



**TRABAJO FIN DE GRADO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
CURSO ACADÉMICO 2023-2024
CONVOCATORIA DE JUNIO**

TÍTULO: El papel del profesional del trabajo social en centros residenciales para personas con discapacidad intelectual

AUTOR(A): Saavedra Pablo, Lidia

DNI: 49158058C

TUTOR(A): Benlloch Sanz, Pablo

domingo, 16 de junio de 2024

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
ABREVIATURAS	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	4
I. Objetivo General.....	4
II. Objetivos específicos	4
METODOLOGÍA.....	5
MARCO TEÓRICO	6
CAPÍTULO I: DISCAPACIDAD	6
III. Conceptualización:	6
IV. Discapacidad intelectual	7
1.1 Diagnóstico:.....	9
2.1 Causas:.....	10
3.1 Clasificación:.....	13
4.1 Derechos:.....	21
CAPÍTULO II: CENTROS DE ALOJAMIENTO	23
V. Residencia.....	24
5.1 Requisitos de acceso residencia:	25
VI. Viviendas comunitarias	25
6.1 Requisitos de acceso vivienda comunitaria	26

CAPÍTULO III: MODELOS DE INTERVENCIÓN	28
VII. Calidad de vida	29
Sistemas de evaluación	32
VIII. Atención integral centrada en la persona:.....	34
IX. Apoyo activo	37
X. Apoyo conductual positivo.....	37
CAPÍTULO IV: TRABAJO SOCIAL Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL..	39
XI. Funciones del profesional del Trabajo Social:	39
XII. Intervención del profesional del Trabajo Social:.....	40
XIII. Relación familia - profesional:	41
XIV. Instrumentos profesionales	43
CONCLUSIONES	48
DISCUSIÓN	50
BIBLIOGRAFÍA	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Causas DI.....	11
Tabla 2: CIF.....	15
Tabla 3: Clasificación DI por grados y apoyos.	18
Tabla 4: Dimensiones e indicadores de la calidad de vida.	31
Tabla 5: Principios y criterios para definir el Modelo Centrado en la Persona. Fundamentado en la dignidad.....	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura A:Esquema Apoyos.....	21
Figura B:Componentes del Apoyo Activo.	37
Figura C:Relación de los modelos de atención.....	38

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1:Programa de atención personal	59
Anexo 2:Cronograma de actividades.....	62

RESUMEN

Este trabajo se basa en el estudio del rol crucial que desempeña el profesional del Trabajo social dentro de las viviendas comunitarias y residencias donde residen personas con discapacidad intelectual. Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica con los términos más relevantes que serán reflejados en el marco teórico.

Asimismo, se han realizado unas reflexiones finales que permiten proporcionar una visión de conjunto del trabajo realizado. Estas reflexiones subrayan la necesidad de visibilizar al colectivo y la importancia de la presencia del profesional del Trabajo Social en las instituciones residenciales.

La investigación pretende aportar un mayor conocimiento de las actuaciones que se pueden realizar con estas personas usando modelos diversos y considerando las necesidades individuales del colectivo. De esta manera se busca enriquecer la práctica y comprensión del Trabajo Social en el ámbito laboral de intervención con personas con discapacidad intelectual.

PALABRAS CLAVES:

Discapacidad, derechos, vivienda tutelada, residencia, modelos de intervención, Trabajo Social, funciones, instrumentos.

ABSTRACT

This work is based on the study of the crucial role played by the professional of Social Work within the community dwellings and residences where people with intellectual disabilities reside. To this end, a bibliographic review has been carried out with the most relevant terms that will be reflected in the theoretical framework.

Also, some final reflections have been carried out that allow a wide reflection and analysis of the whole elaboration of the work. These reflections underline the need to make the collective visible and the importance of the presence of the Social Work professional in the housing institutions.

The research aims to provide a greater knowledge of the actions that can be carried out with these people using diverse models and considering the individual needs of the group. In this way, the aim is to enrich the practice and understanding of Social Work in the field of intervention work with people with intellectual disabilities.

KEY WORDS:

Disability, rights, protected housing, residence, intervention models, social work, functions, instruments.

ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la salud.
DI	Discapacidad Intelectual.
CI	Cociente intelectual.
CIF	Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud.
ONU	Organización de Naciones Unidas.
PIA	Programa Individual de Atención.
PAP	Plan de Atención Personalizado.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se pretende hacer una investigación bibliográfica acerca de las personas con discapacidad intelectual que residen en instituciones sociales. Asimismo, se busca analizar las funciones que realiza el profesional del Trabajo social en este ámbito laboral. En concreto se pretende indagar en las tareas, instrumentos y formas de intervención que emplea este profesional en estos recursos sociales.

Para ello, se describirá la discapacidad intelectual y las clasificaciones más comunes que se utilizan en la actualidad. En cuanto a los centros de alojamiento donde pueden residir estas personas, se detallará cómo acceder a estas instituciones sociales además del funcionamiento de los mismos.

En cuanto al profesional del Trabajo Social, se especifican las formas de actuación e intervención con los clientes de estos recursos institucionales. Además de aludir a las herramientas esenciales de Trabajo Social y a la vinculación existente entre la profesión y el colectivo de intervención. Finalmente, se ha realizado una reflexión personal y profesional sobre la temática estudiada y posibles futuras investigaciones relacionadas.

OBJETIVOS

I. Objetivo General

El objetivo principal que persigue el Trabajo de Fin de Grado es analizar el papel del profesional de trabajo social en centros de alojamiento de personas con discapacidad intelectual.

II. Objetivos específicos

Para conseguir el objetivo general se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Conocer los rasgos principales de las personas con discapacidad intelectual.

- Entender el funcionamiento de la residencia y vivienda comunitaria en las que se puede alojar el colectivo.
- Efectuar una profundización de los diferentes modos y herramientas de actuación que emplea el profesional del Trabajo Social en estas instituciones sociales.
- Llevar a efecto una reflexión personal sobre el tema analizado.

METODOLOGÍA

Con el objetivo de conseguir los objetivos anteriormente formulados, la metodología que se va a utilizar durante la realización del trabajo consiste principalmente en realizar un preciso entendimiento e investigación del papel que desempeña el profesional del trabajo social en las residencias y viviendas comunitarias destinadas a personas con discapacidad intelectual. Con ese fin, se ha realizado una revisión bibliográfica con la finalidad de realizar una investigación documental en este contexto. La información se ha recopilado con fuentes de diversa índole, como artículos científicos, libros y revistas sobre la temática planteada.

Para elaborar el marco teórico, el trabajo se divide en cuatro capítulos. Así, de esta manera poder abordar detalladamente la temática objeto de estudio. El primer apartado se centra en la discapacidad como término introductorio al estudio. En segundo lugar, el apartado correspondiente a los centros de alojamiento. Posteriormente, se explican los diferentes modelos de intervención que se pueden emplear en el ámbito laboral del trabajo social y, finalmente, la sección relativa al vínculo existente entre el profesional del trabajo social y la discapacidad intelectual. Por último, se han llevado a cabo reflexiones personales en el apartado de conclusiones.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: DISCAPACIDAD

III. Conceptualización:

Conviene precisar que a lo largo del trabajo se va a emplear el término “personas con discapacidad”, ya que como todo ser humano en primer lugar es persona, “sujeto de derecho”. Por tanto, se menciona al individuo antes que a su discapacidad. Además, es importante destacar que el sujeto no es un discapacitado, sino que tiene una discapacidad. Se considera que el individuo puede decidir y hacer su vida más allá de las dificultades que pueda mostrar por su discapacidad. (Pantano, L. 2007). En la antigüedad, las personas con discapacidad han sido discriminadas e incluso oprimidas. Esta idea ha comenzado a cuestionarse desde el siglo XX, debido al estallido de movimientos sociales de las personas con discapacidad. Mediante estos movimientos exigen que se les tome en consideración como individuos de derecho, para la formulación de políticas de inclusión. (Valencia, L. A. 2007).

“El máximo logro obtenido por las organizaciones a través de sus luchas ha sido la aprobación por parte de las Naciones Unidas de la «Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad» y un «Protocolo Facultativo» el 13 de diciembre de 2006.” (Pantano, L. 2007).

El término discapacidad se ha conceptualizado de diferentes formas en el transcurso de la historia. Se han empleado diferentes términos que han ido transformándose en la manera de responder y entender a las personas con discapacidad, también en su forma de desarrollar sus trayectorias personales. (Jiménez. R, 2011)

El Real Decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social define la discapacidad como *“una situación que resulta de la interacción*

entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”

La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), (2023), por su parte, define en la actualidad la discapacidad como “*una condición física, intelectual y/o sensorial en las que interactúan las particularidades de la sociedad y las características individuales de la persona*”. En otros términos, se trata de una manifestación compleja donde se entrelazan las peculiaridades personales influenciadas por el entorno social en el que se desenvuelven.

Según la OMS (2001), las diferentes barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve la ciudadanía limitan en el desempeño de la vida cotidiana de la persona con discapacidad. En cambio, sí están presentes facilitadores en el entorno que influirán positivamente. Por lo tanto, las barreras o elementos no facilitadores en la sociedad pueden obstaculizar la realización de las personas con discapacidad.

IV. Discapacidad intelectual

En cuanto a la discapacidad intelectual (en adelante DI), término en el que se va a centrar el presente trabajo, adquirió importancia en España en el siglo XX. En el pasado, las personas con discapacidad eran vistas por parte de la sociedad como pasivas y estigmatizadas. A veces, sus familiares les negaban la capacidad de tomar decisiones, no les aceptaban y no tenían apoyo para sobrellevar su situación. Por ello personal de psiquiatría y educación del sector público comenzaron a preocuparse por la atención de este colectivo. De esta manera, en los años 60 desde las Administraciones públicas de Valencia y San Sebastián se crearon las primeras Asociaciones para las personas con DI como sujeto de derecho, donde a través de subvenciones se crearon centros donde estas personas podían formarse. (Scheerenberger, R. C. 1984)

En el año 1959 se creó la primera Asociación a favor del colectivo, la Asociación de Familiares pro-Niños Anormales (ASPRONA) ubicada en Valencia. Posteriormente en 1960 se creó la Asociación Ortzadar en San Sebastián dirigida a personas con inteligencia límite. (FEAPS, 2014)

“Las reivindicaciones de las asociaciones de familiares de personas con discapacidad, cuyas demandas fueron recogidas en la Ley General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa de 1970, que estableció el derecho de todos, incluidas las personas con discapacidad, a la educación y reguló, en el Capítulo VII de su Título primero, la educación especial, encomendando al Ministerio de Educación y Ciencia, en colaboración con los departamentos y organismos competentes, el establecimiento de sus objetivos, estructuras, duración, programas y límites.” (Jiménez Lara, A., & Huete García, A. 2020)

A lo largo de la historia para referirse a este colectivo se empleaban términos discriminatorios y con carácter negativo como retraso mental, minusválidos, trastornados... hoy en día se emplean nuevas denominaciones. De esta manera se ha sustituido por discapacidad intelectual. (Martorell, et al. 2011)

En 2002 la Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AADID) la describieron señalando que se caracteriza por dificultades considerables en el desempeño intelectual y la conducta adaptativa que manifiestan estas personas a través de sus habilidades sociales, prácticas y conceptuales.

