

UNIVERSIDAD DE GRANADA

**MÁSTER EN INVESTIGACIÓN, DESARROLLO SOCIAL E
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA**



**DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA
MEDIANTE UNA PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA
PERSONA (PCP).**

TRABAJO FIN DE MÁSTER PRESENTADO POR:

María Yasmina Casares Cucharero

PERFIL PROFESIONALIZADOR

Bajo la dirección de:

Emilio Crisol Moya

Granada, 25 de Junio de 2018

ÍNDICE

| | |
|--|---------------|
| 1. INTRODUCCIÓN | pág.3 |
| 2. MARCO TEÓRICO | pág.5 |
| 2.1 Concepto de Parálisis Cerebral (PC) | pág.5 |
| 2.2 Principales síntomas de la Parálisis Cerebral (PC) | pág.7 |
| 2.3 Clasificación de la Parálisis Cerebral (PC) | pág.8 |
| 2.4 Medidas que garantizan la mejora en la calidad de vida en (PC) | pág.10 |
| 2.5 ¿Qué es la Planificación Centrada en la Persona (PCP)? | pág.14 |
| 2.6 Origen de la PCP | pág.17 |
| 2.7 Fases de la PCP | pág.19 |
| 3. ACCIÓN DE LA (PCP) | pág.21 |
| 3.1 Descripción del contexto | pág.21 |
| 3.2 Destinatario | pág.23 |
| 3.3 Propósitos | pág.23 |
| 3.3.1 Objetivos generales | |
| 3.3.2 Objetivos específicos | |
| 3.3.3 Competencias | |
| 3.4 Contenidos | pág.25 |
| 3.5 Metodología | pág.26 |
| 3.6 Descripción de las actividades | pág.27 |
| 3.7 Temporalización | pág.36 |
| 3.8 Recursos | pág.37 |
| 3.9 Evaluación | pág.39 |
| 3.10 Resultados | pág.40 |
| 3.11 Limitaciones y futuras mejoras | pág.41 |
| 4. REFLEXIONES PERSONALES | pág.42 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | pág.44 |
| ANEXOS | pág.48 |

1. INTRODUCCIÓN

Según la Real Academia Española¹, el término planificación hace referencia a un “Plan general, metódicamente organizado y frecuentemente de gran amplitud, para obtener un objetivo determinado, tal como el desarrollo armónico de una ciudad, el desarrollo económico, la investigación científica, el funcionamiento de una industria, etc.”

En este proyecto se desarrolla una planificación dirigida a una alumna con Parálisis Cerebral (PC), con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la misma, a través del incremento de la autonomía y la participación activa en la comunidad, evitando de este modo, el aislamiento social.

En este trabajo se recogen bajo su marco teórico, algunos estudios tanto de la PC como de la Planificación Centrada en la Persona (PCP). Además, se plasman los objetivos, metodología, talleres, nuevos recursos o modificaciones de los ya existentes, resultados alcanzables, etc. Todo ello sustentado bajo la PCP, cuyo fin se centra en otorgar la posibilidad de una intervención donde el sujeto tenga el papel protagonista, tomando decisiones y asumiendo responsabilidades individuales. Siempre partiendo de sus intereses o motivaciones.

Se decidió llevar a cabo este trabajo, porque tras realizar las prácticas de Máster en el centro de Educación Especial clínica “San Rafael” pude observar que una de las alumnas del centro, durante su estancia en el mismo, presentaba gran interés por aquellas actividades que mostraran dibujos o fotografías (tales como puzles sencillos o poseer una caja llena de imágenes a modo de entretenimiento). Durante el tiempo pasado con ella, se comprobó que me mostraba dichas imágenes continuamente, intentando tener algún tipo de interacción conmigo. Además de esto, cuando realizaba puzles que presentaran piezas de la misma forma pero con diferentes colores o diseños (por ejemplo, puzles de prendas de vestir con diversos tipos de camisetas o pantalones), siempre las colocaba exactamente en el mismo orden. Todo lo anterior, hizo que se apreciara tanto su gran capacidad para discriminar imágenes como su alta memoria visual. Por lo que dicha capacidad se consideró de gran utilidad, por un lado para ofrecer la oportunidad de comunicarse con su entorno, y por otro, para poder desempeñar otro tipo de actividades, con un carácter más funcional.

Además, la logopeda del centro expuso la importancia de que la alumna pudiese

¹ Extraído del Diccionario de la Real Academia Española (RAE). Disponible en <http://dle.rae.es/?id=TJwPLbd> . Consultado el 3 de Junio de 2018.

mejorar la comunicación, así como fomentar la realización de actividades funcionales para su vida diaria, incrementando su autonomía. Por lo tanto, partiendo del interés de la alumna por las imágenes así como por determinadas actividades que se fueron descubriendo a través de la comunicación tanto con la chica como con su entorno, se pensó acerca de llevar a cabo un programa de intervención, concretamente, una Planificación Centrada en la Persona (PCP).

Tras realizarse una primera reunión con parte del personal del centro (logopeda, director, jefa de estudios, educadora y maestro de la alumna, voluntariado, etc.) así como con la familia, la iniciativa fue acogida con entusiasmo. Por lo que se decidió llevar este proyecto a la práctica, contando con el apoyo tanto de los diversos profesionales mencionados como con la familia de la alumna.

