse y alcanzar una vida de calidad. Para interactuar con el propio entorno el individuo pone en juego su funcionamiento individual, por lo tanto hay que dotarlo de apoyos en los diferentes aspectos para que pueda desarrollarse en su entorno de una manera lo más provechosa posible, para él y para el contexto.

- **Dimensión I: Las habilidades intelectuales**

La inteligencia refleja una capacidad de la persona por adaptarse y convivir en su entorno: entenderse, dar sentido a las cosas y resolver conflictos que puedan surgir. Las limitaciones de la inteligencia deben tenerse en cuenta desde la perspectiva de las otras cuatro dimensiones.

- **Dimensión II: La conducta adaptativa**

Las limitaciones en la conducta adaptativa acostumbran a darse en convivencia con puntos fuertes en otras áreas de habilidades adaptativas. Las fortalezas y las limitaciones deben ponerse en juego en el contexto natural por establecer así la necesidad individual de apoyos. Las limitaciones en la conducta adaptativa afectan a la vida diaria de la persona y a la capacidad de respuesta frente a un cambio, por lo tanto las limitaciones

en la conducta adaptativa deben verse desde la perspectiva de las otras cuatro dimensiones.

- **Dimensión III: Participación, interacción y roles sociales**

La participación es la implicación y la realización de las faenas por parte de la persona en diferentes situaciones de la vida real. El hecho de participar implica interaccionar con el entorno y asumir diversos roles sociales valiosos, que ayudan a la persona a desarrollarse en el contexto. Si la persona con discapacidad intelectual se encuentra en un entorno natural para él (con gente de su edad, cultura, lengua...) le será más fácil participar, interaccionar y adquirir roles sociales.

- **Dimensión IV: Salud**

Evidentemente, el estado de salud físico, fisiológico y mental influye en el funcionamiento individual de la persona y por tanto en las otras cuatro dimensiones. Como todo el mundo, algunas personas con discapacidad intelectual gozan de un buen estado de salud, pero otros sufren alguna enfermedad que puede influir en la evaluación de los apoyos necesarios. Tanto la patología en sí como la medicación administrada para tratarla, pueden comportar alteraciones en el funcionamiento individual de la persona.

- **Dimensión V: Contexto**

El contexto es el escenario de acción donde las personas viven y se desarrollan diariamente.

El contexto se observa desde una perspectiva ecológica que comprende tres niveles: en primer lugar el microsistema, que engloba la propia persona, la situación social inmediata y la familia y gente cercana; en segundo lugar el mesosistema, que comprende el barrio, la comunidad y las organizaciones o entidades sociales y por último el macrosistema que abarca los patrones sociales y culturales básicos y las influencias socio-políticas. Aunque actualmente no sea posible una evaluación estandarizada del contexto, hay que tenerlo muy en cuenta, ya que son los entornos-ambientes donde viven las personas los que normalmente condicionan actitudes, predisposiciones y preposicionamientos; Retroalimentación.

- **Evaluación, soportes y áreas de ayuda.**

El sistema de evaluación que propone el proyecto dirigido a personas adultas límites con retardo mental, escasas habilidades sociales y bajo nivel de arousal emocional, enmarca la evaluación de la persona con Funcionamiento Intelectual Límite, en torno de tres aspectos o funciones principales.

- 1) El diagnóstico: establece la elección del tipo de servicio.
- 2) La clasificación: agrupa y organiza la información.

- 3) La planificación de las ayudas: delimita el perfil de los soportes o apoyos necesarios para cada persona.

Los soportes son recursos y estrategias para promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal del individuo, que mejoran su funcionamiento individual; por ejemplo, los servicios ofrecidos por los profesionales y las instituciones. Dependiendo de la duración y frecuencia de estos apoyos, los soportes pueden ser de varios tipos e intensidades y referidos a situaciones de acción-intervención diferentes.

- *Soporte Generalizado*: Es un tipo de soporte cuya duración será posiblemente toda la vida. La frecuencia es alta, continua y constante. Se da en todas o casi todas las situaciones. Hay contacto y control constante por parte de los profesionales. Los soportes se llevan a cabo en el centro y dependen de los otros.
- *Soporte Extenso*: Es un tipo de soporte cuya duración normalmente es continuada. La frecuencia es regular, anticipada e incluso podría ser alta. Se da en diversas situaciones, normalmente no en todas. Hay contacto regular y continuado, o control por parte de profesionales. Hay una mezcla de soportes naturales y del servicio. Poco grado de autonomía y de elección.
- *Soporte Limitado*: La duración es de tiempo limitado y ocasionalmente continuado. La frecuencia es regular, anticipada e incluso podría ser alta. Se da en diversas situaciones, normalmente no en todas. El contacto de los profesionales es de tiempo limitado, regular, frecuente o de vez en cuando. Hay una mezcla de soportes naturales y del servicio. Poco grado de autonomía y de elección.
- *Soporte Intermitente*: La duración es siempre que sea necesario. La frecuencia es baja. Se da en pocas situaciones. La ayuda del profesional es de consulta y/o discusión ocasional, con horario de citas, control de vez en cuando, etc. Los soportes serán naturales, con alto grado de elección y autonomía.” (APPS, 2003, p. 6) Hay que formatar este párrafo con los anteriores

- **Las áreas de ayuda** en las que nos basaremos son:

- (1) Desarrollo humano
- (2) Educación y enseñanza
- (3) Vida en el hogar
- (4) Vida comunitaria
- (5) Trabajo – actividad
- (6) Salud y seguridad
- (7) Conductual
- (8) Socia
- (9) Protección y defensa

- **Calidad de vida**

Partimos de la definición de la OMS

“Calidad de vida, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas e inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, NIVEL DE INDEPENDENCIA, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”

Otra definición puede ser: *“Bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida”*

Las mejoras que experimenta la persona a través de la intervención en el centro, se deben ver reflejadas en la mejora de su calidad de vida, adquisición de habilidades personales y sociales, que le permitan progresivamente llevar una vida digna y lo mas natural y saludable posible.

Es preciso tener en cuenta que la calidad de vida es uno de los aspectos que más ha de potenciarse desde cualquier servicio dedicado a la atención de personas con limitación intelectual. Aspectos psicológicos, físicos, relaciones sociales, intimidad.

Con calidad de vida se contribuye al aumento del potencial humano de las personas con limitación intelectual. En general, lo consideramos deseable y saludable para cualquier persona. *También hay que contar con el entorno óptimo para conseguir progresos*; en un entorno respetuoso que permita compartir lugares ordinarios dentro de la comunidad, tomar decisiones y tener experiencias significativas.

En el 2003 R Schalock afirmó que podría entenderse la calidad de vida como un conjunto de factores o dimensiones, se debe tener en cuenta una serie de indicadores objetivos y subjetivos, una noción sensibilizadora, un constructo social, y un tema unificador. *Las dimensiones de la calidad de vida* que se tendrán en cuenta para atender a los usuarios del centro residencial serán las siguientes:

- ◇ Bienestar emocional
- ◇ Relaciones interpersonales
- ◇ Bienestar material
- ◇ Desarrollo personal
- ◇ Bienestar físico
- ◇ Autodeterminación
- ◇ Inclusión social
- ◇ Derechos

- **Educador acompañante**

Los profesionales de este centro deben partir de un enfoque basado en el *acompañamiento socio-educativo, y humanista*, es decir, respeto a la persona y su entorno, ante todo. Es una forma de entender la relación entre el profesional que interviene y al usuario que está recibiendo el servicio, siempre basada en la ética y la confianza.

El educador acompañante debe saber que los usuarios deben ser tratados como personas únicas, irrepetibles y poseedoras de un proyecto personal propio que debe respetarse, apoyar y orientar.

También, *huir de la etiqueta estigmatizadora* que nos proporciona el diagnóstico y entender a la persona como un ser pluridimensional al que hay que escuchar y mirar en particular.

Además, el educador debe tratar en todo momento de potenciar el desarrollo corporal, intelectual, emocional, social y espiritual, facilitar la participación de las personas en su contexto social, y ofrecer servicios abiertos al entorno. Por ejemplo: guiar a la persona en la consecución del itinerario que ésta ha escogido.

El acompañante debe evitar las conversaciones con educadores y familiares sobre la persona con limitación en presencia de ésta, y vigilar el lenguaje que usa cuando se refiere a la misma. También ha de saber respetar su intimidad y objetos personales como la agenda, o su ropa personal.

El educador acompañante debe confiar en las capacidades de la persona y enseñarle a opinar y a decidir respetando sus decisiones.

Nuestro centro trabajará por la igualdad de derechos y oportunidades de las personas. Entendiendo que nuestros usuarios son personas que están en alto riesgo de exclusión social y con deficiencias en las habilidades sociales e intelectuales, respetando las normas y leyes legales que se refieran a estas personas.

d) Modelo de Intervención Psicológica

El modelo de intervención psicológico para este proyecto será preferentemente el modelo ecléctico actual. Desde la clínica profesional buscamos complementar la mirada integral de la persona en procesos psicológicos y psicosociales, haciendo énfasis en las clínicas terapéuticas de psicología social, psicología conductista, reconstruccionista, humanista, cognitiva, psicología de la gestalt, psicología de los sistemas, psicología transpersonal y el sistema médico.

Desde un punto de vista teórico

El acercamiento, la convergencia, la integración estos conceptos describen actitudes terapéuticas considerablemente básicas.

El acercamiento: es establecer un contacto afectivo sobre una relación lo más cordial posible; supone un conjunto de situaciones relacionales previas antes de conseguir una situación terapéutica absoluta.

La convergencia: es la acción dirigida hacia la consecución de un fin común; esto supone el conocimiento mutuo por parte del terapeuta y del paciente de unos ciertos objetivos y de los principios clínicos comunes.

La integración: es el poder colocar las partes en un todo, que a la vez que consigue aunarlo de forma coherente, le da un sentido lógico a la meta propuesta. Se puede afirmar que la psicoterapia, es en sí misma una técnica eficaz y que no existe una modalidad técnica superior a otra.

Al hablar de qué tipo de tratamiento es más eficaz para un individuo adulto con un problema específico, con unas rutinas de muchos años, y bajo unas condiciones determinadas, se puede contestar que los terapeutas y sus técnicas se pueden intercambiar sin que se aprecie diferencia significativa alguna, esto se puede percibir al analizar los distintos estudios que se han realizado desde un punto de vista comparativo.

e) Modelo de Intervención Pedagógica

Nos remite a la organización del trabajo en el CRO – Residencia Hogar, en torno a los contenidos seleccionados, para que las personas con limitación intelectual alcancen los objetivos propuestos. Se trata de que las personas adultas pre-mayores con necesidades educativas especiales, progresen en el aprendizaje y que desarrollen también sus capacidades-habilidades mediante la realización de las actividades educativas.