En cualquier caso, para considerar adecuadamente que nos encontramos ante una situación de DI hay que tener en cuenta las siguientes premisas:

- A) En primer lugar, si se pretenden analizar las **dificultades de desempeño** que presentan estas personas se debe considerar el contexto de otros individuos con cultura y edad similar.

- B) Asimismo, para llevar a cabo una evaluación adecuada se deben tener en cuenta cómo estos individuos se comunican, expresan su cultura, perciben estímulos y se comportan. Estas personas, aunque se desenvuelven con dificultades conviven con aquellas **habilidades** en las que destacan, con sus fortalezas.
- C) Al margen de ello, para realizar una apropiada descripción de las **limitaciones** que presenta la persona se deben implementar los apoyos necesarios.
- D) Por último, hay que considerar el empleo de **apoyos individualizados** adecuados para la mejora en su desempeño, considerando las necesidades de la persona de forma continuada. (Schalock, R. L. 2013).

En otro orden de cosas, en la conceptualización de este término proporcionada por la Asociación Americana de Discapacidades intelectuales y del Desarrollo se considera a la persona mediante una perspectiva multidimensional. Para ello se consideran estas dimensiones de la persona: su capacidad intelectual, participación, conducta adaptativa, interacción, salud, entorno y red social. (Hernández et al. 2018).

1.1 Diagnóstico:

En relación con el diagnóstico de la DI, se debe tener en cuenta el cociente intelectual (en adelante CI), cuando este se encuentre por debajo de 70, y la persona presente dificultades en sus habilidades adaptativas. Las habilidades adaptativas se refieren al desempeño de la persona en su vida diaria. De esta manera, estas personas precisan de apoyos en dichas habilidades para poder desenvolverse. Sin embargo, cada vez existe una mayor desconfianza en cuanto al empleo de las pruebas de inteligencia. Si esta situación aparece después de los 18 años, por ejemplo, debido a un accidente, no se considera DI sino daño cerebral. (Martorell, et al. 2011)

Respecto al diagnóstico de la DI se debe tener en cuenta una triple consideración:

- A. Se debe partir del **funcionamiento intelectual**, ya que estas personas presentan dificultades para entender ideas complejas, realizar razonamientos, solventar problemas y presentan dificultades de aprendizaje. (Hernández et al. 2018)
- B. Debe considerarse el **comportamiento adaptativo** de la persona, relativo a las diferentes habilidades que dispone para desarrollarse en su vida cotidiana. Estas personas poseen tanto su funcionamiento intelectual como el de su conducta adaptativa relativamente bajo. (Hernández et al. 2018)
- C. La última consideración se centra en el **origen de la discapacidad**, normalmente se presenta antes de los 18 años de edad. Si se da antes del nacimiento, puede deberse a afecciones genéticas como el Síndrome de Down. Cuando se origina durante o después del nacimiento puede ser por lesiones cerebrales, infecciones o accidentes cerebrovasculares. (Hernández et al. 2018)

En resumen, hay que tener en cuenta que en la DI no sólo se ve afectada la capacidad intelectual sino también la inestabilidad emocional, atención, psicomotricidad, referencia espacial, conciencia de la propia discapacidad. (Hernández et al. 2018)

2.1 Causas:

En cuanto a las causas de este tipo de discapacidad son muy variadas y de diversa índole. Interactúan factores sociales, educativos, biológicos, conductuales que perjudican el desempeño de la persona. Las condiciones que pueden estar relacionadas con el diagnóstico pueden suceder antes, durante o después del nacimiento. Además, pueden ser debidas a factores de carácter genético o incluso contextuales. En gran parte de los casos no se puede determinar la causa específica, o sea, interactúan muchos factores debido a que es un fenómeno complejo. A veces la DI va ligada a otros tipos de discapacidades. (Martorell, et al. 2011)

	<ul style="list-style-type: none"> - Parto - Primeras semanas de vida 	<p>corazón o diabetes), disfunción de la placenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bajo peso del bebé al nacer, asfixia o prematuridad grave. - Hipoglucemia.
POSTNATAL	<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones cerebrales - Otras causas 	<ul style="list-style-type: none"> - Meningitis bacteriana, tuberculosis. - Desnutrición prolongada y grave, traumatismo craneal, baja estimulación, exposición continuada a tóxicos (plomo), encefalopatías epilépticas (síndrome de West)

Fuente: (American Psychiatric Association, 2013).

3.1 Clasificación:

1.1.1 Clasificación Internacional de Funcionamiento de la

discapacidad y salud

La Organización Mundial de la Salud, autoridad directiva y coordinadora en sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas, es la responsable de publicar y llevar a cabo la tipología en el ámbito sanitario de la discapacidad.

En 2001 creó la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Además, en el 2007 desarrollaron una clasificación enfocada a la adolescencia e infancia (CIF-IA) y, más adelante, en 2012 se fusionaron estos documentos creando una nueva clasificación. De esta forma, la CIF es la actual clasificación estándar en el ámbito de la discapacidad. Dentro de la misma se dan prioridad a los derechos de las personas con discapacidad. (UNICEF,2014)

La aparición de la CIF supone una transformación conceptual. Contempla la idea de que todos los individuos en algún momento padecen deterioro en su salud y, en consecuencia, cierto grado de discapacidad, no considerando estas dos facetas como separadas sino integradas. Por tanto, la discapacidad es un término bidimensional y dinámico debido a que interactúan factores contextuales y de salud siendo una experiencia universal de la humanidad. Esta visión está incluida en el modelo biopsicosocial. (Fernández-López, et al. 2009)

Este enfoque de experiencia universal de la discapacidad también queda establecido en la Convención de Derechos de las Personas Discapacitadas de la Organización de Naciones Unidas (en adelante ONU) de 2006 en Nueva York. En la misma se establece que el Estado es el responsable de asegurar, proteger y promover los

derechos de este colectivo con los diferentes pasos a seguir para incorporar las transformaciones medioambientales necesarias.

En relación con la clasificación actual de la CIF, se subdivide en dos. La primera parte está vinculada al funcionamiento y la discapacidad. Se refiere a las funciones, estructuras corporales, actividades y participación de la persona (desempeño, capacidad, estructuras y funciones corporales). La segunda parte está relacionada con los factores contextuales relacionado con el entorno que rodea a la persona (barreras y/o facilitadores) y los factores personales que no tiene en cuenta esta clasificación. (OMS,2011)

De esta forma, la CIF ha cubierto gran cantidad de problemas relacionados con enfermedades y cuidados médicos. Esta es útil para evaluar la diferencia que existe entre el funcionamiento potencial y real de la persona, además de identificar facilitadores y barreras presentes en el entorno. Se trabaja con los facilitadores y obstáculos para poder intervenir y guiar a través de una actuación multidisciplinaria a los individuos con patologías concretas. Se tiene por objeto, introducir en muchos países, la CIF y su modelo de discapacidad, donde se promueve la creación de nuevas políticas sociales y legislativas mediante el empleo de servicios, siendo este un estándar mundial, tanto para ese nuevo modelo de política social como para los datos de la discapacidad. (Fernández-López, et al. 2009)

Por lo tanto, hacer uso del modelo biopsicosocial hace posible comprender el impacto que tiene en el aprendizaje, las limitaciones de la persona. Por otro lado, como soporte para planificar una futura intervención hay que valorar el nivel de participación momentáneo de la persona. De esta manera, será posible mejorar su participación social. Este enfoque pretende que los profesionales que trabajan con DI no se centren en conceptos relacionados con la tipología de discapacidad (como Síndrome de Down) sino en las limitaciones del individuo, en la participación con respecto a los factores del entorno y en

la búsqueda de estrategias centradas en la creación de ambientes adecuados para el aprendizaje. (UNICEF,2014)

Por último, esta clasificación permite organizar y clarificar conceptos que se interrelacionan entre sí como la calidad de vida, la salud y el bienestar. La finalidad consiste en relacionar la calidad de vida y el funcionamiento de las personas con discapacidad. Por lo que esta clasificación puede ser una herramienta adecuada para realizar una evaluación de aprendizaje colaborativa y mediante una perspectiva profesional. (Fernández-López, et al. 2009)

Tabla 2: CIF.

COMPONENTES	CONCEPTO
CONDICIONES DE SALUD	Lesiones, enfermedades, desórdenes
FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES	Funciones fisiológicas y partes anatómicas corpóreas; integridad
DEFICIENCIA	Problemas en las funciones o estructuras corporales.
ACTIVIDAD	Llevar a cabo una acción o tarea.
RESTRICCIÓN EN LA ACTIVIDAD	Dificultades que puede percibir la persona al realizar una actividad.
PARTICIPACIÓN	Acción de involucrarse en una situación concreta.
LIMITACIÓN EN LA PARTICIPACIÓN	Problemas que puede experimentar una persona al involucrarse en una situación concreta.
DISCAPACIDAD	Engloba deficiencia (anomalía anatómica, mental o fisiológica),

	limitación en la actividad y restricción en la participación.
--	---

Fuente: (OMS, 2001)

2.1.1 *Clasificación según el cociente intelectual*

Otra de las tipologías de la DI básicas que se utiliza y que ha sido propuesta por la OMS, es la que ha sido elaborada según el CI de la persona. Esta clasificación está compuesta por cuatro tipos: la DI leve, moderada, grave y profunda que se explicarán a continuación. (American Psychiatric Assotiation, 2013)

- A. **La DI leve** la presentan personas con un CI que oscila entre 50 y 69. Estas personas a nivel social y ocupacional pueden desenvolverse en su día a día, pero en tareas más complejas y en su capacidad de tomar decisiones como en su salud precisan apoyo. Por lo tanto, estas personas saben desenvolverse en conversaciones fáciles con los demás debido a que desde edades tempranas desarrollan habilidades comunicativas y sociales. Además, son personas independientes en su cuidado personal (aseo, control de esfínter, alimentación, vestido...). Suelen tener dificultades de aprendizaje generalizado específicamente en la escritura, razonamiento matemático y lectura. (Secretaría de educación pública, 2023).
- B. **La DI moderada** es característica de personas con CI entre 35 y 49. Estos individuos presentan un desarrollo de sus habilidades sociales e intelectuales más lento en comparación con sus iguales. Por esta razón, precisan de apoyo continuo en la realización de las actividades cotidianas. Para lograr su autonomía, el individuo necesita dedicar mucho tiempo para adquirir las habilidades de cuidado personal. Presentan dificultades de lenguaje en cuanto a su uso y comprensión.

Pero son capaces de participar en talleres sencillos e interactuar con individuos de su contexto social más próximo. (Secretaría de educación pública, 2023).

C. **La DI grave** la presentan personas con un CI entre 20 y 34. Su desarrollo psicomotor es muy limitado por lo que sus habilidades de autocuidado, sociales e intelectuales necesitan completa supervisión, aunque en ciertas tareas pueden colaborar de forma parcial. Pueden adquirir el aprendizaje de alguna habilidad cotidiana a largo plazo, pero es complicado que lo generalicen, pudiendo surgir conductas inadaptadas al entorno social en el que se encuentren. En el caso de que presenten lenguaje oral será limitado empleando algunas palabras y gestos aislados. Algunos precisan de atención profesionalizada debido a la tendencia a presentar alguna patología asociada además de la DI. (Secretaría de educación pública, 2023).