El proyecto organizado en cinco talleres, partió en un primer momento de un taller de comunicación que nos permitiría exponer los recursos necesarios para facilitar la comunicación de la alumna tanto con el centro como con el resto de la comunidad. Posteriormente, se llevarían a cabo el resto de talleres que dieron lugar a la adquisición de responsabilidades, toma de decisiones, fomento de autonomía, adaptación de materiales a sus necesidades, etc.

Siguiendo las investigaciones de los expertos de la PCP, en este proyecto se ha tenido en cuenta el protagonismo de la alumna, la utilización de un lenguaje sencillo, la búsqueda de sus capacidades por encima de sus dificultades, las relaciones sociales, así como la fomentación de la libre elección, dando a la alumna la oportunidad de tomar decisiones en base a sus intereses o motivaciones. Todo ello contando con la implicación del grupo de apoyo (profesionales, familia, etc.).

Además, se ha llevado a cabo una programación flexible, posibilitando la transformación de la misma en función de las diversas circunstancias que pudiesen generarse.

Con este proyecto no sólo se brinda la posibilidad de que la alumna adquiriera autonomía en actividades funcionales para su vida diaria, sino que además se le otorga el derecho a poderse comunicar libremente con los demás (familia, centro como resto de comunidad), expresando sus apetencias. Evitando de este modo, el aislamiento social y la frustración ocasionada por no poder expresar lo que siente.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ¿Qué es la Parálisis Cerebral (P.C)?

El concepto de Parálisis Cerebral (PC) así como las prácticas empleadas para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas han variado a lo largo de la historia debido a la complejidad del término; por lo que podemos hallar gran cantidad de escritos referentes a dicha cuestión.

William Little² fue el primero que hizo una aproximación a la patología en 1844 tras describir un cuadro clínico donde pudo observar un parto anormal, donde el bebé presentaba aumento del tono muscular de las extremidades inferiores, así como babeo. Este escrito junto con otros realizados con posterioridad, tuvieron tal influencia que la hoy llamada “Parálisis cerebral” durante muchos años fue conocida como “Enfermedad de Little”.

En 1889, Osler introdujo por primera vez el término “Parálisis cerebral” describiéndola como una encefalitis producida por factores congénitos y dificultades perinatales. A partir del siglo XX, se comenzaron a realizar mayores estudios, enfocados no solo desde el punto de vista médico, sino también alcanzando otras disciplinas como la educación o la psicología. Según Schwartz, Zuck, Parsons, Wingate, Lacey & Johnson (1951) la PC puede ser entendida como (...) *un conglomerado de deficiencias: emocionales, neuromusculares y sensoriales causadas por daño o ausencia de las estructuras cerebrales* (citado en Rosa, Montero y García, 1993, p. 20). Por otro lado, Phelps lo definió como un (...) *trastorno persistente pero no invariable de la postura y del movimiento debido a una lesión no evolutiva del encéfalo antes de que su crecimiento y desarrollo se completen* (citado en Rosa, et.al., 1993, p. 20).

Mac Keith y Polani (1959) definieron la PC como un (...) *trastorno persistente pero no inalterable del tono y de la postura, que aparece en los primeros años de vida debido a un trastorno no progresivo del cerebro* (citado en Badia, 2007, p.27).

La PC también fue entendida como un (...) *trastorno del movimiento y de la postura debido a un defecto o lesión del cerebro inmaduro* (Bax 1964, citado en Badia, 2007, p.27)

La mayoría de las descripciones expuestas acerca de la PC se han centrado en aspectos motores y en las consecuencias específicas del daño cerebral temprano. Sin embargo, las deficiencias sensoriales, cognitivas y conductuales, están presentes en las

²Médico director del Hospital de Londres y fundador del Hospital Ortopédico Real.

personas con dicha discapacidad, y apenas fueron mencionadas en gran parte de las definiciones que se desarrollaron a lo largo del siglo XX.

Autores como Solomons (1969) si consideraron que la existencia de trastornos asociados indica la disfunción en otras áreas cerebrales además de la motora y podrían suponer mayor desventaja que únicamente la limitación física (citado en Rosa, et.al., 1993).

Posteriormente, debido a la heterogeneidad del término, así como los avances que se fueron produciendo, surgieron nuevas ideas acerca del concepto, como la de Mutch y sus colaboradores (1992), los cuales definieron la PC como un (...) *término que aglutina a un grupo no progresivo, pero a menudo cambiante, de síndromes de trastornos motores secundarios a lesiones o anormalidades que se presentan en las etapas del desarrollo temprano* (Badia, 2007, p. 27). Con esta definición, no solo enfatiza en el trastorno motor, sino que reconoce la diversidad de trastornos que puede incluir la PC.