Debemos partir, por lo tanto, de una metodología común que incluya suficientes oportunidades para que las personas con limitación intelectual mantengan la motivación por el aprendizaje y se facilite su generalización.

Determinar y actualizar los conocimientos previos de las personas antes de iniciar un nuevo proceso de enseñanza y aprendizaje.

Al iniciar el trabajo, revisaremos el aprendizaje previo que ya tienen estas personas sobre los contenidos a tratar, para determinar con más precisión, si las tareas previstas son adecuadas o se precisa incorporar alguna con anterioridad. En función de los requerimientos se tendrán en cuenta los diferentes aspectos:

- Globalizar los contenidos en torno a centros de interés que conecten con experiencias o intereses de las personas con discapacidad intelectual.
- Hacer uso de estrategias que incluyan la experiencia directa y la reflexión sobre ella, como el aprendizaje por descubrimiento.
- Utilizar técnicas que permitan la colaboración entre las personas y la aportación de cada uno desde sus competencias reales, como el aprendizaje cooperativo o la enseñanza tutelada.
- Adecuar el lenguaje al nivel de comprensión de las personas con problemática FIL, utilizando con frecuencia las preguntas para comprobar que aquellos que presentan mayores dificultades son capaces de entender lo que se les está exponiendo y para tener la seguridad de que saben lo que tienen que hacer y cómo han de realizarlo.

f) Modelo de Intervención Terapia Ocupacional

Basada en el estudio de la ocupación humana y en los efectos beneficiosos que tiene para la salud de la persona, incrementaremos el uso terapéutico de actividades de autocuidado, trabajo-actividad, juego-ocio y ejercicio físico, para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y así prevenir el progreso de la limitación.

Eligiendo un contexto personal, espacial y temporal, y un entorno donde realizaremos la terapia; a través de ella, el ser humano crece, se desarrolla, se conoce y construye su identidad personal y social.

La ocupación la podemos dividir en:

○ Áreas de Desempeño Ocupacional:

- Actividades de la Vida Diaria:

▪ Básicas:

- ◇ Cuidado personal: higiene (baño, pelo, uñas y dientes), vestido, acicalamiento, alimentación (alimentarse -

comida), continencia y regularización de excretas, utilización del WC.

- ◇ Movilidad funcional: transferencias (silla de ruedas, bañera, cama...), locomoción (marcha, escaleras, asesoramiento y uso sillas de ruedas, auxiliares para la marcha)

- **Instrumentales:**

- ◇ Comunicación funcional: comprensión y expresión
- ◇ Preparación de comida
- ◇ Rutina de medicamentos
- ◇ Manejo de dinero
- ◇ Cuidado de la ropa
- ◇ Manejo del teléfono
- ◇ Manejo del transporte

- **Actividad de Trabajo:**

- ◇ Manejo del hogar: limpieza, planificación de tareas, compras, organización de comidas, procedimientos de seguridad.
- ◇ Cuidado de terceras personas.
- ◇ Actividades educativas.
- ◇ Actividades laborales: exploración vocacional, adquisición de empleo, desempeño del empleo, planificación de la jubilación.

- **Actividad de ocio:**

- ◇ Exploración.
- ◇ Desempeño.
- ◇ Relaciones con el entorno.
- ◇ Manejo del medio/recursos.
- ◇ Relaciones interpersonales.
- ◇ Socialización.
- ◇ Expresión sexual.

El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional se basa en una perspectiva centrada en la persona, recobrando así las raíces humanistas de la profesión. Concibe a las personas como seres espirituales que son agentes activos con el potencial para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones en su medioambiente, y que pueden participar como compañeros dentro de una práctica centrada en la persona.

- **Evaluación:**

La evaluación del desempeño en cada área ocupacional y en cada actividad es la parte más importante de la valoración de la ocupación. El terapeuta ocupacional evalúa con

precisión el grado de autonomía en cada actividad, así como las habilidades motoras, de procesamiento, de comunicación e interacción que el paciente posee.

○ **Intervención:**

Para la valoración y la intervención de los usuarios en el centro, el terapeuta seguirá los siguientes puntos:

1. *Evaluación inicial interdisciplinar:* El terapeuta aporta datos sobre el desempeño de las AVDs de la persona y sus límites y potenciales al realizar estas. Además, también tendrá en cuenta las evaluaciones de los demás profesionales.
2. *Diseño del plan individual.*
3. *Intervención y seguimiento* bimensual del plan individual a través del sistema de tutorías.
4. *Evaluación general y semestral.*

Los roles que asumirá el terapeuta, son de posibilitar la ocupación en las áreas de auto cuidado, ocio y productividad, los cuales implican un proceso de cooperación con el paciente y su familia y facilitar el cambio en los componentes de actuación y del medio ambiente.

6. MARCO LEGAL

Partiendo del marco legal que actualmente tenemos en Europa, en el Estado Español y en Madrid pueden observarse las diferentes posibilidades de trabajo que se ofrecen a las personas con discapacidad intelectual y escasas habilidades sociales

Las disposiciones legales que de alguna manera más general han incidido en el avance de la integración social de las personas con discapacidad, son las siguientes:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Declaración de los Derechos de los Disminuidos. Organización de las Naciones Unidas (ONU), 1975
- Constitución Española, 1978 artículo 35 y 49.
- Estatuto de trabajadores, Ley 8/1980, del 10 de marzo.
 - Ley 13/1982, del 7 abril, Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)
 - Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Recomendaciones del Consejo de Europa sobre el trabajo de los minusválidos, abril 1988.
- Convenio sobre la readaptación profesional y la ocupación de personas minusválidas, convenio 159. Ginebra, 1989.

LEY Y ORDEN RELATIVA AL RÉGIMEN DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS Y CENTROS DE ACCIÓN SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES

LEY 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la calidad en la prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

- Orden 612/1990, de 6 de noviembre, de la Consejería de Integración Social, por la que se desarrolla el Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al Régimen de Autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales.
- BOCM 15 de noviembre de 1990, corrección de errores BOCM 11 de diciembre de 1990. Esta Orden fue modificada por:
- Orden 778/1995, de 17 de abril, de la Consejería de Integración Social, por la que se modifico parcialmente la Orden 612/1990, de 6 de noviembre (BOCM 24 de abril de 1995), cuya Disposición Adicional Única establece lo siguiente:
- Orden 1196/1995, de 26 de junio, de la Consejería de Integración Social, por la que se modifican parcialmente las Órdenes 612 y 613/1990, de 6 de noviembre. (BOCM 28 de junio de 1995)

BOCM 23 de diciembre de 2002. El texto reproducido incorpora las modificaciones efectuadas por las siguientes normas:

Normativa relativa a los CRO:

Las siguientes normativas nos configuran un marco legal de actuación, creando una red de derechos, deberes y condiciones que hay que cumplir para proyectar y poner en marcha nuestro centro.

- Decreto 100/1984, del 10 de abril, sobre supresión de barreras arquitectónicas.

El objetivo de este decreto es el de establecer una serie de normas esenciales y criterios básicos para eliminar las barreras arquitectónicas en el diseño y construcción de vías, espacios urbanísticos, medios de transporte y edificios de servicios.

En la cuestión de edificaciones, el decreto nos dice que hace falta que haya como mínimo un acceso libre de barreras arquitectónicas, que los espacios interiores gocen de la suficiente amplitud para hacer posible la movilidad o la maniobra de una silla de ruedas y como mínimo un sanitario de uso público, tendrá que ser adaptado para la utilización de cualquier persona con movilidad reducida.

- Orden del 15 de julio de 1987, que despliega las normas de autorización administrativa de servicios y establecimientos de servicios sociales y de

funcionamiento del Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales, fijadas en los capítulos 2 y 3 del Decreto 27/1987, del 29 de enero. Esta orden regula el proceso de autorización administrativa de apertura, modificación o cierre de un servicio o establecimiento de servicios sociales y fija las condiciones mínimas, a diversos niveles, que hace falta llenar para que el servicio o establecimiento pueda ser autorizado e inscrito en el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales de la Dirección General de Servicios Sociales.

- Decreto 279/1987, del 27 de agosto, por el cual se regulan los centros ocupacionales para disminuidos. Este decreto establece el régimen jurídico, económico y de relaciones personales de los servicios y establecimientos de servicios sociales clasificables como centros ocupacionales para disminuidos. Se define el servicio y sus usuarios, se acotan las funciones del servicio, los instrumentos y recursos para la organización interna y diferentes aspectos de financiación y relaciones.
- Ley 20/1991, del 25 de noviembre, de promoción de accesibilidad y de supresión de barreras arquitectónicas. Esta ley pretende garantizar a las personas con movilidad reducida o con cualquier otra limitación la accesibilidad y la utilización de los bienes y servicios de la sociedad y también promover las ayudas técnicas adecuadas en cada caso para mejorar la calidad de vida de las personas. De hecho amplía las bases sentadas en el Decreto 100/1984.
- Orden 06/1992, del 28 de julio, que despliega el Decreto 279/1987, especificando y detallando el procedimiento de ciertas funciones que según el decreto citado se vuelven responsabilidad del Departamento de Bienestar Social; por una parte la acreditación de centros ocupacionales, por su integración en la Red Básica de Utilización Pública, que está gestionada por el Instituto de Asistencia y Servicios Sociales (IMASS) y tiene por objetivo garantizar la atención terapéutica diurna gratuita, y por otra parte establecer un sistema de asignación y concentración de plazas de este servicio.
- Decreto 280/1993, del 28 de septiembre, de modificación del Decreto 279/1987. Este decreto prorroga hasta finales de 1996 el plazo, fijado a la disposición transitoria 1 del Decreto 279/1987, para la adaptación gradual de talleres para personas con discapacidad.
- Decreto 135/1995, del 24 de marzo, de despliegue de la ley 20/1991, de promoción de la accesibilidad y de supresión de barreras arquitectónicas. Este decreto también dispone que el gobierno de la Generalidad deberá aprobar un código de accesibilidad que refunda todas las normas dictadas en la materia. El presente decreto deroga el decreto 100/1984.

- Orden del 21 de enero de 1999, de modificación del orden 06/1992 que despliega el Decreto 279/1987. Esta orden modifica los baremos de valoración previstos en el orden 06/1992, con el objetivo de ofrecer una correcta atención a los usuarios para promover la mejora de su calidad de vida.