D. **La DI profunda** la presentan personas con un CI menor de 20. Estos individuos necesitan supervisión y apoyo generalizado y permanente en todos los ámbitos de su vida cotidiana. Presentan comunicación no verbal muy básica. Su movilidad es inexistente o restringida. En la mayor parte de los casos no controlan los esfínteres. Por lo que necesitan apoyo y supervisión constante debido en muchas ocasiones a la presencia de patologías relacionadas. (Secretaría de educación pública, 2023).

En función del CI que presente el individuo determinará su capacidad de integración y autonomía. Individuos que sean menos independientes necesitarán más atención. La implicación en estas situaciones debe ir enfocada en la dignidad y calidad de vida de estas personas. Las características de estas personas son diversas y no son determinantes. (Secretaría de educación pública, 2023).

Tabla 3: Clasificación DI por grados y apoyos.

TIPO	RANGO CI	NECESIDAD DE APOYO	RASGOS
DI LEVE	50-69	Intermitente	<ul style="list-style-type: none"> • Independencia en la vida diaria y cuidado personal. (apropiado a la edad en el cuidado personal) • Dificultades en la regulación de la emoción. • Mantenimiento de conversaciones sencillas. • Habilidades para desempeñar trabajo semicualificado. • Dificultades en la generalización de aprendizajes. • Precisan de ayuda ante tareas complejas. Ejemplo: gestión de dinero, bancaria, realización de compra.
DI MODERADA	35-49	Limitado	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades motrices y cuidado personal aceptable. • Uso del lenguaje y desarrollo de la comprensión lento. • Habilidades sociales básicas.

			<ul style="list-style-type: none"> • Pueden aprender un oficio no cualificado con o sin supervisión. • Dificultades en desempeñar técnicas de cálculo, lectura y escritura.
DI GRAVE	20-34	Extenso	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje oral mínimo y limitado en articulación. • Comprensión oral y gestual sencilla. • Necesidad de supervisión constante en las actividades de la vida diaria. • Deterioro psicomotor
DI PROFUNDA	< 20	Generalizado	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden llegar a comunicarse de forma funcional con instrumentos alternativos y aumentativos de comunicación. • Dependientes en prácticamente la totalidad de las actividades y funciones de la vida diaria, seguridad y salud.

			<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad inexistente o restringida.
--	--	--	--

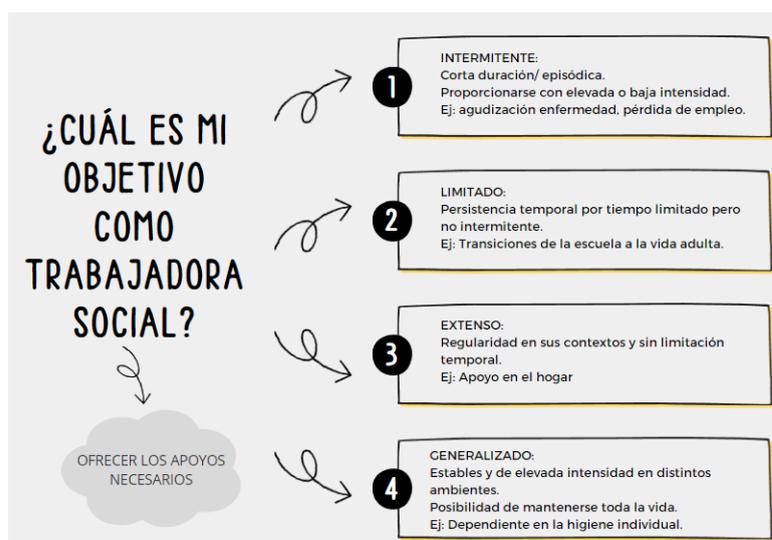
Fuente: Elaboración propia.

3.1.1 Clasificación según los apoyos necesarios.

La última clasificación que se debe de considerar es la relativa a la intensidad de los apoyos necesarios de las personas con DI. Se compone de cuatro tipos diferentes según la situación, fase vital y desempeño de los individuos. Se trata de un conjunto de ajustes razonables según las necesidades y características de la persona con DI.

- A. **Los apoyos intermitentes** se proporcionan solo cuando se necesitan. El individuo no precisa del apoyo siempre, aunque puede necesitarlo en cortos periodos. Solo se requiere en momentos específicos del ciclo vital por lo que se caracteriza por ser episódico.
- B. **Los apoyos limitados** son consistentes en el tiempo, de forma limitada no intermitente. En ese periodo limitado el apoyo se proporciona con una frecuencia continuada.
- C. **Los apoyos extensos** tienen lugar en al menos un contexto de forma regular y sin límite de tiempo.
- D. **Los apoyos generalizados** son de constancia e intensidad elevada, que se dan en varios contextos y pueden mantenerse durante toda la vida de la persona. Suelen precisar de este apoyo en casi todos los ámbitos de su vida cotidiana con posibilidad de que duren toda la vida. (Perpiñán, S. 2019)

Figura A: Esquema Apoyos



Fuente: Elaboración propia.

4.1 Derechos:

En este sentido cabe destacar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que destaca por la promoción del goce pleno y en igualdad de condiciones de los derechos fundamentales por parte de todas las personas con discapacidad y respeto a su dignidad. Hoy en día es la Convención más reciente y reconocida. (González, B. 2010).

La discapacidad pertenece al ámbito de los derechos humanos. Por esta razón, muchas personas con discapacidad experimentan desigualdad de acceso tanto a derechos como a recursos. Por ejemplo: desigualdad en áreas como el empleo, salud, educación y política. De esta manera, en muchas ocasiones estas personas experimentan situaciones que atentan contra su dignidad como prejuicios, abusos y violencia. Además, a ciertas personas con DI se les niega su autonomía. (OMS, 2011)

Asimismo, el citado Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Su objetivo es que las personas con discapacidad

sean garantes de derechos en igualdad de oportunidades, participación plena y efectiva, no discriminación en todas las esferas de su vida. Se centran en las esferas de: la educación, acceso al empleo, protección social, accesibilidad, atención a la salud, promoción de la autonomía personal. Asimismo, se promueve la importancia de la conciencia y sensibilización social sobre la inclusión del colectivo.

CAPÍTULO II: CENTROS DE ALOJAMIENTO

La Comunidad Autónoma de Madrid dentro de su Cartera de Servicios incluye una red de recursos como centros de día, centros ocupacionales, viviendas de carácter comunitario y residencias para personas mayores de edad con DI.

Cabe destacar la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las personas en situación de dependencia. Esta ley fue un avance en el cumplimiento de oportunidades y derechos de las personas con DI, logrando así una mejor calidad de vida por los avances sociales y médicos y, en consecuencia, un aumento en la esperanza de vida del colectivo. La ley permitió a las personas con DI que se les atendiera de una forma adecuada debido al reconocimiento de prestaciones y derechos a las que estas personas tienen acceso.

Asimismo, el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social, en su artículo 51 hace mención al objetivo principal que persiguen los centros de alojamiento, ya sean servicios de vivienda comunitaria o de atención residencial. Estos se centran en promover la vida independiente y la autonomía del colectivo mediante la convivencia e inclusión social. Además, atender las necesidades básicas de las personas que se encuentren en situación vulnerable como carencia de familia u hogar o problemas de convivencia que afecte a las personas con discapacidad.

En el presente documento se va a tratar detalladamente tanto de las residencias como de las viviendas comunitarias ya que son servicios de alojamiento dirigidos a estas personas. Estos centros están adaptados a diferentes perfiles de usuarios/as, además de realizar actuaciones dirigidas al desarrollo social, personal y profesional, rehabilitación, cuidados, actividades en comunidad, asistencia profesional y actividades de ocio. El objeto principal se centra en potenciar las capacidades de estas personas para que puedan participar en la sociedad. (Comunidad de Madrid, 2017)

V. Residencia

La residencia para personas con DI pertenece al catálogo de prestaciones y recursos perteneciente a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Este recurso se dirige a personas del colectivo de la discapacidad de entre 18 y 65 años. A partir de los 65 existen recursos cuya responsabilidad recae en la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia.

Los servicios residenciales pueden ser permanentes o temporales, éstos cumplen la función de suplir el hogar y son apropiados para alojar a individuos con DI. Estos centros cuentan con profesionales especializados en atención directa para poder cubrir las necesidades de los usuarios/as. (IMSERSO, 2011) Su finalidad principal se centra en aportar apoyo social y personal, manutención y alojamiento a los residentes debido a que por su situación o características no les es posible continuar en su vivienda y precisan de unos tratamientos específicos para hasta donde sea posible conseguir su capacitación impidiendo más deterioro en las actividades de la vida diaria. (Comunidad de Madrid, 2017)

Dentro de esta institución, el servicio se presta en diferentes áreas de atención. Estas áreas son: el desarrollo personal y social; la atención a las familias; la atención rehabilitadora, social y psicológica; atención residencial. Cada una tiene una programación concreta compuesta por las técnicas, seguimiento y objetivos de las personas residentes. (Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, 2022).

Existen diferentes tipologías de residencias para personas con DI. La derivación a un recurso u otro se realiza en función del perfil y necesidades de la persona. A continuación, se menciona la diferente tipología de atención residencial para personas con DI:

- A. Atención a personas con DI límite, ligera y graves trastornos de conducta, en residencia y centro de día.**
- B. Atención residencial con centro de día para personas gravemente afectadas.**
- C. Atención residencial con centro ocupacional.**
- D. Residencia para personas adultas con DI y graves trastornos de conducta asociados.**
- E. Residencia para mayores de 45 años. (FEAPS, 2011)**

5.1 Requisitos de acceso residencia:

En el caso de tener intención de acceder a este servicio mediante plaza pública, se debe disponer del reconocimiento de la condición de dependencia con un mínimo de grado 2, también denominado dependencia severa. Además, en el Programa Individual de Atención (en adelante PIA), debe de quedar plasmado que la categoría de intervención más acorde a la persona es el recurso de atención residencial. Posteriormente, si se cumplen los dos requisitos anteriores se debe cumplimentar la solicitud para poder acceder a la lista de acceso al centro residencial. (Comunidad de Madrid, 2017)

Otras condiciones que se deben cumplir para acceder a este servicio es tener reconocida la situación de discapacidad, no tener ninguna enfermedad infecciosa y no menos importante que la persona precisa de red familiar o esta no pueda atenderle. (Comunidad de Madrid, 2017)

VI. Viviendas comunitarias

Este tipo de viviendas se componen de pisos comunitarios enfocados a personas mayores de edad con DI ligera y con gran autonomía personal. Estos servicios proporcionan asistencia social, alojamiento, convivencia con otros residentes, pero,

aunque sean personas que se sepan gestionar y se desenvuelvan, precisan de apoyos al disponer de dificultades sociales y familiares. (Comunidad de Madrid, 2017)

En estas viviendas se proporciona la supervisión y apoyo necesario para que los usuarios/as habiten de la manera más independiente y autónoma posible. Asimismo, los alojados deben realizar las actividades de la vida diaria para el mantenimiento del hogar y así, poder mejorar su calidad y autogestión de vida con los apoyos necesarios. (FEAPS, 2011)

Estas viviendas pueden ser de dos tipos:

- A. **Pisos tutelados:** en estos centros la ayuda profesional se realiza de manera continua. Los profesionales supervisan y apoyan a los usuarios/as en sus actividades y gestiones de la vida cotidiana.
- B. **Pisos supervisados:** en estos centros la ayuda profesional se realiza de forma puntual en actividades y gestiones cotidianas específicas en las que presentan dificultades. (FEAPS, 2011)

Para el acceso a las viviendas comunitarias presentan un sistema específico, donde se debe acudir al centro de servicios sociales local al que pertenezca la persona en función del lugar de domicilio principal en el que resida. Por tanto, se tratan de centros residenciales para los individuos con DI y un nivel suficiente de autonomía. (Comunidad de Madrid, 2017)

6.1 Requisitos de acceso vivienda comunitaria

Para poder acceder a las viviendas comunitarias para personas con DI se deben de cumplir una serie de directrices establecidas. En primer lugar, la persona tiene que residir en la Comunidad de Madrid y ser español, extranjero, refugiado, exiliado, transeúnte o apátrida. Además, esta persona debe estar empadronado en la Comunidad de Madrid excepto los transeúntes. Por otro lado, el individuo debe tener reconocido y vigente un

grado de discapacidad de al menos un 33 % y ser una persona con DI. Por último, deben precisar de atención en estos centros de alojamiento, pero no disponer de una enfermedad contagiosa o necesitar atención hospitalaria. (Consejo Superior de Investigaciones Científicas. s.f.)