En los últimos años, los avances conseguidos en la comprensión de la PC han modificado la concepción de la misma, pasando de un enfoque médico a una perspectiva de estudio “biopsicosocial”. Por lo tanto, para comprender las condiciones individuales de la persona con PC, es necesario, tener en cuenta los factores ambientales (Badia, 2007).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) (2001), se basa en un modelo social de la discapacidad en el que se considera esencial la interacción positiva entre la persona y su entorno. La CIF (2001), da a conocer una (...) *clasificación basada en el funcionamiento de la persona en la que se adopta un modelo universal, integrador e interactivo en el que se incorporan los componentes sociales y ambientales de la discapacidad y de la salud* (p. 25). La CIF (2001) introduce factores ambientales, como el ambiente físico, social y actitudinal, como determinantes en la vida de estas personas. Además, incluye el concepto de participación, entendida como la implicación de la persona en las situaciones de la vida. Estos factores son esenciales a la hora de comprender las condiciones individuales de la persona con PC, ya que personas con características similares en cuanto a grado de discapacidad, pueden mostrar resultados diferentes en cuanto a la participación y la calidad de vida debido a condiciones ambientales distintas. Por este motivo, en la actualidad, la atención centrada en personas con PC, ha dejado de estar enfocada solo en intervenciones concentradas en los trastornos motores, adquiriendo un carácter más multidisciplinar, dirigido a

promover las capacidades funcionales de la persona en interacción con su entorno. Es decir, (...) *las limitaciones funcionales que pueda tener una persona con PC pueden ser compensadas por los apoyos; el funcionamiento de la persona con PC mejorará si se le proporciona los apoyos necesarios* (Badia, 2007, p.28).

En la actualidad, la PC es entendida,

(...) como un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la parálisis cerebral están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción, cognición, comunicación y conducta, por epilepsia y por problemas musculoesqueléticos secundarios (Rosenbaum, Paneth, Levinton, Goldstein y Bax, 2007, p.9).

Debido a las diversas alteraciones que se pueden encontrar en la PC, existe una enorme variedad de situaciones personales, que dependen del tipo, localización, amplitud y difusión de la lesión neurológica. Así, en algunas personas la Parálisis Cerebral es imperceptible, mientras que otras pueden estar muy afectadas y necesitar de terceras personas para su vida diaria (Navarro y Restrepo, 2005).

Como indica Navarro y Restrepo (2005) la Parálisis Cerebral no se puede curar. Pero si la persona afectada recibe una atención adecuada que le ayude a mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual, que le permita desarrollar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social, podrá llevar una vida plena.

2.2. Principales síntomas de la PC

Según Philippe Herberg (2005, p.14) los síntomas asociados a la Parálisis Cerebral son:

- *Discapacidad intelectual (DI)*: lo padecen el 50% de los niños con P.C. (39% de ellos, con nivel de DI severo). Además, dichos niños y niñas pueden presentar discordancia verbo-espacial.
- *Crisis Epilépticas generalizadas o parciales*: lo presentan en torno al 25-30% de los niños y niñas con P.C. Sobre todo aquellos con Hemiplejías o Tetraplejias severas.
- *Trastorno de la visión*: atrofia óptica, ceguera de origen central, hemianopsia homónima (hemiplejía), pérdida de visión binocular, estrabismo o defectos de refracción.

- *Trastornos de la audición:* presente en el 10-15% de los casos de PC severa.
- *Trastornos Sensitivos:* principalmente la Astereognosia (no reconocimiento del objeto puesto en la mano) o la Asomatognosia (incapacidad para reconocer o diferenciar las diferentes partes del esquema corporal.)
- *Trastornos Tróficos:* disminución del volumen muscular de los miembros ocasionando debilitamiento. Es frecuente encontrar una asociación con trastornos vasculares.
- *Deformidades Esqueléticas:* deformaciones a causa del desequilibrio de las fuerzas musculares provocado por el mantenimiento prolongado de malas posiciones. Las más frecuentes son la subluxación y luxación de caderas o la disminución de la extensión de rodillas o codos.
- *Trastornos del Lenguaje:* debido a un origen plurifactorial, como la discapacidad intelectual, trastorno motor (disartria), o trastornos psico-sociales.
- *Trastorno de la Motricidad Intestinal:* ocasionando estreñimiento crónico debido a la dificultad motriz
- *Trastornos Conductuales:* como la Abulia (pasividad, falta de iniciativa, miedo al mundo exterior, etc.)
- *Trastornos de la atención:* por ejemplo, falta de continuidad o concentración.
- *Agresividad:* Patadas, puñetazos, mordiscos, etc.
- *Estereotipias:* hábitos repetitivos como balanceo, chuparse las manos, etc.
- *Trastornos Emocionales:* debido a una mala adaptación al entorno social, el niño o niña con PC puede sentir sensación de aislamiento, ocasionándole depresión, ansiedad, etc.

2.3 Clasificación de la Parálisis Cerebral (PC)

Podemos encontrar diversas clasificaciones de la Parálisis Cerebral atendiendo al tono muscular, las partes del cuerpo afectadas (topográfica) o la funcionalidad.

DenHoff (1952) expuso una clasificación de la PC en función del tono muscular (p.57):

- *PC Espástica:* es una de las más frecuentes (entre un 60-70% de los casos). Se caracteriza por una rigidez de la musculatura, lo que dificulta el control de las partes afectadas. Éstas presentan un tono muscular aumentado, encontrándose una contracción persistente.