Nos encontramos ante una legislación relativamente antigua en algunos aspectos, ya que el decreto que fundamentalmente y en su esencia regula un CRO, data de 1987 y la orden que lo despliega, de 1992, momento en que empezaban a emerger nuevas y modernas teorías sobre la integración social y sobre la manera de entender a la persona con discapacidad intelectual. Estas teorías y perspectivas modernas han ido progresando y se han consolidado. También han aparecido nuevas, pero nuestra legislación no ha progresado en este campo, por lo tanto en algunos aspectos podríamos decir que la legislación no responde a las necesidades del sector ni de la sociedad actual.

Hay que decir que la ley en ningún momento predetermina un procedimiento psicopedagógico concreto a seguir, por lo tanto el hecho de que sea antigua no impide que se puedan adoptar posturas modernas en atención directa al usuario. Teniendo en cuenta los cambios producidos en 1999 también hay aspectos legislativos que han experimentado un progreso para adaptarse a la realidad.

El centro que se presenta estará catalogado como Centro Residencial Ocupacional para Disminuidos, dentro de los Establecimientos de día, englobados en los Establecimientos de Acogida diurna y nocturna, como Servicios Sociales Especializados y entendido generalmente como un Servicio o Establecimiento de Servicios Sociales. Tiene por objeto facilitar a los usuarios, mediante una atención diurna y nocturna de tipo rehabilitador integral en el ámbito Biopsicosocial a fin que puedan alcanzar, dentro de las posibilidades de cada uno, su máxima integración social (Orden del 15 de julio de 1987).

Proponemos un centro privado subvencionado. Privado ya que la gestión económica y de relación con la administración, pertenece a una asociación ambientalista y subvencionado ya que este tipo de servicio se beneficia de un concierto económico con la administración, que se regula mediante los baremos actuales (Orden del 21 de enero del 1999) y el convenio laboral del sector. La misión de este CRO es: “el acompañamiento y atención de las personas adultas con discapacidad intelectual con el objetivo de conseguir el mayor grado de integración social, contribuyendo así en la mejora de su calidad de vida”.

No existirá en ningún momento ni por ningún motivo, relación laboral entre los usuarios y el centro, su relación jurídica siempre es de asistencia y de atención terapéutica (Decreto 279/1987, del 27 de agosto).

En la Comunidad de Madrid, un Centro Residencial Ocupacional (CRO) se entiende como un servicio social dirigido a personas que tengan la mayoría de edad, con discapacidad intelectual justificada mediante un certificado de disminución igual o superior al 65 % y que actualmente no tengan capacidad manifiesta para gozar de un

contrato laboral en una empresa ordinaria o en un Centro Especial de Trabajo (CET). (Decreto 279/1987, del 27 de agosto).

En términos generales, la finalidad del centro residencial y ocupacional en Torremocha de Jarama , Madrid, es fomentar de manera global y permanente, mediante la psicoterapia, terapia ocupacional y el ajuste personal y social, el desarrollo físico, psicológico, social y cultural de las personas que reciben en el atención, dentro de un contexto determinado y particularizado.

Este proyecto define un servicio que pretende ir un poco más lejos, por lo tanto, este CRO debe llegar a ser un espacio de referencia, organización y planificación de apoyos para las personas denominadas “*en terreno de nadie*”

Estos tipos de apoyos deben ser naturales al máximo y deben contribuir plenamente al desarrollo de habilidades intelectuales, de la conducta adaptativa, de participación social, de salud personal y de interacción de la persona en su contexto real; dimensiones de la persona que se vuelven de vital importancia para realizar actividades del día a día y alcanzar una calidad de vida

Gestión de los centros residenciales según la Normativa UNE. Que como ya hemos dicho, trataremos de ser certificados inicialmente UNE-ISO-9001:2008, para posteriormente serlo por EFQM de Excelencia.

Los esquemas de certificación de servicio referidos a las normas de la familia UNE 158000 para los servicios prestados en Centros residenciales UNE 15801 Centros de día/noche UNE 158201 Ayuda a domicilio UNE 158301 y Telé- asistencia UNE 158401 están concebidos para regular de forma homogénea aspectos de las instalaciones, el equipamiento, la prestación del servicio, la información y comunicación de los usuarios, la contratación de los servicios, los protocolos de atención higiénico-sanitarios y psicosocial, los recursos humanos y la gestión de la calidad, para establecer las bases de un sistema de servicios que genere confianza en la sociedad.

La adopción de estas normas facilita el cumplimiento de la legislación en la materia, siendo de aplicación a las organizaciones que llevan a cabo la prestación de estos servicios independientemente de la titularidad de las mismas (pública o privada). Debe tenerse en cuenta que son las Administraciones Públicas competentes las que tiene la capacidad de acreditar a las organizaciones para que lleve cabo la prestación de estos servicios.

- Beneficios para la residencia:

- 1) Facilitan a las empresas y las Administraciones Públicas, el cumplimiento de la legislación vigente asociada a la prestación de estos servicios.
- 2) Su implantación, permite una gestión más eficiente, segura y profesional de los servicios, asegurando a través de los indicadores de gestión y de procesos

en ellas definidos, la permanente evaluación y seguimiento de la calidad del servicio prestado.

3) Permiten a las empresas prestadoras de estos servicios mayor diferenciación en el mercado. Supone un reconocimiento.

4) Suponen adoptar una norma que ha sido elaborada en el consenso de todas las partes implicadas durante el proceso de normalización, Administraciones Públicas, CC.AA, Municipios, Asociaciones Sectoriales, Tercer Sector, sindicatos.

- Beneficios para las personas usuarias:

- El trato profesionalizado, el apoyo psicosocial, familiar, la convivencia y las relaciones con el entorno, son los ejes principales para alcanzar la satisfacción de los usuarios.

- Los requisitos contemplados en estas normas consideran no sólo a los usuarios y prestadores de servicios, sino también a otras partes interesadas, como a los familiares y la interacción con los servicios de salud.

- La certificación permite a los clientes identificar y diferenciar los servicios ofrecidos por cada empresa, beneficiándose así de una información pública que genera un mercado libre y transparente.

7. DESTINATARIOS

La capacidad del centro es de 12 personas en régimen de residencia y 10 mas en régimen de centro de día. Total 22 personas

*El proyecto va dirigido a las personas adultas pre-mayores, que están en edades **entre 45 y 65 años**, límites intelectuales, límites socio-laborales, límites por afectación mental, adultos que tienen dificultades en su funcionamiento intelectual (**FIL**), personal y social por rutinas negativas de muchos años de progresión, larga hospitalización o deterioro cognitivo, cuyo grado de disminución es igual o superior al 33%, según la valoración hecha por el Equipo de Valoración y Orientación (EVO) del ICASS aplicando las tablas publicadas por el Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, del 8 de marzo de 1984.” (Decreto 279/1987, del 27 de agosto, art.3).*

Así mismo se dirige a ofrecer apoyo a las familias que conviven, cuidan y defienden los derechos de estas personas llamadas “*terreno de nadie*”, que presentan Funcionamiento Intelectual Límite y alguna otra afectación, a una edad frontera muy compleja (**45 – 65 Años**).

También a amigos y terapeutas interesados en formar parte de la Fundación
Igualmente a voluntarios y benefactores.

Éstos serán los núcleos de trabajo a los que va dirigido nuestro proyectado CRO, y las esperanzas de mejora de calidad de vida, a corto y largo plazo, que pretendemos ofrecer a estas personas.

Se trata de adultos con problemática FIL, que son límite en una o varias de las dimensiones enumeradas y por diversos motivos, a las que la vida les ha sobrepasado y marcado con una dependencia adquirida; son absolutamente dependientes y vulnerables; pero son personas RECUPERABLES en muchos aspectos de una vida digna, y hay que reencontrarlas y reintroducirlas en la vida actual-cotidiana-normalizada con acompañamiento, y prepararlas, según los casos, para su ingreso futuro en una residencia de mayores normalizada.

Este Centro Residencial Ocupacional, tiene como finalidad el desarrollo de las habilidades sociales, personales y (en su caso profesionales) de las personas con esta discapacidad, que les impide, de forma provisional o definitiva, integrarse o reintegrarse socialmente. *Se trata de personas con una insuficiencia intelectual, mental o social ligera, sin trastornos graves asociados que impidan desarrollar una actividad ocupacional y de convivencia.*

Aparte del cuerpo profesional especializado por el que estas personas serán atendidas en el CRO, otros apoyos son **los voluntarios** ocasionales y los permanentes, cuya función es apoyar y reforzar la rehabilitación psicosocial de dichas personas, objeto de la finalidad del Centro. Apoyar en el trabajo diario en las instalaciones, y reforzar con acompañamiento en las frecuentes salidas casi diarias, y en las salidas de fin de semana al alojamiento-granja escuela de Guadalajara, cada persona realizará actividades de ocio, culturales y tiempo libre que mejor se adapten a su programa individualizado. El contacto con el exterior, la naturaleza, forma de vida rural, forma de vida urbana,, visitas a espacios públicos, piscina, cine, espectáculos, restaurante, tiendas, convivencia con familias colaboradoras, y cualquier entorno normalizado, siempre normalizado.

Consideramos de gran importancia que entre los voluntarios se encuentren familiares, tutores y amigos de los usuarios.

Es claro que en lugares de convivencia tan reducidos (10 – 14 personas), su sostenibilidad económica se fundamenta en el concurso de un grupo de voluntarios muy comprometido.

Por otra parte, se prevé habilitar una habitación, en la que podrá pernoctar alguna de las personas receptoras de las terapias y ocupaciones, con un acompañante y/o familiar en el caso que se considere beneficioso.

8. METODOLOGIA

a) Organización del centro

La organización de este CRO – Residencia Hogar- Otros centros, a nivel normativo y a nivel de distribución de profesionales y recursos, es muy importante para hacer posible la optimización del tiempo, la eficacia en el servicio y la convivencia en el centro.

Se expondrán en primer lugar los diferentes puntos del reglamento del régimen interno del centro, seguidamente se acotarán las áreas de acción y las funciones de los diferentes profesionales, y también se hará una puntualización sobre los recursos necesarios para el funcionamiento adecuado del Centro; finalmente, se presentará un método de evaluación del propio servicio como recurso de mejora constante en la organización de éste.

- Horario

Será el marcado mas adelante en Actividades Específicas

En la organización del centro se encontrará la situación de llegar al mismo y de organizar la tarea que debe realizarse durante todo el día o toda la semana. Igualmente, para poder realizar esa tarea, es imprescindible vestirse con la ropa de trabajo.