CAPÍTULO III: MODELOS DE INTERVENCIÓN

Desde el ámbito del Trabajo Social los modelos de intervención se sustentan con los elementos dinámicos y positivos que existen en las actuaciones tanto con familias, individuos o grupos. Por lo que la acción se debe centrar en los modos de relacionarse y comunicarse, en las transformaciones que se están desempeñando, en los cambios y potencialidades. Por lo tanto, se observa una perspectiva positiva para poder promover ese cambio y realizar una aproximación a la disciplina, ya que el Trabajo Social por parte de los profesionales necesita un nuevo enfoque. (Rodríguez, J.M. 2011)

Las acciones sociales deben tener en cuenta una perspectiva completa y global, asegurando que se aprovechen al máximo las capacidades de las personas y los recursos disponibles en un entorno específico. Esto implica considerar todos los aspectos relevantes para lograr un beneficio óptimo. Además, estas acciones deben ser ejecutadas a través de un proceso en el que las personas sean vistas como sujetos potenciales para contribuir y como participantes activos, en lugar de ser vistas simplemente como receptores pasivos de soluciones diseñadas por profesionales. Se enfatiza así, la importancia de respetar los derechos y deberes, evitando violar la dignidad de las personas implicadas y actuando con criterios de libertad, justicia y equidad, tal como establece el Código Deontológico profesional. (Rodríguez, J.M. 2011)

En el presente trabajo se ha hecho especial hincapié en la mejora de la calidad de vida de las personas con DI. Asimismo, se van a explicar tres modelos de atención que están relacionados entre sí y son los más utilizados en las entidades destinadas a las personas con DI. Estos enfoques se centran todos ellos en la persona y en su calidad de vida además de presentar elementos en común como la planificación y la evolución de su proyecto de vida. (Garrido, L. y González, B. 2019)

VII. Calidad de vida

La calidad de vida hace referencia a la satisfacción general que siente una persona en las diferentes áreas de su vida. Esto no se limita a una sola dimensión, sino que abarca varios aspectos como la salud física, emocional, social, económica y espiritual. Tanto factores objetivos (como el nivel de ingresos o la salud física) como subjetivos (como la percepción de felicidad o realización personal) juegan un papel importante en este estado de bienestar. Además, tanto las características personales como el entorno en el que se desenvuelve la persona tienen un impacto diferente de cada persona en cómo percibe y experimenta este estado deseado de bienestar. (Fernández Sastre, M. 2014).

El término de la calidad de vida se emplea con frecuencia en el ámbito de la DI como referente de la evaluación de aspectos personales y desarrollo de servicios. Este término aporta la base genérica centrada en la familia y persona que aporta una serie de aspectos para alcanzar el bienestar de las personas. (Fernández Sastre, M. 2014).

Para medir la calidad de vida de las personas con DI se tienen en cuenta diferentes indicadores como el bienestar emocional, bienestar material, relaciones interpersonales, bienestar físico, desarrollo personal, derechos, autodeterminación e inclusión social. Es especialmente importante el derecho a la vivienda como derecho social fundamental que permite a las personas con DI desarrollarse adecuadamente. Además, la carencia de hogar repercute negativamente en el bienestar e integración social de estas personas. Por estas razones se enfatiza en las actuaciones de las profesionales del trabajo social que informan y facilitan acerca del acceso a una vivienda potenciando sus capacidades y promoviendo la mejora de la calidad de vida de estas personas. (Plena inclusión, 2021)

El lugar de residencia como espacio de vida está inmerso en el modelo de calidad. Para que los centros de residenciales o de alojamiento sean lo más similares posibles a un hogar se deben potenciar los lugares en los que la vida diaria sea factible para los profesionales y los residentes con DI. (IMSERSO, 2011)

Sentado lo anterior, según Schalock y Verdugo (2007), proponen tres niveles que afectan a la calidad de vida de las personas.

El microsistema o entorno más próximo a la persona y que afecta de forma directa a su vida como su familia, amigos, vivienda y sitio de trabajo.

El mesosistema referido al vecindario de la comunidad, organización que afecta al desempeño del microsistema.

Por último, el macrosistema referido al perfil cultural en sentido amplio como factores políticos, económicos, sociales que afectan a las creencias, valores, conceptos de las personas.

Estos autores han diseñado el modelo teórico de la calidad de vida a través de una herramienta para medir este aspecto en la población. Esta herramienta es la escala de calidad de vida GENCAT que se emplea por la mayor parte de organizaciones sociales dirigidas a personas con DI en la actualidad. (Fernández Sastre, M. 2014).

Para mejorar la calidad de vida de las personas con DI, se deben asignar recursos y crear programas específicos, además de permitirles ser autónomas, esto se refiere a que deben tener la libertad de tomar decisiones por sí mismas. Para lograr esto, es esencial, garantizar una serie de derechos. Tienen derecho a la vida autónoma, por lo que pueden vivir de forma independiente, con el apoyo necesario para hacerlo. Tienen derecho a elegir cómo quieren vivir sus vidas y a tomar las decisiones que afecten a su bienestar. Deben poder participar activamente en la sociedad y asumir responsabilidades. Al igual que cualquier otra persona. (Fernández Sastre, M. 2014).

Los/as trabajadores/as sociales pueden contribuir en esta dimensión interviniendo en la elaboración, planificación y evaluación de estos planes de intervención social. Además, llevan a cabo una valoración en relación a la mejora de sus capacidades, igualdad de oportunidades, obstáculos y dificultades sociales y personales que se han suprimido o

superado. Esta forma de intervención implica una transformación de la asistencia hacia la mejora de los individuos generador de cambios sociales y de proyecto vital. (De Robertis, C. 2003)

Por último, la sociedad debe mostrar empatía y apoyo hacia estas personas, promoviendo un entorno inclusivo y equitativo. Todos estos derechos son esenciales para garantizar que estas personas puedan vivir con dignidad y desarrollar su potencial al máximo. (Fernández Sastre, M. 2014).

Tabla 4: Dimensiones e indicadores de la calidad de vida.

INDICADORES DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	
AUTODETERMINACIÓN	RELACIONES INTERPERSONALES
<ul style="list-style-type: none"> - Autonomía - Metas y preferencias personales - Decisiones - Elecciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones sociales - Relaciones familiares - Relaciones de pareja - Tener amigos/as estables y claramente identificados - Tener contactos sociales positivos y gratificantes
BIENESTAR MATERIAL	BIENESTAR FÍSICO
<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones de la vivienda - Condiciones del lugar de trabajo - Condiciones del servicio al que acude - Empleo - Ingresos 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención sanitaria - Sueño - Consecuencias de la salud (dolores, medicación, etc.) - Salud general - Movilidad

<ul style="list-style-type: none"> - Salario - Posesiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a ayudas técnicas
DERECHOS	BIENESTAR EMOCIONAL
<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de derechos - Defensa de derechos - Ejerce derechos - Intimidad y respeto 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilidad mental (ausencia de estrés, sentimientos negativos) - Satisfacción - Autoconcepto
DESARROLLO PERSONAL	INCLUSIÓN SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> - Educación - Oportunidades de aprendizaje - Habilidades relacionadas con el trabajo - Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, etc.) - Actividades de la vida diaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Participación - Integración - Apoyos

Fuente: (Barranco-Expósito, et al. 2010) (Shalock & Verdugo, 2007)

Sistemas de evaluación

Es necesario emplear como marco de referencia de evaluación y conceptual la calidad de vida en el área de la DI. Las diferentes investigaciones llevadas a cabo en este ámbito de actuación han permitido determinar las dimensiones típicas de la calidad de vida tal como instrumentos con indicadores para poder realizar evaluaciones adecuadas y aportar los resultados sobre la misma. (Alonso, M. et al, 2007)

4.1.1 Escala GENCAT

El principal desafío de las instituciones, organizaciones y equipo profesional es mejorar la calidad de vida a través del paradigma centrado en la persona, así como deben regirse las políticas sociales. Por lo que el estudio de la calidad de vida de las personas con DI evalúa cómo de satisfechos/as están estas personas teniendo en cuenta sus necesidades para lograr su bienestar personal, por ello con ese estudio aparece la Escala GENCAT de la que luego surgen otras. (Schalock, R. L. 2013).

Esta herramienta de evaluación mide la calidad de vida de las personas de forma objetiva, mayores de 18 años. Está formada por ítems observables y objetivos, a través de un observador externo. también cuenta con 46 indicadores importantes que se concretaron en 300 ítems en total. (Schalock, R. L. 2013).

La escala GENCAT debe ser utilizada por un trabajador social profesional que conozca a la persona como mínimo de tres meses antes de emplear esta escala. Por ello, el profesional debe haber realizado intervenciones con la persona anteriormente, en diferentes turnos. Por lo tanto, debe de conocer l bien al individuo. ya que este es un requisito indispensable para poder emplear la herramienta. Esta escala ha sido elaborada para evaluar y conocer los resultados para que tanto los profesionales como las organizaciones, se comprometan respecto a la calidad de vida, de los usuarios y usuarias de la organización. (Alonso, M. et al, 2007)

5.1.1 Escala INICO-FEAPS

Esta herramienta ha sido elaborada por el Instituto Universitario de Integración en la comunidad de la Universidad de Salamanca, y por la Confederación Española de Organizaciones en favor de las personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS) ya que han trabajado de manera conjunta para desarrollar esta escala de evaluación integral de la

calidad de vida. La escala INICO-FEAPS está compuesta por dos subescalas Un informe relleno por otros individuos y un autoinforme. (Alonso, M. et al, 2007)

Con el empleo este instrumento, se podrán interpretar los resultados personales a través de los datos obtenidos que se podrán complementar con otras herramientas, que aportarán un feedback sobre las desventajas y aspectos positivos. Así, posteriormente permitirán realizar mejoras en el proceso de evaluación y en el empleo de la escala. Este instrumento da respuesta tanto a las consecuencias como a la evolución de la calidad de vida. Por lo que el uso de este término, cuando se utiliza como la base de las intervenciones, promueve más la importancia del término y la búsqueda del bienestar de los individuos en sus entornos culturales. (Schalock, R. L. 2013).