- *PC Disquinética o Atetoide*: su principal característica es la producción de movimientos descoordinados e imprecisos que dificultan las actividades voluntarias. Estos movimientos pueden ser lentos y continuos o rápidos e intermitentes. Es común, que las personas que presentan este tipo de PC, tengan dificultades al hablar debido a la falta de control de su respiración, lengua y/o cuerdas vocales. Afecta en torno a un 10-15% de los casos de PC.
- *PC Atáxica*: es la menos frecuente. Es una alteración en el equilibrio y coordinación del afectado. Las personas que la presentan tienen dificultad en la motricidad fina, realizando movimientos lentos y torpes.
- *PC mixta*: también es común encontrar uniones de las diversas patologías mencionadas. Por norma general, no presentan sus características de forma pura, pero si combinadas.

Según Póo (2008) la PC también puede ser clasificada en función de la parte del cuerpo afectada (p.272):

- *Monoplejia*: un único miembro afectado, independientemente de si es superior o inferior.
- *Diplejia*: es la forma más frecuente. Se caracteriza por una afectación de los miembros inferiores, hallando los superiores poco o nada dañados.
- *Paraplejia*: afectación de los miembros inferiores y levemente los superiores.
- *Triplejia*: tres miembros afectados.
- *Cuadruplejia o Tetraplejia*: es la forma más grave, ya que se encuentran afectados los cuatro miembros.
- *Hemiplejia*: afecta a uno de los dos lados del cuerpo (derecho o izquierdo). Normalmente suele haber mayores complicaciones en las extremidades superiores.
- *Hemiparesia faciobraquial crural*: afecta a la cara, un brazo y una pierna.

Por último, según, Rosenbaum, Palisano, Bartlett, Galuppi, y Russell (2008) teniendo en cuenta el grado de funcionalidad de las personas con PC hallamos una tercera clasificación compuesta de cinco niveles:

- Nivel 1. Camina sin restricciones. No obstante, presenta limitaciones en las actividades motoras con mayor complejidad.

- Nivel 2. No es necesario el uso de aparatos de ayuda para caminar. Sin embargo, se presenta dificultad a la hora de andar fuera de casa o por la calle.
- Nivel 3. Es necesario el uso de aparatos que faciliten a la persona con PC la movilidad.
- Nivel 4. Tienen movilidad propia pero presentan limitaciones, por lo que es necesario utilizar aparatos para trasportarlos o para ayudarlos a caminar fuera de casa.
- Nivel 5. Movilidad muy reducida, incluso con ayuda de los aparatos que facilitan dicha actividad.

2.4 Medidas que garantizan la mejora en la calidad de vida en personas con (P.C)

Para poder gozar de una calidad de vida satisfactoria, es necesario que las personas, independientemente de su necesidad, sean reconocidas y valoradas como ciudadanos de pleno derecho. Por lo tanto, es imprescindible que esto se encuentre presente en la ley, para poder conseguir alcanzar esa vida plena que cualquier ser humano desea.

En nuestro país, en los últimos años, está habiendo significativas modificaciones con respecto a la calidad de vida de las personas con discapacidad, gracias al reconocimiento del derecho a la autonomía personal que se ha materializado en la Ley Orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En esta ley se reconoce que,

(...) la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía (p.5).

La Ley Orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia define la autonomía personal como,

(...) la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (p.8).

No obstante, a pesar del gran avance alcanzado en nuestro país tras el reconocimiento en su ley de la necesidad de la autonomía personal para las personas con discapacidad. Se dio un paso más en la Convención de los Derechos de las Personas

con Discapacidad (CDPD), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (2006) y ratificada por España en 2007, donde se expuso que la CDPD promueve la dignidad de la persona, la no discriminación, la equidad y la inclusión de la persona en la comunidad, a la vez que celebra la diversidad de las personas.

De acuerdo a esta Convención, en su art.3, se esclarecen los principios que articulan y despliegan los derechos establecidos en la CDPD, que otorgan esa calidad de vida que se viene persiguiendo:

1. El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
2. La no discriminación.
3. La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
4. El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.
5. La igualdad de oportunidades.
6. La accesibilidad.
7. La igualdad entre el hombre y la mujer.
8. El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Además de las respectivas leyes sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad, otros autores también han llevado a cabo investigaciones acerca de la temática. Según Schalock y Verdugo (2007), la calidad de vida es,

(...) un estado deseado de bienestar personal; multidimensional; que tiene propiedades éticas, universales y émicas ligadas a la cultura; componentes objetivos y subjetivos; y está influenciada por factores personales y ambientales (p.22).

Ese carácter multidimensional mencionado, es recogido por Schalock y Verdugo (2007) y se expone a continuación (Tabla 1) a través de unas áreas o dimensiones imprescindibles a tener en cuenta para conformar una vida satisfactoria.

Las dimensiones de la calidad de vida según Schalock, Gardner y Bradley, (2007) son (...) *un conjunto de factores que componen el bienestar personal. Representan la amplitud de extensión del concepto de calidad de vida, por lo que definen dicho concepto* (p.20).

Además de las áreas de la calidad de vida mencionadas, en la Tabla 1 se recogen aquellos apoyos individualizados que Schalock y Verdugo (2007) consideran óptimos

para mejorar la calidad de vida de las personas con DI.