Así, cuando los usuarios externos lleguen a primera hora de la mañana, lo primero que harán es organizarse la semana con la agenda personal (si es lunes o el primer día de trabajo) y la jornada laboral. Esta situación se desarrollará en dos espacios: en el vestuario y en la sala donde estará el horario-expuesto de cada grupo.

El usuario se fijará en cada una de las situaciones que hay programadas para toda la jornada (si hay ejercicio físico o no ese día, si le toca rehabilitación o entrevista, la hora del almuerzo o comida, si hay alguna actividad extra...). De esta manera, el usuario, se planificará el día y sabrá qué tendrá que hacer en cada momento y a qué área del taller debe dirigirse. Después de organizar la jornada, cada usuario irá al vestuario, localizará su taquilla, se vestirá o no en función de la situación donde tenga que trabajar, colgará la ropa de calle y dejará sus enseres personales dentro de la taquilla.

- Evaluación de la jornada

En la programación y organización del centro, será necesario el cierre y la finalización de la jornada laboral, haciendo una valoración de lo que se ha realizado durante todo el día. Esta valoración se hará a tres niveles:

1. Usuarios
2. Técnicos
3. Profesionales

b) Normativa interna

- Reglamento de régimen interno

Las funciones primordiales del Centro según consta en el reglamento de régimen interno por el que se ha de regir, serán las siguientes:

a) *Ajuste personal y social*, consistente en el conjunto de actividades dirigidas al usuario que, con la participación directa de éste, tienen por objeto una habilitación estructural de la persona que debe permitir la progresiva adquisición de los hábitos de autonomía personal y habilidades sociales, que tienen que contribuir a una mejora de la relación de la persona con el entorno físico y social. Las actividades de ajuste personal y social ocuparán por norma general, un 50% del tiempo de atención al usuario.

b) *Ocupación terapéutica*, consistente en la adquisición de los hábitos sociales y, en su caso, laborales: habilidades mínimas de trabajo y conocimientos profesionales que puedan permitir la futura integración laboral del usuario –adaptada a sus posibilidades, perfectamente potenciadas – o bien hacer que el que el usuario se sienta útil y necesario.

Tanto las actividades de ajuste personal como las de ocupación terapéutica se adecuarán en cada momento a las necesidades personales de los usuarios, en un proceso totalmente dinámico y flexible.

Así, el presente reglamento afecta a todo el personal que presta sus servicios en el centro, como a los usuarios del mismo y sus representantes legales o de hecho. Regula el funcionamiento general, así como los derechos y deberes de las personas que intervienen en él. Podrán regularse particularmente casos puntuales.

- Horario de atención

El horario de atención a los usuarios será de cuarenta horas semanales, veinte de éstas serán destinadas a actividades de ocupación terapéutica y las otras veinte a actividades de ajuste personal y social (Decreto 279 /1987, del 27 de agosto).

Las cuarenta horas totales de atención irán repartidas de 9:00 a 17:00 horas de lunes a viernes. Dentro de este horario, los usuarios tienen una hora para comer, de 13:00 a 14:00 horas, y una hora de descanso y ocio de 14:00 a 15:00 horas. Durante estas dos horas los usuarios quedan atendidos por un equipo de monitores de comedor y el equipo técnico queda liberado de atención directa; para comer, para reunirse, para programar y para evaluar. La hora de comer y la hora de descanso, así como el tiempo para el almuerzo, entre otras actividades, serán consideradas horas de ajuste personal y social.

El servicio de comedor será prestado por el CRO como servicio complementario, concertando los servicios a la empresa especializada más adecuada

El horario de atención podrá modificarse excepcionalmente si las actividades lo requieren (fiestas, salidas, viajes...), respetando siempre las cuarenta horas semanales.

- Criterios de admisión de nuevos usuarios

Los requisitos de admisión de un usuario en el centro, teniendo en cuenta la legislación vigente (Orden 06/1992, del 28 de julio) y añadiendo ciertos criterios y matizaciones que consideramos oportunas para el CRO, serán los siguientes:

1. Las plazas concertadas serán ocupadas únicamente por las personas que hayan sido valoradas y declaradas por el EVO.

2. Que el usuario o su representante legal o de hecho firme un contrato de asistencia con la entidad titular del centro.

3. Las solicitudes podrán presentarse por los interesados, pero en todo caso deberá figurar la conformidad de su representante legal o de hecho y por la propia entidad titular de la que depende, y serán transmitidas a los órganos de gobierno del centro.

4. El equipo técnico del Centro debe elaborar el PSI (llamado PIR en la legislación) en un plazo de treinta días desde la asignación del usuario. El PSI fijará las actuaciones en las áreas de ajuste personal y de ocupación terapéutica, teniendo en cuenta la personalidad de cada usuario, su propio historial y sus capacidades, y será supervisado por el Centro de Atención al Discapacitado (CAD) de la zona. Asimismo, cada PSI tendrá que indicar la fecha de su revisión.

5. Facilitar toda la documentación y datos que el centro pide:

- a) DNI de los padres o tutor del usuario.
- b) Libro de familia.
- c) Tarjeta de la Seguridad Social.
- d) Certificado de discapacidad del CAD.
- e) Historial médico.
- f) Tarjeta rosa.
- g) Información de las subvenciones o becas que reciban.

6. Compromiso por parte de las familias o los representantes, de colaborar con el Centro para mejorar la calidad de vida de la persona. Se pide colaboración en la entrevista de ingreso del usuario, en la cumplimentación de los diferentes informes y documentos del centro y en las reuniones con cada familia. También se pide la participación y dinamización dentro del proceso de desarrollo permanente de la persona, tomando parte en ciertas actividades del centro y creando situaciones ricas en aprendizajes funcionales.

7. Abono por parte del usuario o los representantes legales o de hecho, de las cuotas correspondientes, de los servicios complementarios, las actividades extraordinarias y vestuario de trabajo.

- Causas de baja de un usuario

Las bajas de los usuarios del centro pueden producirse por alguna de las siguientes causas:

- Por traslado definitivo del usuario a otro centro de diferente tipología: un centro de atención especializada o un CET.
- Por cambio de CRO, con el informe favorable previo del EVO.
- Por baja voluntaria con renuncia a la plaza.
- Por incumplimiento grave y reiterado de la normativa de convivencia
- Por la falta absoluta de colaboración por parte de la familia o los representantes legales con el centro en aspectos primordiales del desarrollo de la calidad de vida del usuario.

- Derechos y obligaciones de los usuarios

Es importante que el usuario conozca los derechos y deberes que tiene dentro del centro. *Sus derechos* son los siguientes:

- A ser respetado en su intimidad, en su integridad física y moral y en sus diferencias como ser humano en sus derechos.
- A utilizar las instalaciones y el material del centro, que tendrá que adaptarse tanto como sea posible a las condiciones personales con las máximas garantías de seguridad.
- A recibir información sobre los aspectos organizativos y de funcionamiento del centro y conocer el reglamento de régimen interno.
- A recibir una gratificación-recompensa-reconocimiento (a determinar), en función del propio rendimiento de trabajo y de los incentivos logrados por buena conducta o buena predisposición al trabajo.
- A conocer y participar en la elaboración del propio PSI.
- Los otros previstos según la legislación vigente (Decreto 279/1987, del 27 de agosto)

Sus obligaciones son las siguientes:

- Respetar la dignidad y las funciones del personal de atención y de apoyo del centro, del resto de usuarios y de sus representantes legales o de hecho, así como respetar las normas de convivencia.
- Asistir regularmente y de manera puntual a las actividades establecidas, justificando las posibles ausencias.
- Participar y colaborar en la elaboración, el seguimiento y la consecución de su PSI, siguiendo las pautas que se puedan establecer dentro y fuera del centro.
- Respetar el calendario de fiestas y vacaciones establecido por el centro.
- Contribuir a financiar los gastos de las actividades extraordinarias, tanto si se realizan dentro o fuera del horario normal de atención, en el supuesto de que no estén subvencionadas, o en la parte que no lo estén.

- Normativa de convivencia

Esta normativa requiere adaptarse en ciertas situaciones, teniendo en cuenta las necesidades de la persona, pero *es necesario que sea conocida y aceptada por las familias y los usuarios del centro*. La normativa se compone de los siguientes puntos:

- Todo usuario, trabajador o voluntario, debe conocer y respetar el horario.
- En el centro, todos deben permanecer con la ropa de trabajo.
- Mantener siempre el respeto y las buenas maneras con las personas con las que se interactúa.
- Respetar el mobiliario, material y espacios del centro.
- Mostrar predisposición y colaboración en los asuntos y en las diferentes tareas del centro.
- Actitud comprometida y abierta por parte de los usuarios en tomar decisiones y opinar, para ir logrando los propios objetivos y así mejorar su calidad de vida, contribuyendo a la armonía general del centro.

El equipo técnico del centro facilitará las ayudas y actuará de manera adecuada y consecuente para que los usuarios conozcan la importancia de respetar la normativa.

Las faltas serán consideradas leves o graves:

1-Faltas leves:

- De cinco a diez faltas de puntualidad sin justificar durante un periodo de un mes.
- Incorrección con los compañeros.
- La falta de asistencia al trabajo sin causa justificada más de cinco días al año.
- Negativa o indiferencia frente al trabajo a realizar.

2-Faltas graves:

- Más de diez faltas de puntualidad durante el período de un mes.
- La reincidencia repetitiva de faltas leves.
- La falta de asistencia al puesto de trabajo, sin justificar, en un período superior a veinte días de trabajo.
- Agresión física, verbal y material.

Las sanciones serán impuestas después de una valoración del equipo técnico, pero en un primer momento la persona tendrá que acudir al despacho de dirección, donde firmará con el director técnico la conformidad de falta grave o leve. Las sanciones máximas que se podrán imponer serán las siguientes:

1) Por falta leve:

*Amonestación por escrito que se deberá devolver firmada por los padres o tutores y una sanción económica a determinar (por ejemplo, de 40 céntimos de euro), que se aplicará a la gratificación mensual que percibe el usuario.

2) Por falta grave:

*Amonestación por escrito a devolver firmada por los padres o tutores, suspensión de las actividades que se crea conveniente durante un máximo de cinco días y una sanción económica a determinar (por ejemplo, de 60 céntimos de euro), que se aplicará a la gratificación mensual a percibir por el usuario.

Para la reincidencia continuada de faltas graves se propondrá al ICASS la baja del centro.

En todos los casos la comunicación con los familiares o tutores será inmediata y continuada.