VIII. Atención integral centrada en la persona:

La atención integral centrada en la persona está encaminada al alcance de mejoras en todas las áreas de bienestar y calidad de vida del individuo, respetando su dignidad y derechos de forma plena, considerando sus preferencias e intereses y su efectiva participación. (Rodríguez, P. 2013) La atención integral centrada en la persona es una fusión de estrategia e ideología. Debido a que se trata de una perspectiva metodológica y práctica que permite que el individuo elija las metas que quiere cumplir y alcanzar con la ayuda de un grupo adecuado. Además, se pretende desarrollar su autodeterminación como ideología principal. De esta forma, la persona podrá establecer sus objetivos que le sean significativos. La metodología es adaptativa y flexible. Asimismo, participan diferentes individuos cercanos para la persona con discapacidad, pero siempre se considera que la clasificación es para la persona. (Holburn, S. 2012)

Este modelo de intervención se implementa con una perspectiva de defensa y promoción de los derechos del colectivo y los valores de una vida normalizada alejándose así de los estándares de vida institucionalizada. En suma, una manera de proporcionar

servicios centrada en parámetros fundamentales como la participación comunitaria, elecciones, respeto y competencia. (Robertson, J. et al. 2008)

Por lo tanto, esta metodología permite a las personas identificar los objetivos para mejorar su vida. Por este motivo se formulan objetivos que el individuo quiera alcanzar con el apoyo de amigos, familiares o profesionales más importantes para la persona, considerando sus deseos, historia y capacidades. Esta forma de trabajar permite una transformación rápida de los recursos dirigidos a las personas con DI. Asimismo, las actuaciones no están enfocadas en los ámbitos y proyectos, sino el objetivo principal es que el individuo a través de un enfoque integral, participe plenamente en esta metodología. (Robertson, J. et al. 2008)

El equipo multidisciplinar de los centros de alojamiento para personas con DI y con necesidad de ayuda para su toma de decisiones, deben fomentar la transformación de paradigma desde un enfoque más inclusivo, de forma que se integre realmente a los usuarios/as y familiares tanto en la manera de intervenir y comunicarse con ellos. Estas actuaciones deben de ser llevadas a cabo por todo el equipo de profesionales, ya sean cuidadores, monitores, educadores, técnicos, médicos, enfermeros, pedagogos, psicólogos... Por lo tanto, desde la planificación central en la persona, el desarrollo de esta metodología de calidad de vida depende de las actitudes. La configuración en estos centros podría realizarse si sabemos realizar las modificaciones pertinentes de sistematización y planificación desde la perspectiva y el empoderamiento, no del equipo multidisciplinar sino de las personas con DI a través de un trabajo conjunto de todos los agentes que participan en la actuación. (IMSERSO, 2011)

Los profesionales de los centros de alojamiento, para utilizar la presente metodología tienen que tener en cuenta que su misión principal es el apoyo a la dignidad de la persona a la que atiende, su plan de vida y la persona en sí misma. Además, al

intervenir mediante una relación interpersonal y simétrica se debe de buscar una relación de ayuda que sea enriquecedora para ambas partes. Por lo que el equipo profesional debe promover la independencia de estas personas en sus actividades de la vida diaria partiendo de sus capacidades y promoviendo su autonomía dando apoyo en su proyecto vital y sus derechos. (Crews, D.E & Zavotka, S. 2006)

Estos centros de alojamiento deben adaptarse de una forma innovadora en cuanto a diseño, para así de esta manera crear entornos que promuevan la independencia y autonomía de los residentes. También los usuarios/as deben participar con la comunidad de forma que aumenten sus contactos sociales. Siempre promoviendo en estas personas su orientación y autonomía. Por tanto, la historia de vida es un referente en la activación del proyecto de vida del individuo. (Crews, D.E & Zavotka, S. 2006)

Tabla 5: Principios y criterios para definir el Modelo Centrado en la Persona. Fundamentado en la dignidad.

PRINCIPIOS	CRITERIOS DE INTERVENCIÓN
PARTICIPACIÓN	Empoderamiento y accesibilidad
AUTONOMÍA	Promoción de las competencias y diversidad
INDIVIDUALIDAD	Atención personalizada y flexibilidad
INTEGRIDAD	Interdisciplinariedad y globalidad
INDEPENDENCIA Y BIENESTAR	Rehabilitación y prevención
CONTINUIDAD	Coordinación
INCLUSIÓN SOCIAL	Enfoque comunitario y apertura a la comunidad

Fuente: Elaboración propia.

IX. Apoyo activo

Se trata de un modelo de apoyo que promueve el desarrollo de las personas con DI para que participen de forma plena en todos los ámbitos de su vida y el empoderamiento de estas personas. Para el empleo de este modelo de intervención se pretende lograr que el individuo participe plenamente en las relaciones sociales y actividades relevantes en su contexto más próximo, por ello se proporciona a la persona el apoyo que necesita. Con el empleo de esta metodología se pretende conseguir el desarrollo individual y mejora en la calidad de vida del colectivo. Por ende, corresponde a una perspectiva centrada en la persona que responde a sus necesidades y preferencias mediante apoyos personalizados en el individuo. (Mansell, J., Beadle-Brown, J. 2012)

Hay que recalcar cinco premisas relativas a la generación de oportunidades para que estas personas puedan adquirir una vida plena con el apoyo activo: crear relaciones sociales importantes para la persona, participar activamente con sus actividades diarias, tomar decisiones con el apoyo preciso, tener un rol valorado por su red social y realizar acciones importantes para ellos/as. (Garrido, L. y González, B. 2019)

Figura B: Componentes del Apoyo Activo.



Fuente: Elaboración propia.

X. Apoyo conductual positivo

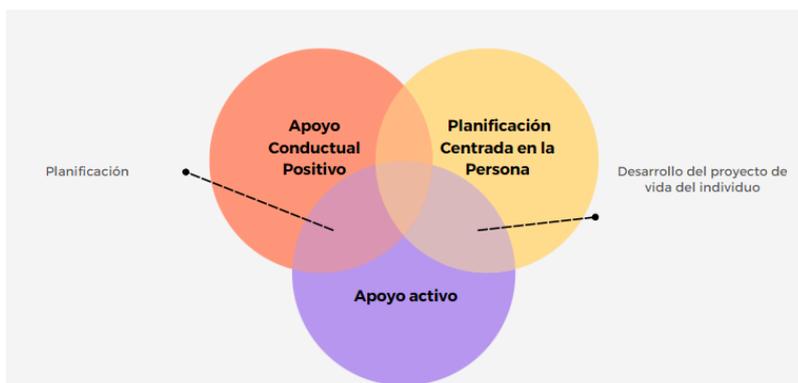
Se trata de un enfoque global de actuación que se suele emplear en las instituciones sociales destinadas a personas con discapacidad con el objetivo último de mejorar su

calidad de vida. Se aplica a diversas conductas, en concreto ante conductas problemáticas. Estas conductas quedan definidas como aquel acto que por su frecuencia, duración e intensidad perjudican de forma grave a las oportunidades de participar en sociedad y en la evolución de la persona. (García, M. et al, 2011)

Cuando los profesionales aplican esta metodología ante estas situaciones deben proporcionar al individuo un conjunto de opciones que le sean significativas. Además, su red más cercana como la familia también debe participar en la propuesta de oportunidades. Este modelo es un enfoque centrado en la dignidad de la persona y el respeto de esta donde se pretende responder de manera individualizada a sus necesidades concretas. (García, M. et al, 2011)

Para aplicar el modelo se debe evaluar de forma funcional la acción problemática para poder reconocer los factores contextuales que hacen surgir esa conducta y establecer sus fortalezas e intereses personales. A partir de ese momento se realiza el plan de apoyo conductual que pueda responder a sus necesidades a través de diferentes actuaciones de apoyo haciendo hincapié en adaptaciones del entorno, incorporar en el estilo de vida mejoras y practicar habilidades alternativas. Por lo tanto, su finalidad principal es perseguir a largo plazo resultados relevantes. (García, M. et al, 2011)

Figura C: Relación de los modelos de atención



Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO IV: TRABAJO SOCIAL Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

XI. Funciones del profesional del Trabajo Social:

En las diferentes entidades sociales dirigidas a personas con DI, el profesional de trabajo social desempeña diferentes roles y funciones.

1. - Primera intervención: Referida a la primera actuación profesional llevada a cabo con el individuo con DI. La interacción tiene larga duración y se centra en el intercambio de emociones, impresiones o vivencias mediante la creación de un entorno y relación de confianza.

2. - Planificación: Otra de las funciones, donde el trabajador/a social organiza y anticipa las diferentes intervenciones profesionales que pueden llevarse a cabo además de los obstáculos que pueden darse en la actuación. En esta fase se realiza la toma de decisiones, selección y elección de las posibles acciones a ejecutar.

3. - Coordinación: Se centra en realizar actuaciones colectivas entre los diferentes profesionales. El profesional del trabajo social puede precisar de ayuda de otros compañeros de esta o diferente disciplina para guiar sus actuaciones mediante orientación o compartir conocimientos. (Jiménez, R.M.D. 2017)

4. - Gestión: Consiste en tramitar, valorar, documentar cualquier tipo de ayuda necesaria hacia la persona con DI.

5. - Asesoramiento y orientación: El profesional del trabajo social realiza una transferencia de conocimientos tanto con las familias como la propia persona con discapacidad. Durante estas actuaciones pueden aparecer conflictos, por lo que una herramienta muy útil a utilizar ante estas situaciones son la conciliación y mediación entre el individuo y su familia o representantes legales donde puede estar el trabajador/a social interviniendo.

6. - Comunicación: Es necesaria emplearla por el profesional durante todo el proceso de actuación y ante cualquier incidente a lo largo del mismo tanto con las familias como con los usuarios/as de la entidad tal como con el resto del equipo multidisciplinar implicado en la intervención.

7. - Seguimiento y Evaluación: Que permite observar la consecución de los objetivos planteados. Dentro de esta fase están las diferentes actividades que se evalúan y son una herramienta para transferir conocimientos desde el ámbito del trabajo social. (Lorna, S. 2014).

XII. Intervención del profesional del Trabajo Social:

Es de vital importancia realizar acciones profesionales desde una perspectiva de Derechos Humanos que proporcionen confianza y seguridad en las personas a las que se dirige la intervención para contribuir en la mejora de su calidad y condiciones de vida. Además, los profesionales del trabajo social deben emplear su comunicación basada en empatía, ya que el profesional está en constante interacción con la realidad de las personas con DI, por ello, permite observar los obstáculos a los que se enfrentan estas personas en su entorno. (Matus, M. A., & Muñoz Rubia, I. M. 2021).

Además, es crucial en el profesional del Trabajo Social dentro del ámbito de la discapacidad poner en práctica el pensamiento profundo y crítico en las actuaciones profesionales que ejecuta. Asimismo, se debe implementar en el profesional un enfoque de transformación donde la persona sea partícipe en su proceso de cambio y pueda tomar decisiones sobre su vida llevando a cabo actuaciones centradas en la inclusión social de las personas con DI. Así, como profesionales del Trabajo Social se implementarán estas acciones usando herramientas y técnicas hacia estas personas evitando siempre el asistencialismo. (Matus, M. A., & Muñoz Rubia, I. M. 2021).