Tabla 1. Dimensiones de calidad de vida y apoyos individualizados para su mejora (Schalock y Verdugo, 2007, p.23).

| DIMENSIONES | APOYOS INDIVIDUALIZADOS |
|----------------------------|--|
| Desarrollo personal | Entrenamiento en habilidades funcionales, tecnología asistida, sistemas de comunicación, etc. |
| Autodeterminación | Elecciones, control personal, decisiones, metas personales. |
| Relaciones interpersonales | Fomento de amistades, protección de la intimidad, apoyo a las familias y relaciones/interacciones comunitarias. |
| Inclusión social | Roles comunitarios, actividades comunitarias, voluntariado, apoyos sociales. |
| Derechos | Privacidad, procesos adecuados, responsabilidades cívicas, respeto y dignidad. |
| Bienestar Emocional | Aumento de la seguridad, ambientes estables, feedback positivo, previsibilidad, mecanismos de autoidentificación (espejos, etiquetas con el nombre). |
| Bienestar Físico | Atención médica, movilidad, bienestar, ejercicio, nutrición. |
| Bienestar Material | Propiedad, posesiones, empleo. |

Schalock y Verdugo (2007) han estado trabajando en diversos proyectos sobre la calidad de vida. De estos, obtuvieron diez estrategias para mejorar dicha calidad (p.25):

1. *Conseguir que las personas implicadas se comprometan:* no basta con conocer e implementar la planificación que se desee llevar a cabo para mejorar la calidad de vida de las personas con DI. Es necesario, que las personas implicadas tengan un compromiso firme con los valores que rijan dicha planificación.
2. *Desarrollar nuevos modelos mentales:(...)los modelos mentales están fuertemente arraigados en hipótesis, generalizaciones y representaciones mentales que tenemos para comprender el mundo* (Senge, 2006, citado en Schalock y Verdugo, 2007, p.26). Éstos condicionan nuestra forma de ver las cosas, formando nuestros valores. En el campo de la discapacidad, es frecuente hallar modelos mentales o conceptos previos erróneos, tales como tener en cuenta los defectos personales más que el potencial humano y la mejora de los factores ambientales (Devlieger et al., 2003; Schalock, 2004, citado en Schalock y Verdugo, 2007); el excesivo énfasis en la calidad del cuidado por encima de la calidad de vida (inclusión social, autodeterminación, desarrollo personal, inclusión en la comunidad y la provisión de apoyos individualizados) (de Walle et al., 2005 citado en Schalock y Verdugo, 2007); y la creencia en

- organizaciones mecánicas por encima de las centradas en la creatividad, la coordinación, el establecimiento de prioridades y los patrones de comunicación.
3. *Apoyar el cambio y la transformación*: para un verdadero cambio en la calidad de vida de las personas con DI, es necesario también un cambio tanto en planificación como en la implementación y evaluación de cualquier programa que se lleve a cabo para este fin.
 4. *Organizar seminarios de análisis de datos*: utilizar el análisis de datos como estrategia de mejora de la calidad de vida, es realmente positivo porque: mejora la comprensión de conceptos, involucran a los interesados en la recogida de datos y en el uso de la información, ayuda a los participantes a entender los factores del contexto que afectan a los resultados obtenidos, proporcionan al personal indicaciones específicas sobre cómo se pueden utilizar los datos obtenidos para conseguir mejoras, etc.
 5. *Crear equipos de aprendizaje*: a través de estos equipos se consigue la codirección del grupo, la utilización de recursos de aprendizaje como la investigación, literatura, la experiencia interna y externa, además de la coordinación de las acciones, la evaluación de los resultados y el compartir conclusiones para poder mejorar.
 6. *Inculcar un pensamiento “de derecha a izquierda”*: (...)al contrario que en las ideas tradicionales donde los gerentes se centran en las acciones que podrían conducir a los resultados deseados, el pensamiento de derecha a izquierda requiere que se especifiquen primero los resultados deseados (Andrews, 2004; Drucker, 1994 citado en Schalock y Verdugo, 2007, p.27).
 7. *Fomentar la redefinición de las organizaciones*: para mejorar la calidad de vida de las personas con DI, es necesario que se produzca una transformación de las organizaciones destinadas a tal fin. Desarrollando cooperación con otros en la comunidad; avanzando en una mentalidad de investigación y evaluación, no en una mentalidad de supervisión burocrática, etc.
 8. *Orientarse a la predicción de resultados*: la importancia de esta estrategia de mejora de la calidad consiste en que una vez que se identifican las variables significativas que predicen los resultados personales, se pueden asignar los recursos para maximizar su impacto positivo en los resultados personales deseados.

9. *Establecer estándares*: los estándares representan un punto de referencia desde el que se puede llevar a cabo la medición, un patrón con el cual otros se pueden comparar y una búsqueda disciplinada hacia buenas prácticas.
10. *Evaluar el progreso y proporcionar feedback*: evaluar el proceso realizado da la oportunidad de analizar que estrategias han sido más eficaces y cuales necesitan ser modificadas para alcanzar mejores resultados.

2.5 ¿Qué es la Planificación Centrada en la Persona (PCP)?

Cuando se habla de la atención a las personas con discapacidad, automáticamente se piensa en identificar y clasificar los problemas asociados a dicha discapacidad para buscar los servicios de ayuda más adecuados. Pero a menudo, se dejan de lado los sentimientos y deseos de la persona. Relegándolos a un segundo plano, despropiándolos de la oportunidad de que dichos deseos o intereses formen parte de la guía de este proceso. Como consecuencia, las personas con discapacidad se sienten etiquetadas, y por ende, despersonalizadas e ignoradas (UCEDD, 2011).