9. ACTIVIDADES

Esta situación es propia de la ocupación terapéutica dentro de un ámbito plenamente laboral-artesanal donde los usuarios confeccionarán productos y artículos elaborados en su totalidad dentro del centro (artículos de papel, cuero, colgantes...). Se pretende elaborar un stock de productos que sea competitivo y tenga salida en ferias y mercados de artesanía. También se producirán productos de temporada en épocas concretas del año (artículos navideños a final de año, artículos de disfraz para carnaval).

a) **Terapia Ocupacional**

Proporcionará una serie de actividades propias de la ocupación terapéutica, dónde los usuarios trabajarán manipulando de diferentes maneras, según la demanda, productos que lleguen del exterior y que necesiten ser contados, embolsados, clasificados, iniciados, acabados, empaquetados, para que puedan salir listos para su uso.

Esta actividad tendrá lugar en una sala de terapia ocupacional dotada de todos los materiales necesarios para las tareas que se realicen; también podrá llevarse a cabo en espacios abiertos y/o naturales. Cada actividad incluida en esta situación implicará que tendrán que prepararse unos materiales para poder trabajar con el manipulado y cuando se acabe la tarea, se guardarán todos los materiales utilizados en el lugar correspondiente, dejando todo preparado para poder trabajar de nuevo con otros tipos de manipulados procedentes de otras demandas.

Los usuarios trabajarán en este espacio con el terapeuta ocupacional, excepto con los grupos que el educador de la situación reciba la ayuda de los dos auxiliares. El terapeuta lo será al menos durante un año y sólo se encargará de coordinar esta situación.

- Hábitos de Higiene Propios y del Centro

Esta situación, igual que las dos anteriores, dará respuesta a la necesidad que los usuarios tienen de introducirse en el mundo laboral mediante el aprendizaje de la manipulación de diferentes objetos, por lo tanto las tareas a realizar también son propias de la terapia ocupacional.

En este caso, la tarea a realizar provendrá de manera permanente de una empresa externa de distribución y mantenimiento de fuentes de interior y las actividades propias de esta situación responderán a los diferentes pasos que hay que seguir para la limpieza de los diferentes tipos de fuentes.

Esta actividad se llevará al cabo en una sala de terapia ocupacional dotada de todos los materiales, recipientes y productos necesarios para las tareas que tengan que realizarse.

De la misma manera que en las dos situaciones anteriores, los usuarios trabajarán en este espacio con el encargado de esta situación,. El educador encargado de la situación lo será al menos durante un año y sólo se encargará de coordinar esta situación.

- Actividades de la Vida Diaria – Hábitos Cotidianos

Esta situación se crea a partir de la necesidad de almorzar por parte de los usuarios del centro. Se realizará a primera hora de la jornada laboral, ya que a media mañana es cuando los usuarios del centro tendrán un descanso para almorzar.

En esta actividad se llevarán a cabo acciones propias de ajuste personal y social y actividades propias de la ocupación terapéutica, ya que se trabajan muchos aspectos de la vida en el hogar, como comprar, pagar, cobrar, devolver cambio... y también se trabajarán aspectos laborales como faenas de camarero o de ayudante de cocina.

Los espacios utilizados en esta situación serán la calle, los diferentes establecimientos dónde se harán las compras y la cocina del propio centro.

Para preparar el almuerzo y el catering, los usuarios trabajarán con el encargado de esta situación,. El educador encargado de la situación se responsabilizará de coordinar la misma y será apoyado por dos auxiliares.

- Actividades de ocio, tiempo libre y aficiones

Esta situación responde a la necesidad de ocupar el tiempo libre con lo que más gusta hacer. Se propondrán una serie de talleres o actividades que permitan desarrollar la creatividad, el pensamiento, la manipulación, el ingenio, y que cada uno de los usuarios escoja en función de sus habilidades, preferencias y necesidades personales.

Las aficiones serán variadas y responderán a las demandas de los usuarios, para que se apunten a la que más les guste: estética y belleza, cerámica, pintura, ver una película de dvd, salir a dar una vuelta, ir a tomar algo, etc. El viernes, en la asamblea semanal, se presentarán las actividades que se proponen para la semana siguiente, de manera que el usuario se pueda apuntar a la que más le guste.

Estas actividades son propias del ajuste personal y social y se realizarán por las tardes de lunes a jueves, en el espacio que sea más adecuado para la ocasión (sala de ocio, calle...).

Cada profesional del centro se responsabilizará de alguna actividad de esta situación.

b) ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

Esta situación se desarrollará en la sala central de terapia ocupacional dotada de todos los materiales necesarios para las tareas que se lleven al cabo.

Los usuarios trabajarán en este espacio con el educador encargado de esta situación,. El encargado lo será al menos durante todo un año y sólo se encargará de coordinar esta situación.

Esta situación, propia del ajuste personal y social, la llevará al cabo cada educador con el grupo que tutoriza.

08:30 DESPERTAR
09:00 ASEO PERSONAL
09:30 DESAYUNO
09:45 ASEO
10:00 ACTIVIDAD 1
11:30 DESCANSO
12:00 ACTIVIDAD 2
13:30 ASEO
14:00 COMIDA
15:00 DESCANSO
16:30 ACTIVIDAD 3
18:00 DESCANSO
18:30 ACTIVIDAD 4
20:00 DUCHA/TIEMPO LIBRE
21:00 CENA
22:15 ASEO
22:30 DESCANSO

Así, consideramos que este sería el horario que se llevaría a cabo en la residencia, siempre abierto a modificaciones en cuanto a las distintas actividades programadas para el día correspondiente.

Consideramos que la rutina es muy importante para trabajar los hábitos con este colectivo. En el horario expuesto antes, damos mucha importancia a los hábitos de higiene, tanto al levantarse como antes y después de cada comida. Los usuarios podrán elegir cuando desean ducharse pero se vigilará que este aspecto no se descuide.

- Cursos Ocupacionales

Se tratará de un espacio para la formación teórica y práctica sobre temas que sean de interés para los usuarios. Esta formación optativa se hará a través de cursos que durarán un trimestre y que se realizarán una tarde a la semana en el espacio físico más adecuado. El abanico de cursos que se ofrecerá se confeccionará en función de las ideas profesionales y de las demandas de los usuarios. Los cursos podrán ser de cocina, del euro, de geografía, de relaciones personales, de fotografía, de aproximación al inglés, natación, bicicleta, etc.

Los cursos de formación optativa se consideran actividades de ajuste personal y social y cada profesional del centro se responsabilizará de la coordinación de algún curso.

- Actividades Deportivas

Esta situación, igual que las dos anteriores, ofrecerá otra posibilidad a los usuarios de ocupar su tiempo libre, a la vez que les facilita el desarrollo físico y psíquico. También se trabajan diferentes aspectos de higiene íntima y de cuidados diarios de su cuerpo. Un día a la semana, por la mañana, cada usuario practicará el deporte que haya escogido libremente: baloncesto, fútbol, natación, caminata ... según la oferta, siempre y cuando sus características personales se lo posibiliten.

Las actividades deportivas, que se consideran de ajuste personal y social, se realizarán en un pabellón deportivo fuera del centro y los profesionales de atención directa (educadores y auxiliares) serán los responsables del acompañamiento de los usuarios en estas actividades.

- Actividades Extraordinarias

Esta situación contemplará todas aquellas actividades que no estén incluidas en la jornada laboral del taller, pero se entiende que son situaciones también importantes, que responden a la necesidad de trabajar en un contexto diferente.

Son actividades de ajuste personal y social que aparecerán en la programación de forma puntual. Con ellas se pretende que los usuarios del centro se desarrollen más autónomamente, que tengan espíritu de cooperación y de trabajo en equipo, que conozcan otros entornos y culturas diferentes a las que tienen alrededor, que hagan nuevas amistades, que conozcan gente de diferentes lugares... A la vez, los usuarios aprenderán a modificar su comportamiento dependiendo de la situación en la que se encuentren, integrándose y participando de las tradiciones y costumbres que son celebradas por todos. Estas actividades se harán en los espacios y alojamientos rurales que la Asociación dispone en Guadalajara, y se realizarán en doble jornada o jornadas de vacaciones.

Estas actividades podrán también ser celebraciones de diferentes fiestas populares, organización de encuentros, viajes, salidas, comidas de hermandad, visitas a museos, etc. Pero tendrán que ser actividades que decidan y preparen los usuarios con el apoyo de profesionales.

- Asamblea Diaria y Mensual

La asamblea se considera una actividad de ajuste personal y social y deberá volverse el espacio dedicado a la organización del centro por parte de los usuarios. Se informará de las actividades de la semana siguiente, se escogerán las actividades optativas que cada persona prefiera, se harán propuestas, se comentarán actividades ya realizadas, se hablará de aspectos más personales, se comentarán temas de la tarea en el taller, entre otras cuestiones.

La actividad de asamblea se realizará el viernes por la tarde y tendrá dos partes: durante la primera hora se llevará al cabo la asamblea general de todos los usuarios del CRO y durante la hora restante tendrá lugar la asamblea por grupos donde cada grupo se reunirá con su educador y auxiliares respectivos.

Los profesionales de atención directa serán los encargados de dar los apoyos necesarios en el momento de la asamblea.

Para hacer factible el funcionamiento del centro y la coordinación entre todas las situaciones, éstas están ubicadas cada una en una franja concreta de horario general del centro:

Para poder organizar el funcionamiento del centro a través de todas estas situaciones y haciendo que todos los grupos de usuarios trabajen en cada situación al menos una vez al año, necesitaremos partir la temporada en cinco periodos laborales. Durante un periodo laboral, un grupo de usuarios trabajará en dos situaciones diferentes, en una antes de almorzar y en la otra después y hasta la hora de comer, y al cambiar de período laboral cambiarán las situaciones de trabajo para este grupo.

Como sugerencia genérica, y teniendo en cuenta las peculiaridades festivas del calendario laboral de cada año, los períodos laborales del CRO irán distribuidos de la siguiente manera:

- Período de programación: septiembre
- Primer período laboral: octubre y parte de noviembre
- Segundo período laboral: parte de noviembre, diciembre y enero
- Tercer período laboral: febrero y parte de marzo
- Cuarto período laboral: parte de marzo, abril y parte de mayo
- Quinto período laboral: parte de mayo y junio
- Período de evaluación: julio

Durante el período de programación y evaluación los usuarios escogerán a lo largo del día en qué situaciones quieren trabajar y trabajarán donde prefieran con uno de los profesionales de atención directa del centro; durante el mes de julio se procurará trabajar a través de la situación de actividades extraordinarias, potenciando salidas y visitas a lugares externos. Se tienen en cuenta estos dos períodos para poder ganar tiempo para programar en septiembre y para evaluar los progresos de los usuarios en julio.