El rol del profesional del Trabajo Social en el ámbito de la discapacidad es muy importante, ya que debe ser consciente de la necesidad de promover la autonomía de estas personas, siempre que sea posible. Para ello se deben dar a conocer, mover y gestionar servicios y recursos adaptados a las necesidades de cada persona garantizando sus derechos y calidad de vida. (Lorna, S. 2014).

El profesional del trabajo social ofrecerá espacios, mediará, motivará, liderará, ayudará y guiará a los individuos con DI a buscar posibles soluciones acerca de sus problemas. El profesional pretende que estas personas superen las barreras que les impiden progresar y mejorar su calidad de vida. Desde una perspectiva de calidad, plural y global las actuaciones profesionales emplearan de esta forma las nociones epistemológicas, éticas y metodológicas. Además, se debe establecer el trabajo multidisciplinario con otras ramas y profesionales. (Aguirre, C. G. L., & Cruz, J. M. D. 2020).

Desde el trabajo social se debe emplear un modelo de intervención como itinerario para ejecutar sus actuaciones. Éstas no empiezan después del diagnóstico, sino que la actuación por parte del profesional comienza desde el primer contacto con el paciente. (Rodríguez, J.M. 2011)

XIII. Relación familia - profesional:

Una gran parte del desempeño profesional del trabajador/asocial es el relacionado con la relación que se mantiene con los progenitores o representantes de la persona con DI. De esta forma, el papel del profesional del trabajo social se centra en orientar, empoderar, trabajo conjunto enfocadas en aportar las herramientas necesarias para disminuir los diversos problemas a los que tiene que hacer frente la persona con discapacidad, además de promover la independencia y autonomía de estos. El trabajador

social mantendrá una actitud de compromiso e implicación en la intervención. (Matus, M. A., & Muñoz Rubia, I. M. 2021).

En la intervención, cuando el profesional realiza su primer contacto con el usuario/a es importante que mantenga una escucha activa y acompañe durante todo el proceso a la persona con DI. Este proceso se caracteriza por ser flexible e intencionado, considerando los factores familiares, contexto y personales de sus demandas, para proteger los derechos vulnerados. (Matus, M. A., & Muñoz Rubia, I. M. 2021).

La participación activa por parte de las familias en el desarrollo de las actuaciones que se llevan a cabo en los centros de alojamiento es esencial, además de participar en la definición del plan de atención personalizado (en adelante PAP) para crear continuidad en los apoyos y atención. Por lo que como trabajadores/as sociales se deben fomentar herramientas de orientación y apoyo a las mismas que genere un proceso de continuidad entre la familia y el equipo multidisciplinar para que se generen modelos coherentes y de referencia para el individuo con discapacidad. (IMSERSO, 2011)

Esta estrategia puede ser empleada, aunque se utilice cualquiera de los modelos de intervención en todos los centros, siempre que el eje de referencia sea la familia. Hay situaciones en las que se genera tendencia en la toma de decisiones por parte del familiar o sobreprotección atentando contra la autodeterminación de la persona con DI. (IMSERSO, 2011)

Por lo tanto, es crucial llevar a cabo un trabajo continuo entre la familia y el equipo profesional, fomentando su participación dentro de los centros de alojamiento. Todo ello, definido a través de pautas y estrategias entre ambos compartiendo estrategias, información y problemáticas, además de acordar en conjunto los apoyos necesarios del PAP. Como trabajadores/as sociales debemos promover actitudes de colaboración con la familia sin excluirlos debido a que también pertenecen a la unidad de acompañamiento.

También como profesionales, debemos fomentar la escucha ante las propuestas de las familias desde el respeto y promover la escucha activa y el diálogo ante las problemáticas que expresan. (IMSERSO, 2011)

Por el acercamiento del profesional al interactuar con el contexto de los individuos con discapacidad, la comunicación del trabajador/a social se debe centrar en la empatía al percatarse de las barreras que deben experimentar estas personas. A su vez deben poner en marcha acciones desde una perspectiva de enfoque de derechos humanos, para aportar confianza y seguridad a estos individuos y colaborar en el progreso de sus condiciones de vida. (Matus, M. A., & Muñoz Rubia, I. M. 2021).

XIV. Instrumentos profesionales

En este apartado se va a hacer referencia a diferentes herramientas que emplean los trabajadores/as sociales en el ámbito de la DI.

1. - El PAP que se ha mencionado anteriormente, es diseñado por parte de este profesional para cada una de las personas que residen en los centros de alojamiento del colectivo de la DI. En este plan se determinan los apoyos que precisa la persona en cada ámbito vital, según sus necesidades y capacidades. Se lleva a cabo tanto para las personas tuteladas por la Comunidad de Madrid como por las personas con curatela por parte de un familiar con DI. (Plena Inclusión, 2022)

Asimismo, el PAP se realiza desde el momento en que ingresa el usuario/a en los centros de alojamiento para personas con DI. Por ello, por parte del equipo interdisciplinar de estos centros se realiza una valoración y estudio acerca de las necesidades de apoyo y atención de estos individuos referidas al conjunto de actuaciones que se pretenden poner en marcha. Todo ello, con el fin de alcanzar en el mayor grado posible su autonomía personal, integración social y bienestar. Este documento debe de estar elaborado antes de

terminar el periodo de adaptación con la participación del individuo y de su familia. (Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, 2022).

Los apoyos se enfocan en las distintas esferas vitales del individuo como el área de salud, social, psicológica y rehabilitadora. En el caso de que haya cambios psicofísicos en la situación de la persona se debe actualizar el PAP como máximo en un periodo de seis meses, donde la familia o representantes deben de ser informado de dichos cambios. En el PAP se establecerán los objetivos de actuación, los apoyos, seguimiento y evaluación de este. (Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, 2022). En el apartado de anexos se incluye un PAP como instrumento a utilizar en los centros de alojamiento para personas con DI. Puede consultarse: *Anexo 1: Programa de atención personal* .

Los acompañamientos sociales y sanitarios están establecidos en el PAP donde se ofrece a la persona confianza y seguridad. Tras un largo proceso se pretende que la persona consiga mayor autonomía para en el caso de que sea posible poder llevar a cabo acciones sociales o sanitarias por sí mismos. Siempre y cuando el apoyo deje de ser necesario en esta acción, en caso contrario, el acompañamiento continuará de forma permanente. (Plena Inclusión, 2022)

2. - El plan de vida es otro instrumento en el que el usuario/a muestra sus deseos, por lo que se trabaja su autonomía y a partir de ese momento se determinan los apoyos que precisa para conseguirlos. Para poner en marcha este plan se deben llevar a cabo reuniones de valoración periódicas y tener soporte documental.

En cuanto a la tramitación documental, el trabajador/a social debe gestionar y tramitar a los usuarios/as tutelados el documento de identidad o sanitario en caso de no disponer del mismo e incluso las prestaciones a las que puede llegar a tener derecho la persona, ya sea de carácter social o económico. Además, toda la documentación de apoyo de la persona debe de ser adaptada por el profesional atendiendo a las diferentes

necesidades de apoyo de la persona a la que se atiende para que sea accesible para la misma. En el caso de que el residente no sea tutelado el trabajador/a social informará y acompañará en el proceso a la familia o representantes legales para que realice los trámites pertinentes.

3. - Las entrevistas individuales con los usuarios/as permiten trabajar con los objetivos establecidos en el plan de vida y actuación del individuo. Éstas tienen que estar planificadas junto con la persona en cuanto a día y hora en la que se va a llevar a cabo. En la entrevista se observan las necesidades demandadas y las ocultas de la persona, se detectan factores de riesgo y capacidades.

La búsqueda de recursos para que la persona se integre en la sociedad accediendo a servicios a los que tiene derecho también es competencia del trabajador/a social. Además, con las personas tuteladas el trabajador/a social debe estar en continuo contacto con otros profesionales y recursos para aportar a la persona bienestar emocional y material que precisa que sea acorde a su proceso individual.

4. - La historia social es un documento profesional que recolecta información de forma sistemática sobre el usuario/a. A medida que el proceso progresa se va añadiendo la información pertinente para obtener el mayor conocimiento de la persona, por lo que está sujeto a ampliación y modificación. Permite reflexionar sobre la información recopilada para formular las hipótesis, verificar esa información, comprender las circunstancias de la persona para realizar el diagnóstico, observar la evolución del proceso a través del seguimiento desde el inicio de la relación usuario/a- profesional. (Santa, F., et.al. 2007)

5. -El informe social para muchos autores es el instrumento más complejo y significativo. El Libro Verde del Trabajo social define el informe social como *“el dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter*

exclusivo el Diplomado en Trabajo Social/Asistente Social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.” (Revuelta Alonso, M.L.2005)

En el informe social se pretende modificar o paliar la situación social concreta de la persona exponiendo los rasgos principales de dicha situación aportando los datos necesarios para elaborar el dictamen, promoviendo servicios, recursos sociales y facilitando la información a otros profesionales. También es un documento no ampliable y cerrado acerca de la situación personal hasta el momento en que se lleva a cabo. Por lo que si se pretende añadir o modificar cierta información se deberá realizar un documento nuevo. (Consejo General del Trabajo Social. s.f.)

Esta herramienta permite compartir información con otros profesionales sobre las circunstancias que experimenta el individuo, así permite comprender las fortalezas, dificultades o necesidades ante una derivación. Asimismo, permite reflexionar y analizar la problemática en profundidad de forma que se mejore el diagnóstico y las actuaciones sociales que se realizan. En definitiva, facilita la comunicación entre el equipo de profesionales, permite comprender la información de forma más completa y una intervención más efectiva. Cada entidad social dispone de diferentes modelos de informe social en función de las características de la misma y del colectivo al que atienden y, por otro lado, según los modelos de intervención que empleen y su finalidad. (Santa, F., et.al. 2007)

6. - La ficha social se trata de un instrumento documental donde de manera almacenada y ordenada se registra la información más relevante y sistematizada de la historia social. En este soporte quedan plasmados los datos básicos de los usuarios/as que utilizan los trabajadores/as sociales. Se compone principalmente de datos de

identificación, sociodemográficos, de intervención social y observaciones profesionales.
(Consejo General del Trabajo Social. s.f.)

7. - El cronograma de actividades de la vivienda lo emplea el trabajador/a social para organizar y planificar las diferentes actividades que se van a realizar en la institución en un periodo establecido. Pueden ser actividades de diversa índole como talleres, eventos, terapias... También puede aparecer el horario, el profesional que va a dirigirlas y los recursos que se precisan para el desarrollo de las mismas. Permite distribuir de forma efectiva y equitativa los recursos y tiempo disponible para trabajar el desarrollo y bienestar de los residentes con DI. (Revuelta Alonso, M.L.2005) Puede consultarse:
Anexo 2: Cronograma de actividades.

CONCLUSIONES

Mediante la realización del presente trabajo se han extraído diferentes conclusiones.

Primera. - Sigue siendo una realidad en la sociedad la discriminación hacia las personas con discapacidad. Aunque la terminología del colectivo haya evolucionado a lo largo de la historia y se estén creando políticas sociales que persiguen la garantía plena de derechos en igual de condiciones que el resto de la ciudadanía, el colectivo continúa experimentando desigualdad de oportunidades en ciertas esferas de su vida.

Segunda. - Como futura profesional del trabajo es necesario continuar Como visibilizándose al colectivo y reivindicándose la equidad de derechos de todos.