La Planificación centrada en la persona, también conocida como PCP, ha sido estudiada por diversos expertos, los cuales la definen como:

- Proceso de aprendizaje continuo, centrado en lo que le importa a la persona, donde se actúa en alianza con los familiares y amigos. No es sólo un conjunto de técnicas nuevas que sustituyen a la programación individual. Se trata de una nueva forma de trabajar con la persona con discapacidad, en la que es fundamental el compartir el poder y la inclusión en la comunidad (Sanderson, 2000, citado en Cuervo, Iglesias y Fernández, 2017).
 - Práctica que pretende que la persona con discapacidad intelectual (DI), junto con un grupo de apoyo, formule sus propios planes y metas de futuro, así como los medios, estrategias y acciones necesarias para conseguir esos logros. A partir de cuatro principios clave: derechos, independencia, elección e inclusión (Arellano y Peralta, 2016).
 - Proceso de colaboración para ayudar a las personas a acceder a los apoyos y servicios que necesitan para alcanzar una mayor calidad de vida, pero a partir de sus propias preferencias y valores. Es un conjunto de estrategias para la planificación de la vida que se centran en las elecciones y visión de la persona y su círculo de apoyo (Carratalá, Mata y Crespo, 2017).
- (...) acción compartida y mutua interdependencia, entre usuarios y profesionales, donde se pretende conseguir que las personas con discapacidad: elijan el estilo de vida que

prefieran; sean más independientes; se conviertan en miembros activos de la comunidad; fortalezcan el grado de conexión con personas importantes para ellas; expresen sus preferencias y deseos; y realicen elecciones (Holburn, 2003; Holburn, y Vietze, 2002; Sevilla y otros, 2009, citado en Mata y Carratalá, 2007, p.197).

Aquellos que escogen llevar a cabo una PCP, están apostando por un cambio en la forma de pensar con respecto a la discapacidad. Ya que están dando prioridad a las habilidades y aspiraciones de la persona, por encima de sus deficiencias o impedimentos (UCEDD, 2011).

Las estrategias que ofrece la PCP, permite empoderar a las personas con discapacidad para ayudarlas a construir su propio proyecto de vida. Parte del reconocimiento de la dignidad de la persona, por encima de las condiciones que acompañen su vida. Dicho reconocimiento, permite como menciona Paul Ricoeur, que la persona sea vista como un ser ético, y por lo tanto, capaz de alcanzar una vida plena (Etxeberria, 2005, citado en Carratalá, Mata y Crespo, 2017).

El objetivo de la PCP es lograr una vida de calidad para las personas con discapacidad desde el reconocimiento de sus derechos, e inspirados por los principios de normalización, inclusión, el modelo social de la discapacidad y el modelo de calidad de vida. Por ello, a partir de los años 80 se despliega una gran diversidad de enfoques de la PCP, con la finalidad de crear un espacio de escucha y cambio personal y social, para que las personas con discapacidad intelectual, independientemente de su grado de afectación, pudieran también aspirar a ese proyecto de vida plena como cualquier otro ser humano (Carratalá, Mata y Crespo, 2017).

Según O'Brian, (2003) todos estos enfoques tienen en común una serie de elementos, de los que se destacan:

- Reconocimiento del individuo como persona por encima de utilizar etiquetas a través del diagnóstico.
- Utilización tanto de imágenes como de un lenguaje sencillo en lugar de un vocabulario más técnico, y por ende, más complejo.
- La búsqueda incesante de las capacidades de la persona dentro del contexto de su comunidad.
- Se fortalece el protagonismo de las persona con discapacidad, así como, de aquellos cercanos a la misma (familia, amigos, profesionales, etc.), para poder conocer mejor a la persona, evaluar sus condiciones y establecer los cambios deseados.

- Incrementa la libre elección. Dando a la persona la oportunidad de elegir a partir de lo que le gusta.
- Permite construir relaciones dentro de la comunidad desde la aceptación y el respeto.
- Individualiza los apoyos, basados en altas expectativas en relación con el desarrollo de la persona.

La PCP es un proceso continuo, el cual deberá estar siempre centrado en la escucha. De este modo, se podrá conocer los intereses, así como, las capacidades y expectativas de cada persona. Ya que a través de esto, contando con la ayuda de los miembros del grupo de apoyo, así como asegurando el protagonismo y participación activa de la persona con discapacidad, se alcanzará el verdadero cambio personal y social que se persigue (Carratalá, Mata y Crespo, 2017).

La PCP es proceso que se extiende a medida que avanza el plan, manteniendo un enfoque abierto y/o cerrado, sin un final predeterminado (O'Brian, 2003).

Para llevar a cabo el proceso mencionado, es necesario que éste sea dirigido por una persona, más conocida como facilitador. El cual guíe al grupo, asegurando el protagonismo de la persona afectada, propiciando la participación de todos los miembros, a través de una actitud positiva, productiva y creativa. Donde en todo momento, el dialogo respetuoso forme parte del mismo. Como apoyo al aprendizaje, el facilitador contará con herramientas creativas que permitan facilitar el proceso (imágenes, nuevas tecnologías de la información y la comunicación, o cualquier otro recurso que apoye la actividad a realizar de la persona con discapacidad). Además, también será de ayuda para pasar de la teoría a la práctica, consiguiendo que se lleven a cabo las cosas significativas para la persona, sobrepasando los obstáculos y creando compromisos (Carratalá, Mata y Crespo, 2017).