- Actividades con animales

Existen centenares de trabajos científicos publicados y de experiencias prácticas en muchos países que demuestran los beneficios que las mascotas pueden proporcionar a las personas

El simple hecho de poseer una mascota, cuidarla o interactuar afectivamente con ella, ya puede producir beneficios reflejados en numerosos parámetros de valoración de calidad de vida, principalmente a colectivos con algún grado de fragilidad como los niños, ancianos y portadores de diversas formas de limitaciones físicas o/y psíquicas.

Hay también formas sistematizadas de promover el contacto de las personas con las mascotas.

El PAT; Pet Assisted Therapy, es una forma de terapia ya difundida en todo el mundo, incluso en España. (Terapia Asistida por Mascotas, TAM)

- Equinoterapia: Actividad dirigida por especialistas cuyo objetivo es el acercamiento, cuidado y sensibilización hacia el mundo equino.
- Hipoterapia: Actividad cuyo objetivo es la intervención psicopedagógica ambiental a través de la monta de equinos. La dirección y adiestramiento de estos animales será a cargo de especialistas.
- Perros: *Con los animales, la vida de los usuarios toma ritmo*; la espera del encuentro con el perro es una inquietud, todo un acontecimiento.

El perro puede actuar como soporte de emociones, dándole al mayor un ser en el que puede confiar, *consiguiendo un apoyo entre el aislamiento y la soledad* . El hecho de cuidarle,, pasearle, controlarle, etc, les hace adquirir una serie de rutinas diarias muy beneficiosas para su equilibrio y reactivación emocional y física, ya el simple hecho de pasear al perro hace pasear al usuario.

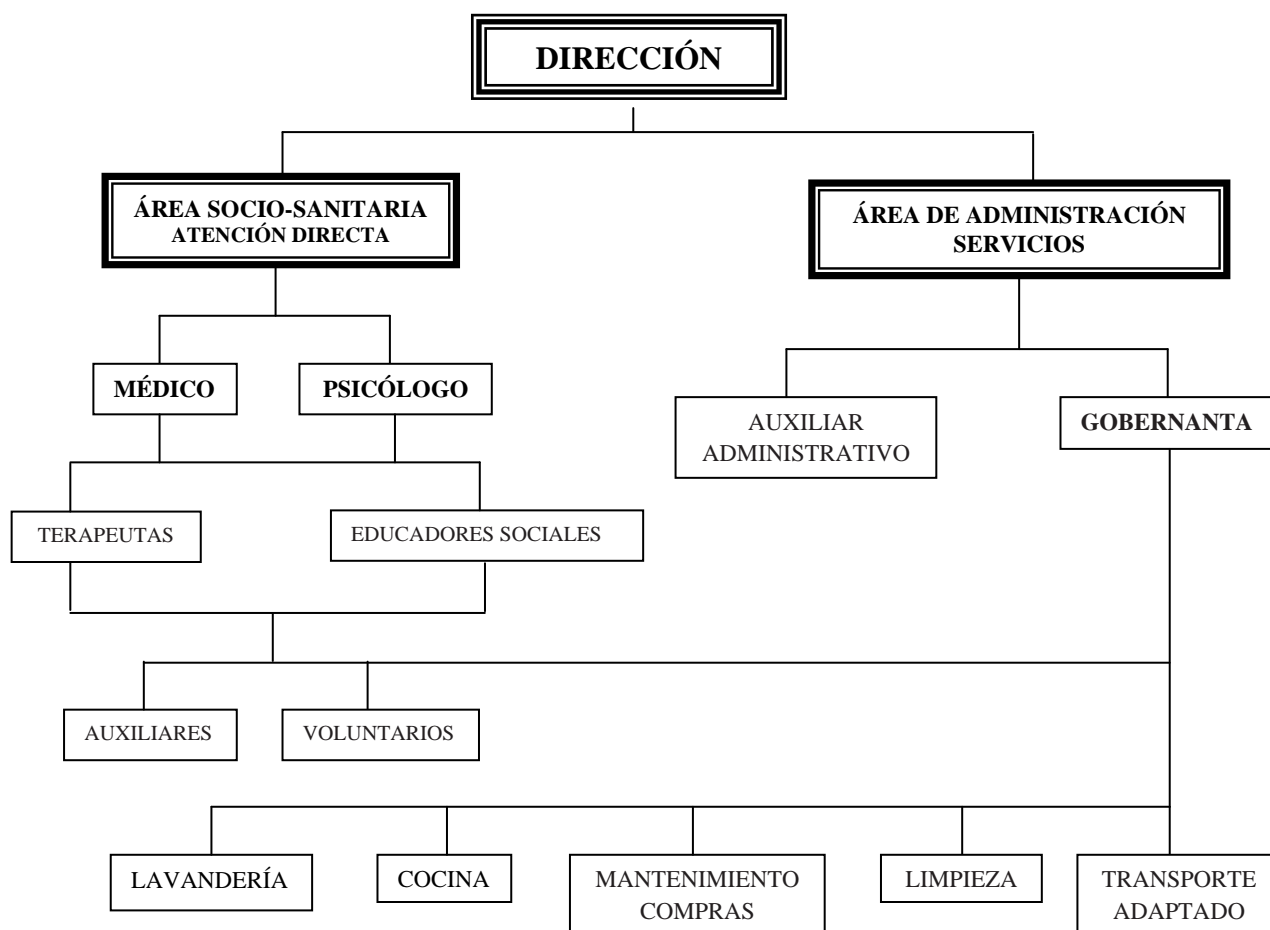
- Granja Escuela: Actividad de gran importancia ya que a la vez que interactuamos con animales y plantas, podemos transversalmente trabajar en conceptos como producción, cultivo y cuidado de gallinas, conejos y huerto, etc.

10. RECURSOS

a) Recursos Humanos.

Este es el recurso mas sensible, potenciado mas si cabe, por el hecho de ser un centro residencial muy pequeño (**12 personas usuarias**). Mas una comunidad de convivencia terapéutica que otra cosa. Es un centro que pretendemos sea referencia para la atención a “*personas en terreno de nadie*”, con absoluta ausencia de ánimo de lucro.

- Organigrama



- Equipo profesional y funciones

El equipo técnico del centro está formado por todos los profesionales del centro que atienden a los usuarios de forma directa o indirecta; a tiempo total o parcial. Estará formado por:

- 1 Psicólogo director técnico.....Jornada completa
- 1 Médico psiquiatra Media jornada
- 1 Trabajador social Media jornada
- 2 Educadores sociales1, Jornada completa, 1, media jornada
- 2 Terapeuta ocupacional.....1, Jornada completa, 1, media jornada
- 1 Fisioterapeuta, preparador físico Media jornada
- 2 Auxiliares Media jornada
- 1 Gobernanta Jornada completa

Más:

- Voluntariado permanente (10). Funciones de apoyo y acompañamiento
- Voluntariado ocasional (a determinar). “ “ “
- Director, coordinador general (presidente/a de la Asociación, voluntario). En funciones de control de los procesos estratégicos como: Coordinación general, Comunicación, Personal laboral, Relaciones externas, Gestión ambiental, Gestión económica, Gestión marco legal, Gestión documental

Se reunirá una vez a la semana de forma ordinaria y, cuando lo determine el director técnico o el coordinador general director gerente, en carácter extraordinario. Sus funciones son:

- ❖ Confección, evaluación y seguimiento de los PSI.
- ❖ Seguimiento del funcionamiento general del centro detectando incidencias y haciendo propuestas de mejora.
- ❖ Elaboración de las propuestas de actuación en cada una de las áreas que prevé el STO.
- ❖ Programación, seguimiento y evaluación de las actividades que se realizan en el centro.
- ❖ Analizar y establecer criterios y acuerdos de funcionamiento en la dinámica diaria.
- ❖ Velar por la coordinación entre los diferentes profesionales.

Aparte del equipo técnico también hay que contar con un mínimo de personal de apoyo, ya sea permanente o de contratación temporal: personal de administración, de mantenimiento, de limpieza y personal especializado en atención directa cuando se considere necesario, así como voluntariado ocasional o temporal y permanente.

La jornada del equipo técnico se estructura como sigue, según Orden ministerial de 21 de enero del 1999: Adaptado a la viabilidad del proyecto ya que nos referimos a 12 usuarios residentes y 10 en externado.

- Psicólogo, pedagogo o psicopedagogo como director técnico, contratado a jornada completa.
- Asistente social contratado a media jornada.

- Educadores contratados a jornada completa.
- Auxiliares: en función del número de usuarios con necesidad de un apoyo auxiliar.
- Gobernanta a jornada completa
- Fisioterapeuta a media jornada

- **Dirección técnica**

El director técnico es la persona que tiene la máxima responsabilidad técnica y quien debe velar, principalmente, por el buen funcionamiento global en coherencia con el estilo definido en el proyecto del centro. Será el responsable de la organización de las actuaciones técnicas de conformidad con los objetivos del centro.

Las funciones del director con respecto al equipo técnico serán las siguientes:

- ❖ Ejecutar los programas y/o indicaciones recibidas desde la gerencia o los órganos gestores de la asociación, del propio proyecto y coordinación de las actuaciones técnicas.
- ❖ Velar para que la circulación de información entre los diferentes componentes del equipo técnico se produzca de forma fluida y por los canales adecuados.
- ❖ Detectar las necesidades técnicas del centro cursando las solicitudes pertinentes.
- ❖ Participar en la gestión de los recursos humanos.
- ❖ Coordinar y supervisar la actuación del personal de atención directa.
- ❖ Dirigir la dinámica de las reuniones del equipo técnico.
- ❖ Dirigir las sesiones con el equipo técnico para el estudio, confección, seguimiento y evaluación de los PSI.
- ❖ Supervisar la ejecución de los programas, así como comprobar la eficacia y calidad en la prestación de los servicios técnicos.
- ❖ Colaborar con todos los profesionales del centro para que la atención a los usuarios se realice de una manera integral, asegurando el desarrollo de un PSI adecuado a las características y necesidades de cada usuario.
- ❖ Determinar las altas de los usuarios de acuerdo con las condiciones de admisión.
- ❖ Confeccionar y modificar, si es necesario, el horario semanal de los profesionales.

Las funciones del director con respecto a las familias serán:

- ❖ Velar para que las familias tengan una información suficiente del funcionamiento general del centro y atender sus demandas.

- ❖ Asegurar la información a las familias sobre el seguimiento y evolución de los usuarios en el centro en relación a su PSI.
- ❖ Asegurar que se acuerde y se consensúe, en la medida de lo posible, una línea de actuación educativa común hacia la persona.