Tercera. - Para poder trabajar en la adquisición de nuevas habilidades con las personas con DI se debe de hacer uso de sus fortalezas, es decir, de las habilidades que tienen más adquiridas. Por lo que para llevar a cabo estas actuaciones como profesional del Trabajo Social es importante empoderar a los usuarios/as y utilizar apoyos individualizados adecuados para la mejora de su desempeño. Para ello, se deben considerar de forma continuada las necesidades de la persona.

Cuarta. - Las características de las personas con DI son muy variadas y es imprescindible conocer a fondo a cada individuo debido a que ciertas actuaciones pueden ser efectivas para un usuario/a, pero pueden no ser adecuadas para otro. Al presentar necesidades muy complejas estas se deben tratar con tiempo, de forma detallada y con un carácter personalizado atendiendo a las necesidades individuales de cada persona.

Quinta. - Es de vital importancia considerar lo esencial que son las diferentes actuaciones que desempeña el profesional de trabajo social. La intervención en los centros de alojamiento es crucial para la mejora de la calidad de vida de estas personas teniendo en cuenta los derechos fundamentales.

Sexta. - Con un enfoque profesional hay que trabajar que en este desde una perspectiva centrada en la transformación. Este cambio debe consistir en el fomento de la autodeterminación de los individuos que se atienden, además de que el usuario/a sea participe en su propio proceso de cambio. De esta forma se evita el asistencialismo.

Séptima. - Para el correcto desempeño de las funciones del profesional del Trabajo Social en estos centros sociales es imprescindible crear un ambiente de confianza donde se promueva el intercambio de impresiones, emociones y la comunicación. Para realizar actuaciones directas efectivas estas deben de ser planificadas con anterioridad. Asimismo, para guiar las intervenciones en muchos momentos se puede necesitar ayuda de otros profesionales de otras ramas disciplinarias. Por tanto, la coordinación y colaboración entre todos los agentes intervinientes posibilita la mejora de los servicios que se prestan en estos centros.

Octava. - Un factor relevante acerca de las relaciones interpersonales que se mantienen con los usuarios/as y las familias es la comunicación continua. Si esta es efectiva el proceso de actuación seguirá un hilo más adecuado. Por ende, el profesional del Trabajo Social es necesario que disponga de habilidades sociales específicas para intervenir con personas con DI. Además, es esencial que el profesional acompañe, informe, ayude a las familias siendo un apoyo para las mismas. No obstante, como profesionales se debe implicar a la familia en los trámites y acompañamientos, es decir, que las familias se impliquen y participen en los diferentes procedimientos que se ponen en marcha en los centros de alojamiento. De esta forma se evita la dependencia profesional por parte de las familias.

Novena. - Los modelos de intervención es importante que como profesionales del Trabajo social se conozcan las formas de intervenir y se utilice un modelo u otro en función de la situación en la que nos encontremos. Incluso al haber relación entre los

modelos se pueden realizar combinaciones con los mismos. Sin embargo, aunque haya diferentes modelos de intervención hay veces que los profesionales no los ponen en marcha y provoca en muchas situaciones infantilización en el colectivo.

Décima. - En relación con las personas con DI que habitan en los centros de alojamiento cabe mencionar que todas las personas precisan de apoyo. En el caso de la residencia son personas más dependientes por lo que requieren atención de forma más continuada, en cambio los que habitan en viviendas comunitarias son más autónomos. Aun así, es importante darles el apoyo mínimo indispensable para promover en todos los casos al máximo su autonomía.

Undécima. - Es necesario mencionar, por último, que en la actualidad hay una falta de profesionales del trabajo social en estos recursos. Esta insuficiencia de personal especializado conlleva tener que atender a las necesidades de gran cantidad de usuarios/as. Esta situación dificulta que las actuaciones se aborden de forma adecuada. Por tanto, se debe abordar esta problemática para que realmente se contribuya al desarrollo y bienestar de estos individuos.

DISCUSIÓN

En cuanto a las facilidades que se han tenido al realizar el presente trabajo cabe destacar la cantidad de información que hay respecto a la temática elegida. Además, al disponer de conocimiento previo sobre el funcionamiento de estos establecimientos se ha indagado en mayor profundidad acerca del objeto de estudio. Esto es debido a la experiencia previa con el colectivo de personas con DI en vivienda tutelada y residencia de personas con DI gravemente afectadas.

Como futuras investigaciones que se pueden llevar a cabo en un futuro es enfocarlo a los centros de día y ocupacionales a los que acuden estas personas y, por otro lado, investigar acerca del acceso al empleo del colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, C. G. L., & Cruz, J. M. D. (2020). Trabajo social, discapacidad y resiliencia: elementos claves para una intervención profesional efectiva. *Perspectivas Sociales*, 22(2). Recuperado de: <https://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/129>
- Alonso, M. Á. V., Martínez, B. A., Santamaría Domínguez, M., & claverro Herrero, D. (2013). *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 44(247), 6-20. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Laura-Gomez-15/publication/284314498_Evaluacion_de_la_calidad_de_vida_en_personas_con_intelectual_o_del_desarrollo_La_escala_INICO-FEAPS/links/576b989408ae6e772780bf2a/Evaluacion-de-la-calidad-de-vida-en-personas-con-intelectual-o-del-desarrollo-La-escala-INICO-FEAPS.pdf
- Alonso, M. Á. V., Schalock, R. L., Sánchez, L. E. G., & Martínez, B. A. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(224), 57-72. Recuperado de: <https://produccioncientifica.usal.es/documentos/5e4fc39a29995245c6b2bda7>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). American Psychiatric Publishing.
- Barranco-Expósito, C., Delgado-Toledo, M. C., Melin-Marchal, C., & Quintana-Martín, R. (2010). Trabajo social en vivienda: investigación sobre calidad de vida percibida. *Portularia*, 10(2), 101-112. Recuperado de: <https://diaconiamadrid.org/wp-content/uploads/Investigacion-Calidad-de-Vida.pdf>

Comunidad de Madrid (2017) *Red de atención a personas adultas con discapacidad física, intelectual y sensorial*. Recuperado de:

<https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/red-atencion-personas-adultas-discapacidad-fisica-intelectual-sensorial#panel-188965>

Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales (2022). Acuerdo Marco de atención residencial con centro de día para personas adultas con discapacidad intelectual gravemente afectadas. *Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad*. Recuperado de:

<https://contratos-publicos.comunidad.madrid/contrato-publico/acuerdo-marco-atencion-residencial-centro-dia-personas-adultas-discapacidad>

Consejo General del Trabajo Social. (s.f). *Texto de referencia del Consejo General del Trabajo Social sobre el trabajo social en España*. Recuperado de:

<https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/fondo%20documental/TEXTOS%20DOCUMENTOS%20B%3%81SICOS%20CAP.%20L8.1.%20TS-ESPA%3%91A..pdf>

Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). (s.f.). *Los servicios sociales en la Comunidad de Madrid*. Recuperado de

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/madrid-servicios-02.pdf>

Crews, D. E., & Zavotka, S. (2006). Aging, disability, and frailty: implications for universal design. *Journal of physiological anthropology*, 25(1), 113-118.

Recuperado de: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpa2/25/1/25_1_113/_pdf

De Robertis, C. (2003). *Fundamentos del trabajo social: Ética y metodología: ética y metodología* (Vol. 1). Universitat de Valencia. Recuperado de:

[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=aqo0ddH9LcYC&oi=fnd&pg=PA9&dq=ROBERTIS,+C.+\(2003\):+Fundamentos+del+Trabajo+Social.+%C3%89t](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=aqo0ddH9LcYC&oi=fnd&pg=PA9&dq=ROBERTIS,+C.+(2003):+Fundamentos+del+Trabajo+Social.+%C3%89t)

[ica+y+metodolog%C3%ADa.+Ed.+Nau++Llibres.+Universidad+de+Valencia.+Valencia.+&ots=M5gDRT0S5&sig=kH0A8EnK5xLBiso5tbJ17JSG5Qw#v=oe&page&q&f=false](https://www.google.com/search?q=ica+y+metodolog%C3%ADa.+Ed.+Nau++Llibres.+Universidad+de+Valencia.+Valencia.+&ots=M5gDRT0S5&sig=kH0A8EnK5xLBiso5tbJ17JSG5Qw#v=oe&page&q&f=false)

FEAPS (2011). Guía práctica: un hogar donde quiero vivir. Recuperado de: <https://plenainclusionmadrid.org/recursos/hogar-donde-quiero-vivir-casa-guia-practica/>

FEAPS (2014). 50 años con las personas con discapacidad intelectual. *Plena Inclusión*. Recuperado de: https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/libro50anosfeaps_bajaok.pdf

Fernández Sastre, M. (2014). *Calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual del Centro Obregón*. (20) Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/7209>

Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., Geoffrey, R., Stucki, G., & Cieza, A. (2009). Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública*, 83(6), 775-783. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n6/colaboracion1.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2014). *Definición y clasificación de la discapacidad*. (p.12-28). Recuperado de: <https://www.unicef.org/lac/media/7391/file>

García, M., López, L., Sanz, A., y Tamarit, J. (2011). *Apoyo Conductual Positivo: intervención educativa y social para personas con discapacidad intelectual*. Confederación Salud Mental España. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Apoyoconductualpositivo.pdf>

- Garrido, L. y González, B. (2019) *Guía Apoyo Activo*. Madrid:Ed. Plena inclusión España. Recuperado de: https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/03/apoyo_activo_bbpp_0.pdf
- González, B. (2010). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Hernández, M. A. H., Perea, F.L., & Antequera, C.V. (2018) *Guía de orientación laboral para personas con discapacidad*. (p.6-11). Recuperado de: <https://ayuntamientoboadilladelmonte.org/sites/default/>
- Holburn, S. (2012). *Cómo puede la ciencia evaluar y mejorar la planificación centrada en la persona*. Revista Española sobre Discapacidad intelectual. Vol 34 (4). Núm.208. (p.4864). Recuperado de: <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/3077>
<https://plenainclusionmadrid.org/wpcontent/uploads/2017/12/GuiadeviviendaFIN.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2011) *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. (p.17-22) Recuperado de: <Modelocalidaddevidaatencionresidencial.pdf>
<consaludmental.org>
- Jiménez Lara, A., & Huete García, A. (2020). Políticas públicas sobre discapacidad en España. Hacia una perspectiva basada en los derechos. Recuperado de: http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/6138/Pol%EDticas_p%FAblicas_sobre_discapacidad_en_Espa%F1a.PDF?sequence=1
- Jiménez, R. M. D. (2017). Ser y hacer. Trabajo social con personas con discapacidad intelectual. Aproximación a la intervención en centros especializados. *RTS: Revista de treball social*, (211), 128-141. Recuperado de:

<https://www.revistarts.com/es/article/ser-y-hacer-trabajo-social-con-personas-con-discapacidad-intelectual-aproximacion-la>

Jiménez. R. (2011). *Trabajo social y discapacidad intelectual en centros residenciales y de día en Andalucía. Una aproximación desde la teoría fundamentada.* (p.35).

Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=111780>

Lorna, S. (2014). El Trabajo Social en el área de discapacidad: especificidades del rol profesional. In *Trabajo presentado en XXVII Congreso Nacional* (Vol. 11, p. 12).