(...) el compromiso del facilitador y su identificación con los valores que orientan la PCP, es el predictor más poderoso de que las personas consigan su plan. Por ello, los facilitadores necesitan algo más que adquirir habilidades y conocimientos para el desarrollo de su rol. Es imprescindible una implicación con la filosofía, por lo que el desempeño de su papel estará basado en la ética, el respeto y la honestidad (Robertson, et al., 2008, p.12).

En definitiva, la PCP es optar por una nueva forma de servicio y funcionamiento de las organizaciones. Encontrando de forma creativa, el modo en que la persona con discapacidad sea capaz de alcanzar su meta, sin resignarse únicamente a las opciones

tradicionales.

2.6 Origen del PCP

La atención a las personas con discapacidad, ha sufrido diversas transformaciones a lo largo de los años. En un principio, se implantó el modelo tradicional de atención, donde las personas con discapacidad eran marginadas a través del aislamiento y el rechazo social. Posteriormente, tras algunos avances en el campo de la pedagogía y la medicina, fueron atendidas con determinadas terapias. Durante esta etapa, no existió una aceptación auténtica, ya que achacaron las dificultades de dichas personas a causas intrínsecas. Finalmente, apareció el concepto de autonomía personal, el cual daría lugar a un cambio importante con respecto a las personas con discapacidad. En un primer momento, se trabajó una planificación centrada en las instituciones (PCI), donde los protocolos de actuación desarrollados por los profesionales siempre iban orientados en torno a los recursos existentes de los servicios de los que se disponían, en lugar de las preferencias de cada persona. Esta planificación fue desarrollada durante décadas, en ella el sujeto no tenía ningún tipo de decisión, solo era un mero receptor de los servicios llevados a cabo. Por lo que no existía una inclusión real. Tras el desarrollo de este tipo de planificación, se pudo observar la clara desconexión entre los objetivos establecidos en los servicios y aquellos que las personas con discapacidad intelectual experimentaban en la práctica. Esto permitió tomar conciencia de que era necesario un cambio total en el sistema utilizado para apoyar a las personas, y en el control que las personas tenían sobre sus vidas (Pearce, 2006, citado en Pallisera, 2011).

A partir de los años setenta, nace una creciente importancia por la comunidad como espacio para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Motivado, entre otros factores, por la evidencia de abusos y malos tratos en algunos servicios de larga duración. Además, de la dificultad, en las instituciones de gran tamaño, de ofrecer atención individualizada, privacidad, así como oportunidad de elección a los usuarios (Pearce, 2006, citado en Pallisera, 2011).

En estos años, el desarrollo progresivo del modelo social, en contraposición al modelo médico dominante, se centra en las posibilidades de las personas. Pasando de identificar la discapacidad como una enfermedad, a ser analizada desde una perspectiva social. Así, surge la idea de inclusión social como modelo básico donde todas las personas tienen la posibilidad de participar en las comunidades y de disponer de oportunidades en espacios no segregados. (Bradley, 2004; Kilbane y McLean, 2008; Pearce, 2006, citado en Pallisera, 2011).

Todo ello, llevó a la necesidad de buscar soluciones creativas para mejorar la calidad de vida de las personas en lugar de insertarlas en los servicios ya existentes.

La PCP, surge de la búsqueda incesante de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Comenzó a llevarse a cabo, con la intención de conectar la inclusión con formas prácticas de cambiar la vida de estas personas (Lunt y Hinz, 2014).

La PCP, surgió en Estados Unidos alrededor de los años ochenta (Robertson, Emerson, Elliott y Hatton, 2007). Tiene sus raíces en el movimiento a favor de las personas con discapacidad, el modelo social de la discapacidad y en los principios de normalización. Fue impulsada por una amplia comunidad internacional de aprendizaje encabezada por John O'Brien, Michael Smull, Suzie Burke- Harrison, Herb Lovett, Jack Pearpoint, Marsha Forest, Connie Lyle O'Brien, Beth Mount, Judith Snow, Lynda Khan y Jack Yates.

El deseo de mejorar las planificaciones llevadas a cabo en los apoyos individuales para las personas con discapacidad dio lugar a una gran diversidad de enfoques centrado en la persona. En 1989, John O'Brien redacta el "Marco de Logros" donde menciona cinco áreas esenciales para alcanzar dicha calidad de vida. Este marco argumenta que los servicios se deberían juzgar en función de la medida en que, como resultado del funcionamiento de tal servicio, las personas:

- Crecen en sus relaciones.
- Desarrollan capacidades a partir de una participación activa.
- Toman decisiones.
- Son tratadas con respeto y se les valora su papel en la sociedad.
- Comparten lugares y actividades ordinarias.

Beth Mount y John O'Brien desarrollaron un estilo de planificación centrada en la persona llamado "planificación del futuro personal", basado íntegramente en el marco mencionado (Lunt y Hinz, 2014).