Sus funciones con respecto a los especialistas y profesionales externos serán:

- ❖ Asegurar que reciban la información necesaria para llevar al cabo sus funciones y tareas con eficacia.
- ❖ Obtener la información que se derive de su especialidad y hacerla llegar al resto de profesionales que corresponda.
- ❖ Mantener relaciones con algún posible CET para favorecer la integración de los usuarios:
 - Indicando las tareas más adecuadas.
 - Estudiando las posibilidades de paso al CET y coordinando la adaptación del usuario en este servicio.
 - Buscando la participación de los usuarios del CRO, en las actividades complementarias realizadas por el programa del CET, con los usuarios de este servicio (deporte, ocio, etc).
- ❖ Establecer una dinámica de trabajo coordinando con otros servicios donde esté atendido el usuario (vivienda supervisada, centro de ocio y tiempo libre...).
- ❖ Establecer una comunicación eficaz con otros servicios en casos de derivaciones en un sentido u otro.
- ❖ Mantener el contacto con otros profesionales o instituciones del sector, para tareas de coordinación, investigación, formación, intercambio de experiencias, etc.

Las funciones del director técnico, como psicólogo, pedagogo o psicopedagogo serán las que siguen:

- ❖ Orientar y supervisar a los miembros del equipo en la elaboración, seguimiento y evaluación de los PSI.
- ❖ Orientar a los educadores respecto a la aplicación de programas: determinación de los horarios, actividades, material y metodología.
- ❖ Dar asesoramiento y apoyo a los educadores, facilitar los recursos técnicos al alcance del centro, así como fomentar su formación y reciclaje.
- ❖ Mantener reuniones, con la periodicidad establecida, con los miembros del equipo, para:
 - Valorar el seguimiento de los programas.

- Intercambiar información de los incidentes relevantes que puedan haber.
- ❖ Mantener reuniones con el asistente social para:
 - Preparar las entrevistas familiares, que se harán conjuntamente o por separado.
 - Colaborar conjuntamente en la organización de tertulias o actividades interesantes para el colectivo de familias.
 - Estudiar las posibilidades de realizar actividades de ajuste personal y social externas al centro (ocio, deporte, culturales).
- ❖ Mantener entrevistas con las familias de los usuarios para:
 - Recoger información del usuario y de su entorno.
 - Orientar y prestar apoyo.
 - Dar pautas para trabajar aspectos de los PSI: informar de la evaluación de los usuarios y del funcionamiento del centro.
- ❖ Elaborar los informes psicopedagógicos de los usuarios que puedan pedir otros profesionales.

- **Asistente social**

El asistente social es el profesional de referencia en los aspectos y recursos sociales con respecto a los usuarios y familias.

Sus funciones son las siguientes:

- ❖ Hacer la entrevista de ingreso del usuario con las familias (con el apoyo del director técnico).
- ❖ Recoger las demandas de ingreso.
- ❖ Pasar el cuestionario del nuevo usuario, a la persona y a la familia.
- ❖ Explicar el funcionamiento general y características del centro (esta información puede ser ampliada por otros profesionales en posteriores entrevistas).
- ❖ Recopilar datos del entorno socio-familiar del sujeto y la documentación necesaria teniendo en cuenta el reglamento de régimen interno.
- ❖ Elaborar un dossier con la historia social del individuo, donde se guardarán: la documentación solicitada, el cuestionario del nuevo usuario y otros aspectos de seguimiento.
- ❖ Aportar al equipo toda aquella información de tipo socio-familiar de interés para ofrecer una atención adecuada a las familias.
- ❖ Colaborar y coordinarse con el resto del equipo, para dar una atención adecuada a las familias de los usuarios.

- ❖ Atender a las familias de los usuarios ofreciendo la información y apoyo que necesiten.
- ❖ Atender las derivaciones que el equipo le pueda hacer con relación a demandas familiares que impliquen la utilización de recursos sociales.
- ❖ Tener conocimiento de los recursos sociales, institucionales y económicos de otros profesionales y voluntarios del sector para poder asesorar, informar y orientar socialmente a las familias.
- ❖ Buscar y potenciar los recursos necesarios para el bienestar social de los usuarios.
- ❖ Hacer estudios de previsión de necesidades futuras de atención a las personas con discapacidad.
- ❖ Mantener reuniones con el psicólogo, pedagogo o psicopedagogo para:
 - Preparar entrevistas familiares, a hacer conjuntamente o por separado.
 - Colaborar conjuntamente en la organización de tertulias o actividades interesantes para el colectivo de las familias.
 - Estudiar las posibilidades de realizar actividades de ajuste personal y social (de ocio, deportivas, culturales, residenciales, etc) y planificarlas.
- ❖ Participación en las reuniones semanales del equipo técnico y elaboración de las actas.

- **Educador**

El educador es un profesional que trabaja la mayor parte del tiempo en la atención directa del usuario y lleva a la práctica el PSI establecido.

Sus funciones son las siguientes:

- ❖ Contribuir a la recogida de datos para completar la valoración, con la observación directa de los usuarios.
- ❖ Colaborar con el resto del equipo en la elaboración de los PSI.
- ❖ Llevar a la práctica los programas, bajo la supervisión del director técnico del centro, respetando los horarios marcados y realizando las actividades establecidas. Los cambios que se puedan producir en las programaciones tendrán que consultarse con el director técnico.
- ❖ Planificar, organizar y realizar las actividades para desarrollar los programas.
- ❖ Realizar un control de seguimiento del aprovechamiento de estas actividades, así como del logro de los objetivos e informar de los resultados al resto del equipo.

- ❖ Reunirse con el resto del equipo, asistir y participar en las reuniones a las que sea convocado por el director técnico.
- ❖ Seguir las pautas que se hayan determinado conjuntamente con el director técnico en cuanto a la relación diaria con los usuarios.
- ❖ Dar a conocer al usuario el reglamento de régimen interno.
- ❖ Velar por el funcionamiento del grupo de usuarios a su cargo, procurando la máxima integración y adaptación de cada uno, siendo el responsable directo de ellos.
- ❖ Atender las primeras curas de los usuarios a su cargo, en caso de pequeños accidentes y determinar de inmediato cuándo es necesario llevarlo a un centro, ambulatorio u hospital.
- ❖ Hacer el control de las tareas y actividades propias de la situación de la que es responsable.
- ❖ Mantener el espacio de trabajo en las condiciones óptimas para la correcta ejecución de los PSI y responsabilizarse de todo tipo de material a su cargo.
- ❖ Coordinarse con el director técnico para estructurar las reuniones de seguimiento con la familia del usuario.

- **Auxiliar**

Se trata de la persona que da apoyo al educador en las diferentes situaciones, ejerciendo funciones de ayuda y control. El auxiliar proporciona apoyo, sobre todo en aquellas situaciones que desarrollen aquellos grupos donde hay los usuarios que tienen asignados un apoyo auxiliar, pero su intervención debe incluirse en la dinámica de todo el grupo que participa de la actividad y en el marco más amplio de todo el centro.

Sus funciones son las que siguen:

- ❖ Colaborar en las tareas que impliquen las funciones que tiene asignadas el educador al que da apoyo en cada momento.
- ❖ Corresponsabilizarse de un grupo dando apoyo con las tareas de grupo al educador responsable del grupo.

b) Recursos Materiales

En lo referente a recursos materiales-locales. Disponemos de tres espacios:

El edificio Albergue. La Cerrada, en Torremocha de Jarama, Madrid que es el edificio donde se ubicará el CRO. Explicado en recursos locativos.

Y otro edificio en Pinilla de Jadraque, Guadalajara, con ocho habitaciones dobles todas con cuarto de baño, donde se llevarán a cabo alojamientos de doble jornada o vacacional.

También disponemos de las instalaciones Ambientales que la Asociación dispone en la finca El Charcón, Jirueque, Guadalajara, donde desarrollaremos actividades con animales de granja, toma de contacto con la naturaleza, fiestas camperas familiares, etc.

Los profesionales de centro serán los encargados de solicitar o confeccionar el mobiliario adecuado, así como aquellos recursos materiales pertinentes sobre adaptaciones en el mobiliario para mejorar la ergonomía en casos necesarios, adaptación de materiales en casos de déficit sensoriales, etc.

En cuanto a recursos humanos hay que decir que la ratio del centro es de 1/4, por lo tanto, como ya se ha comentado anteriormente, para atender a un colectivo de 12 mas 10 en atención permanente y personalizada, es necesario el equipo de trabajo y voluntarios ya mencionado. También se tienen en cuenta veinte horas semanales de administración.(Orden del 1 de enero de 1999).

Los profesionales de atención directa del centro (auxiliares y educadores) se guían por un horario semanal que determina dónde tienen que estar en cada momento del día. Se procurará siempre, para una mejor atención a los usuarios, que entre los profesionales de atención directa se respete la paridad educador/ educadora.

Como recurso funcional, a final de temporada se elabora una memoria anual que evalúa el rendimiento del centro a nivel económico, psicopedagógico, laboral y de los servicios que se ofrecen. Esta memoria tiene que ser un recurso fundamental como instrumento de mejora de una temporada a la siguiente, para mejorar revisando la tarea ya realizada y así cada vez dar más calidad de servicio, favoreciendo la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.

- Recursos Económicos (presupuesto)
- Recursos Fungibles (material que se va a gastar lápices, folios, grapadora...)
- Recursos No Fungibles (mobiliario)
- Recursos Locativos del CRO * (Espacios)

Estos espacios del CRO serán: Dormitorios y cuartos de aseo, patio central cubierto para talleres y descanso, comedor, sala de terapias - despacho, vestuarios, sala de televisión-ocio y zona de recepción-control-administración. Todas las actividades que se desarrollarán estos espacios serán de ajuste personal y social siempre bajo el control de algún profesional.

- **Gestión Administrativa**

La situación de administración responderá a la necesidad de resolver una serie de tareas necesarias para el funcionamiento diario del centro. Representará una recopilación de todas aquellas tareas que corresponden a las funciones de un secretario, que van apareciendo en el desarrollo del día a día del centro.

También serán tareas que ayuden al desarrollo personal, contribuyan a la mejora de habilidades de organización, de orden y de las áreas académicas instrumentales (lenguaje/comunicación y matemáticas/nociones aritméticas y funcionales). Por lo tanto en esta situación hay actividades propias de ajuste personal y social y actividades propias de la ocupación terapéutica.

Podrán surgir tareas como: recoger y repartir el correo, pasar la lista de los usuarios del centro, poner en sobres, tamponar, grapar, pedir los encargos a los diferentes profesionales del centro, hacer fotocopias... Este listado de actividades podrá estar sujeto a modificaciones en función del orden de prioridades o de las necesidades que vayan apareciendo.