Recuperado de: <https://pdfslide.net/documents/el-trabajo-social-en-el-area-de-discapacidad-especificidades-del-rol-profesional.html?page=1>

Mansell, J., & Beadle-Brown, J. (2012). *Active support: Enabling and empowering people with intellectual disabilities.* Jessica Kingsley Publishers. Recuperado de:

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=YFoSBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP2&dq=Mansell+y+beadle-brown+2012&ots=WTii_vsfTQ&sig=9XBVsB0_7ERJUsRD6hvD9O0QbQw#v=onepage&q=Mansell%20y%20beadle-brown%202012&f=false

Martorell, A., Mateos, J. L. A., Novell, R., Salvador-Carulla, L. & Tamarit, J.(2011) *Discapacidad intelectual y salud mental.* Consejería de Asuntos Sociales. (p.10-

13). Recuperado de: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013833.pdf>

Matus, M. A., & Muñoz Rubia, I. M. (2021). *Discapacidad y Trabajo Social.* (p.3-8).

Recuperado de: https://librosffyl.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitaes/17185/61-ivanoff-ponencia-ed.pdf

OMS (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la de la Salud.* (p.24). Recuperado de:

https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf

Organización Mundial de la Salud (2011), *Informe mundial sobre la discapacidad*. (p.34)

Recuperado de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241564182>

Organización Mundial de la Salud. (7 de marzo de 2023). *Temas de salud. Discapacidad*.

Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Pantano, L. (2007). *Personas con discapacidad: hablemos sin eufemismos*. Revista La

Fuente, 10(33), 3-6. Recuperado de: https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/6264/mod_resource/content/0/Sin%20eufemismos%20Liliana%20Pantano%20%202007.pdf

Perpiñán, S. (2019). *Atención temprana y familia: cómo intervenir creando entornos*

competentes (Vol. 184). Narcea Ediciones. Recuperado de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=GPikDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=sonsoles+perpi%C3%B1%C3%A1n+guerras&ots=tT3swTn3dk&sig=DGw0mFB4-jmW_-hcWz-DjpGZUyA#v=onepage&q=sonsoles%20perpi%C3%B1%C3%A1n%20guerras&f=false

Plena inclusión (2021) *Dimensiones de calidad de vida*. España. Recuperado de:

<https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/dimensiones-de-calidad-de-vida/>

Plena Inclusión (2022), *Memoria técnica Futurioja*. Recuperado de:

<https://futurioja.org/wp-content/uploads/2023/02/MEMORIA-TECNICA-FUTURIOJA-2022-.pdf>

Revuelta Alonso, M. L. (2005). *Libro verde del trabajo social: Instrumentos de documentación técnica*. Humanismo y Trabajo Social, 4, 273. Recuperado de

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3056785>

- Robertson, J., Emerson, E., Hatton, C., Elliott, J., McIntosh, B., Swift, P., ... & Joyce, T. (2008). *Análisis longitudinal del impacto y coste de la planificación centrada en la persona para personas con discapacidad intelectual en Inglaterra*. *Siglo Cero*, 39(225), 5-30. Recuperado de: http://sid.usal.es/docs/F8/ART10752/analisis_longitudinal.pdf
- Rodríguez, J. M. (2011). La (con) ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (49), 9-33. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111301>
- Rodríguez, P. (2013). *Intervenciones en discapacidad, envejecimiento y dependencia*. Serie: Informes Portal Mayores, nº 106. Recuperado de: <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/3975>
- Santa, F., Rubio, E., Juárez, A., Martín, J., & Paniagua, R. (2007). *Aprendiendo la práctica del Trabajo social: guía de supervisión para estudiantes*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de: <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/7367>
- Schalock, R. L. (2013). *La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales*. (p.2-18) Recuperado de: <http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/3841/La%20nueva%20definici%C3%B3n%20de%20discapacidad.pdf?sequence=1&rd=0031270564853763>
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. (15) Recuperado de: <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/18060>
- Scheerenberger, R. C. (1984). *Historia del retraso mental*. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales. Recuperado de:

https://books.google.co.ve/books/about/Historia_del_retraso_mental.html?id=f-9zAAAACAAJ

Secretaría de Educación Pública (2023). *Discapacidad intelectual*. (Vol. 2, p.13)

Recuperado de:

https://educacionespecial.sep.gob.mx/storage/recursos/2023/07/wf3WmLZrUk-230301_Tomo5_DiscapacidadIntelectual.pdf

Valencia, L. A. (2007). *Breve historia de las personas con discapacidad: De la Opresión a la Lucha por sus Derechos*. RAE, 10(33).

ANEXOS

Anexo 1: Programa de atención personal

Nombre / Apellidos			
<u>Objetivo General</u>	Favorecer el control de la persona sobre su propia vida, proporcionando los apoyos necesarios para alcanzar los objetivos que la persona considera importantes, fomentando así una mejora en su calidad de vida.		
<u>Fecha</u>	// * Elaboración * Actualización * Evaluación		
<u>Metodología</u>	Basada en los derechos, en la participación e inclusión en la vida de la comunidad. Centrada en la persona y su calidad de vida. Autodeterminación como dimensión transversal. Apoyo activo y Apoyo conductual positivo. Siguiendo los programas de atención especializada según las necesidades y características de cada usuario.		
<u>Personas implicadas</u>	Profesional de referencia, trabajador/a social, educador/a, cuidador/a, usuario/a y su figura de apoyo		
<u>Recursos</u>	Material deportivo.	Medios de transporte.	Material fungible.
	Material de centro.	Material electrónico.	Material audiovisual.
	Mobiliario.	Alimentación.	Personales.
	Informáticos.	Recursos de la Comunidad	

<u>Seguimiento y evaluación</u>	Mediante los registros de incidencias y seguimiento de programas / talleres, evaluación final anterior, seguimiento psicológico y social, reuniones multidisciplinarias del centro y reuniones con la persona y/o con su figura de apoyo.

MI PLAN PERSONAL					EVALUACIÓN	
Mis objetivos personales	Dimensiones de calidad de vida	Apoyos que necesito	¿Quién me va a apoyar?	Plazo para lograrlo	Valoración de mis resultados personales	Observaciones
	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar físico • Desarrollo personal • Autodeterminación • Derechos • Bienestar emocional • Relaciones interpersonales • Inclusión social 		Profesionales de referencia	(1 año/6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> * Lo he conseguido * En proceso * No lo he conseguido 	

OBSERVACIONES GENERALES	(Usuario/a) ha colaborado activamente en la elaboración de su PAP, dando su punto de vista y proporcionando información de su gusto. Se muestra emocionado/a realizando su PAP y valora muy positivamente su colaboración en el mismo.
--------------------------------	--

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2:Cronograma de actividades.

HORARIO MAÑANA					
	L	M	X	J	V
7:30-9:00	Levantado, ducha diaria, puestas al wc, hidratación dérmica, vestido y afeitado (a.b.v.d)				
09:00-10:00	Desayuno. Administración medicación, higiene dental, puestas al wc, revisión ropa/cambio si precisa (a.b.v.d)				
10:00-10:30	ASAMBLEA				
10:30 – 12:00	HABILITACIÓN COGNITIVA				
	CONOCIMIENTOS ACADEMICOS BASICOS Mate/lengua/medio	CONOCIMIENTOS ACADEMICOS BASICOS Mate/lengua/medio	CONOCIMIENTOS ACADEMICOS BASICOS Mate/lengua/medio	CONOCIMIENTOS ACADEMICOS BASICOS Mate/lengua/medio	CONOCIMIENTOS ACADEMICOS BASICOS Mate/lengua/medio
	ESTIMULACIÓN Musical/ multisensorial	ESTIMULACIÓN Musical/ multisensorial	ESTIMULACIÓN Musical/ multisensorial	ESTIMULACIÓN Musical/ multisensorial	ESTIMULACIÓN Musical/ multisensorial

	AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO			
12:00-13:00	Coordinación visomotora (manualidades, dibujo, ensartar o hilar...)	GIMNASIA	GIMNASIA	Coordinación visomotora (manualidades, dibujo, ensartar o hilar...)
	Movilidad activa (deporte adaptado, parque biosaludable, paseos...)	Coordinación visomotora (manualidades, dibujo, ensartar o hilar...)	Coordinación visomotora (manualidades, dibujo, ensartar o hilar...)	Movilidad activa (deporte adaptado, parque biosaludable, paseos...)
		Movilidad activa (deporte adaptado, parque biosaludable, paseos...)	Movilidad activa (deporte adaptado, parque biosaludable, paseos...)	

	Estimulación cognitiva (memoria, apps específicas, comunicación y cine...)	Estimulación cognitiva (memoria, apps específicas, comunicación y cine...)	Estimulación cognitiva (memoria, apps específicas, comunicación y cine...)	Estimulación cognitiva (memoria, apps específicas, comunicación y cine...)	Estimulación cognitiva (memoria, apps específicas, comunicación y cine...)
13:00-14:30	Comida. Administración medicación, higiene dental, puestas al wc, revisión ropa/cambio si precisa (a.b.v.d)				

HORARIO TARDE

	L	M	X	J	V
16:30-17:30	AUTODETERMINACIÓN Armario/ Descanso /Audiovisuales/ Pasatiempos / movilidad / Sala relajación	AUTODETERMINACIÓN Armario/ Descanso /Audiovisuales/ Pasatiempos / movilidad / Sala relajación HHSS Y VIDA EN COMUNIDAD	AUTODETERMINACIÓN Armario/ Descanso /Audiovisuales/ Pasatiempos / movilidad / Sala relajación	AUTODETERMINACIÓN Armario/ Descanso /Audiovisuales/ Pasatiempos / movilidad / Sala relajación CUIDADO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	AUTODETERMINACIÓN Armario/ Descanso /Audiovisuales/ Pasatiempos / movilidad / Sala relajación

		Talleres (emociones, nuevas tecnologías, Dinero), Teatro, Actualidad, salidas		Cuidado personal (uñas, cremas, peluquería, etc.) / talleres	
		Meriendas -Aseo Comida. Puestas al wc, revisión ropa/cambio si precisa (a.b.v.d)			
17:30-19:30 (*)	Herencias / Reglamento interno / Derechos / situaciones de abuso...	AUTODETERMINACIÓN	AUTODETERMINACIÓN	AUTODETERMINACIÓN	AUTODETERMINACIÓN
	AUTODETERMINACIÓN Juegos de mesa/ audiovisuales/ baile/ circuito movilidad activo/ juegos recreativos / juegos deportivos/ paseos	Juegos de mesa/ audiovisuales/ baile/ circuito movilidad activo/ juegos recreativos / juegos deportivos/ paseos	Juegos de mesa/ audiovisuales/ baile/ circuito movilidad activo/ juegos recreativos / juegos deportivos/ paseos	Juegos de mesa/ audiovisuales/ baile/ circuito movilidad activo/ juegos recreativos / juegos deportivos/ paseos	Juegos de mesa/ audiovisuales/ baile/ circuito movilidad activo/ juegos recreativos / juegos deportivos/ paseos
9:30-21:00	1 Cena. Administración medicación, higiene dental, puestas al wc, puesta de pijama (a.b.v.d)				
1:00-22:00	2 Acostado				

<p>2:00- 23:00</p>	<p>Fin de acostados. Recena a las 23:00 a demanda del residente</p>
<p>3:00- 7:30</p>	<p>Inspección visual general del residente cada hora. Ingesta líquida según necesidad, respetando su descanso nocturno.</p>

Fuente: Elaboración propia.