Con esta situación se pretende apoyar-integrar-colaborar en la necesidad del centro a nivel de compras materiales, de correo, de operaciones con el banco, de correspondencia con otros establecimientos cercanos, etc. Se realizará después del descanso del almuerzo, cuando ya hayan surgido una serie de necesidades y se hayan recogido los encargos; en el exterior siempre un usuario un educador.

En esta situación se utilizarán diferentes espacios: la calle, los establecimientos (banco, papelería, farmacia) y la zona de administración.

c) Mantenimiento

Responderá a la necesidad de que todos los espacios del centro estén preparados para ser utilizados (wc, salas, despachos, vestuarios, cocina...) y que la ropa que se utiliza en el centro esté limpia (delantales, manteles, toallas, trapos...).

Esta situación tendrá lugar después de almorzar, que es cuando la zona de la cantina se acabará de utilizar y cuando más necesidad tendrá de ser limpiada. En esta situación habrá actividades propias de ajuste personal y social, como utilizar una lavadora, cambiar un fluorescente o reponer jabón y papel en el wc

Las actividades de la situación serán llevadas a cabo por el personal contratado responsable, y cuando participe en ella algún usuario, siempre será bajo la supervisión de un educador.

11. EVALUACIÓN

a) Evaluación del centro

Como apuntábamos más arriba, para intentar mejorar año tras año la acción socio-educativa y la calidad del servicio, el equipo técnico, en reunión de finalización de temporada, elaborará y valorará la memoria anual, para calibrar el rendimiento del centro y tener en cuenta las conclusiones extraídas de cara a la reunión de inicio de temporada, momento en que se programa el año. La parte económica de la memoria correrá a cargo del director técnico o del gerente.

Los servicios que se ofrecen y los niveles psicopedagógico y laboral hacen necesaria, para su correcta evaluación, la participación de todo el equipo técnico.

La revisión del marco teórico será llevada al cabo por el director técnico, a fin de analizar los fundamentos del servicio vistos a través del filtro de la temporada vivida, y a fin de relacionar los postulados teóricos con nuevas publicaciones.

En la reunión de finalización de temporada el director expondrá las conclusiones extraídas y se debatirán aspectos a modificar.

La evaluación de los objetivos del CRO se llevará al cabo mediante una reflexión en equipo sobre la efectividad del servicio en la consecución de éstos. Previamente, el director habrá elaborado un resumen de algunos objetivos pertenecientes a los planes de trabajo de la temporada finalizada, objetivos concretos de los diferentes usuarios que respondan directamente a la consecución de los objetivos más generales del centro.

Después se debatirá sobre cómo poder mejorar en el trabajo de estos objetivos operativos recogidos, para ir logrando, cada vez en más aspectos, las finalidades del centro.

Para evaluar el marco práctico del centro hay que tener en cuenta las situaciones, las actividades, las acciones de los educadores, las ayudas a los usuarios, el programa de intervención, el reglamento de régimen interno y su aplicación. El modelo de intervención está pensado para contribuir en la mejora de la calidad de vida de los usuarios, por lo tanto una manera de evaluar estos aspectos sería la aplicación de un modelo mixto de evaluación de la calidad de vida en el CRO: FEAPS (pendiente de publicación), un instrumento muy completo que implica la participación de usuarios y profesionales. A posteriori, el equipo técnico comentará los puntos fuertes y débiles de la evaluación del marco práctico y se sentarán nuevas bases para iniciar procesos de cambio y mejora.

La evaluación del equipo técnico a nivel psicopedagógico se llevará a efecto mediante el pasaje y posterior reflexión de los resultados del modelo mixto de evaluación de la calidad de vida citado anteriormente; por otro lado, en lo que atañe a las relaciones de tarea y clima social, cada educador cumplimentará el cuestionario FILMON, a fin de poner sobre la mesa posibles conflictos y poder hablarlos.

En las reuniones de finalización e inicio de temporada, se tendrán en cuenta las valoraciones que hagan los usuarios de las situaciones tanto al final de cada período laboral y del centro, como al final de temporada, a través de diversos cuestionarios adaptados.

El enriquecimiento profesional, fruto de la confección común y de la reflexión sobre los diferentes aspectos de la memoria anual, debe servir para efectuar mejoras relevantes en las nuevas aportaciones que se programen en la reunión de inicio de temporada, en la que se distribuirán los grupos, las situaciones y las actividades y se redefinirá el modelo de intervención en función de las nuevas necesidades.

La constante aspiración de mejorar en los procedimientos, hará que nos auto-cuestionemos el funcionamiento del centro y demos coherencia a la mayoría de aspectos, ofreciendo un mejor servicio, con lo que se incrementará la calidad de vida de las personas usuarias del Centro Residencial Ocupacional propuesto.

b) Evaluación de los usuarios

Cuando un usuario entre en el centro hay que elaborar su PSI. Para hacerlo hará falta observar mucho sus acciones y pasarle un cuestionario ABS-RC:2 (AAMR,1993) a fin de identificar las áreas de soporte con más necesidad de ayuda y actividades relevantes.

Posteriormente, a través del trabajo en las situaciones, se evaluarán los objetivos teniendo en cuenta el nivel y la intensidad de soporte.

En los primeros contactos de entrada en el centro, la familia o tutores deberán mantener al menos una cita con el director técnico donde se efectuará una entrevista y se rellenará el cuestionario del nuevo usuario, para recoger los datos de la persona, en cuanto a habilidades, en cuanto a la discapacidad intelectual, en cuanto a vivienda, familia y condiciones de vida, en lo referente al aspecto conductual y al aspecto físico y de salud. Cada documento y cada dato recogido en esta entrevista estarán localizables para el equipo técnico, con vistas al buen funcionamiento del centro.

Para determinar qué objetivos o actividades quiere hacer un usuario durante el año en cada situación, a principio de temporada se reunirá cada usuario con su educador a fin de definir su PSI, que se convierte así en un plan de trabajo anual individualizado y en una evaluación de cada uno de los diferentes períodos de actividades.

Se evalúa el nivel de ayuda que se necesita para realizar cada tarea, lo que contribuye a dotar adecuadamente a la persona de recursos para que se reduzca la necesidad de ayuda actual. Igualmente, se registran las incidencias, informaciones psicopedagógicas, vivencias e informaciones de la persona.

Estas valoraciones se concretarán en las tablas de evaluación de situaciones, que irán en un paquete igual por cada grupo (lo que no implica que todos los grupos trabajen los mismos objetivos).

Todo ello en la perspectiva del mejor servicio y de ser certificado de Calidad lo antes posible según UNE – ISO – 9001:2008, y posteriormente en excelencia EFQM.

12. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía de referencia

- AAMR American Association on Mental Retardation.(1992).Mental retardation: Definition, classification and systems of supports.(9^a ed.)
- AAMR American Association on Mental Retardation.(1993).Adaptative Behavior Scale- Residential and Community.(2^a ed.).
Austin:Pro ·ed
- AAMR American Association on Mental Retardation.(2002).Mental retardation:Definition, classification and systems of supports.(10^a ed.).
- AAMR American Association on Mental Retardation.(2004).Support Intencity Scale.
AAMR American Association on Mental Retardation.Conseptualization and measurement, (pp.123-139).
- Auriol i Lebout.(1992).Resum i apunts sobre l 'acompanyament social.Curs de formació sobre l 'educador acompanyant.
Organitzat a Barcelona pel CO Bogatell
- Font,J.(2003).Resum i apunts sobre el manual '02.Curs de formació sobre la nova definició del retard mental.
Organitzat a Barcelona per APPS
- Font,J.i Giné,C.(2003).Aportacions de la nova definició del retard mental.Manuales de Buena Práctica FEAPS [CD ROM].(2001).Versió per Windows .
Madrid:FEAPS
- Model d 'atenció diürna per a persones amb discapacitat intel ·lectual [CD ROM].
(2003).Versió per Windows.
Barcelona:APPS
- Planella,J.(2003).Acompañamiento social de la persona:reflexiones sobre un proces o.
Revista de Treball Social,(n.169),pp.3-16
- Schalock,R.(1999).Hacia una nueva concepción de la discapacidad .
Washington:
American Association on Mental Retardation
- Schalock,R.(1996).Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life.Quality of life:Vol.1.En Schalock,R.(ed.)
- Schalock,R.i Verdugo,M.A.(2003).Calidad de vida:Manual para profesionales de la educación,salud y servicios sociales .
Madrid:Alianza Editorial
- Servicios y Calidad de vida para las Personas con Discapacidad Intelectual:FEAPS Ma

Verdugo,M.A.(2003).Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la AAMR de 2002.Siglo Cero,vol.34(1)(n.205),pp.5-19

Vert,S.(cord.)(2004).Il·lusiona't!T'ajudarem .Barcelona:Icària Editorial

Bibliografia de consulta

Castresana,H.(2001).El proceso de mejora de un Centro Ocupacional (una práctica de investigación-acción).Siglo Cero,vol.32(5)(n.197),pp.15-33

Font,J.(2003).Autodeterminació i aprenentatge en alumnes amb discapacitat intel·tual.

Curs de formació sobre la nova definició del retard mental,organitzat per APPS

Giné,C.(2002).Proposta d'una nova definició de retard mental:definició,classificació i sistemes de suport.Suports,vol.6 (n.1),pp.92-96

Vert,S.(cord.)(1999).Programa d'intervenció en habilitats adaptatives del Centre Ocupacional Bogatell.Barcelona:
Icària Editorial

Equipo de trabajo y redacción del proyecto APROPAL (Mayo - 2012)

Coordinador - promotor.	Domingo Cezón Simón 51605415Q Master dirección de negocios en equipo. Profesor de educación ambiental – Coach personal Lic. AGM. Director de centros sociales
Redacción técnica.	Jackeline Gutierrez Coba X7636626-M Lic. Psicología Master en psicofarmacología y drogas de abuso
Redacción colaboración.	Jorge Preger Y0777109E Médico psiquiatra y psicoterapeuta Master en antropología Física U.A.Madrid Terapeuta de familia y pareja
Redacción colaboración. Maquetación	Ariadna Rodriguez Sanchez Educativa social Responsable ambiental-ocio - cultura.
Redacción colaboración.	Pilar Salas Montero Experta en centros residenciales Gobernanta general
Redacción colaboración.	Isabel Salas Montero Lic. Derecho Asesoramiento legal
Redacción colaboración.	Fernando Arias Vaamonde Terapeuta ocupacional
Colaboración.	Almudena Diaz Cereceda 20261485 ^a Lic Psicología UAM Col. CM01359
Colaboración	Raquel Martinez Priego Lic. Psicología UAM Master en pareja y género