Jack Pearpoint, Marsha Forest y Judith Snow trabajaron incesantemente acerca de la teoría y la práctica de la inclusión, basándose en la obra de John O'Brien, John McKnight, Bob Perske entre otros. Decidieron dedicarse en conseguir centrar la atención de los servicios a las personas, y los sistemas formales a la construcción intencionada de la comunidad. No conformándose con la educación integrada, lanzaron la idea de educación inclusiva, abriendo un gran abanico de posibilidades, tras conseguir desarrollar nuevas formas de trabajo conjunto. Además, basándose en su propia experiencia con sus relaciones de amistad, crearon la idea de los "círculos de apoyo".

Jack Pearpoint, Marsha Forest y Judith Snow junto con John O'Brien desarrollaron nuevos estilos de planificación centrada en la persona (el MAP y la PATH). Estos, son procesos cuya finalidad es conseguir unir a las personas, a través de una verdadera inclusión, donde las mismas vivan y formen realmente parte de sus comunidades (Lunt y Hinz, 2014).

En 1989 aparece otro enfoque de PCP (la Planificación de Estilos de Vida Esenciales) desarrollada por Michael Smull y Susan Burke-Harrison. Dicha planificación surge cuando decidieron ayudar a personas con discapacidad del desarrollo y trastornos del comportamiento a regresar a sus comunidades de origen desde las instituciones y los internados donde se encontraban. Al realizar esa tarea, pudieron observar que los registros de dichas personas no contenían indicaciones sobre quiénes eran o qué cosas eran importantes para ellos. (Smull y Sanderson 2005).

En 1995, el concepto de “planificación centrada en la persona” ya era usado con asiduidad para hacer referencia a los trabajos orientados a la inclusión de las personas con discapacidad en su comunidad.

En Reino Unido, también apareció el pensamiento centrado en la persona, como una manera de generar un cambio en los servicios. De tal modo, que finalmente se acabó incluyendo en las políticas públicas.

Todos estos enfoques, con el transcurso del tiempo, se fueron solidificando en una metodología denominada Planificación Centrada en la Persona (PCP). La cual pretende que la persona, con el apoyo de un grupo de personas significativas para ella, formule sus propios planes y metas de futuro, así como las estrategias, medios y acciones para ir consiguiendo avances y logros en el cumplimiento de su plan de vida personal (López, Marín, y De la Parte, 2004).

2.7 Fases del PCP

Para llevar a cabo una buena práctica, que permita que la persona con discapacidad sea el centro del proceso, promoviendo la inclusión y la autodeterminación, es necesario que se produzca un cambio en la forma de concebir los procesos de intervención. Supone, superar ciertos enfoques rígidos en el trabajo del docente o personal de apoyo frecuente en el contexto de la discapacidad (Sandoval, 2008).

Dicho cambio va a depender en gran medida de (...) *la implicación y preparación de los profesionales y, por ello, de sus conocimientos, creencias, percepciones y actitudes acerca de la metodología o enfoque que va a ser puesto en marcha* (Morgan y Yoder, 2012 citado en Arellano y Peralta, 2016, p.199).

La PCP se inicia siguiendo un proceso cíclico que consta de diversas tareas o pasos López, Marín y de la Parte, (2004, p.50):

- *Preparación del proceso de la PCP*: esta primera fase permite sentar las bases del proyecto. Aquí se produce la recogida de datos necesarios de la persona, su entorno, etc. Además, se decide el proceso de implantación así como valorar con la persona con discapacidad, junto con los miembros significativos para ella, cómo llevarlo a cabo en función de las características personales de cada persona.
- *Evaluación comprensiva con la persona*: en esta fase se recogen los datos acerca de las características de la persona (sueños, gustos, necesidades, puntos fuertes, débiles, etc.). Se trata de obtener una información global de la misma.
- *Acordar el plan*: se acuerdan las metas, las formas de conseguirlas, así como las responsabilidades y compromisos que se llevaran a cabo durante el proceso.
- *Implantación*: el facilitador se encargará de que el desarrollo de la PCP se lleve a cabo de una forma óptima, y confirmará que los apoyos están ejerciendo sus compromisos de una forma correcta, además de seguir paso a paso la evolución de la persona a la que se destina la planificación.
- *Seguimiento y revisión*: es imprescindible desarrollar un continuo seguimiento de la consecución de los aspectos acordados, teniendo en cuenta el grado de satisfacción de la persona, así como los avances conseguidos por la misma, por si es necesario modificar la intervención.

En cuanto a la duración, hay que señalar que la PCP puede durar toda la vida o estar vinculada a un objetivo concreto (López, Marín y de la Parte, 2004).

3. ACCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (PCP)

3.1 Descripción del contexto³

El Colegio de Educación Especial Clínica “San Rafael” se ubica en el centro de la capital granadina, concretamente en la calle San Juan de Dios, nº 19. Pertenece a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Esta Orden recibe el nombre de su fundador, el cual tras enfermar y ser atendido en el Hospital Real de Granada, pudo ver el mal trato que recibían los enfermos. Tras su recuperación, decidió ayudar, llevando a muchos de los enfermos y necesitados a su propia casa. Como cada vez eran más, los edificios donde vivían se les hacían pequeños. Pero gracias a la colaboración ciudadana, surgieron muchos que apoyaron la labor de Juan de Dios, ofreciendo hospedaje. Tras su muerte, ya eran muchos los pertenecientes a dicha orden, y con los años, siguió creciendo.

Actualmente, la Orden de San Juan de Dios, no solo cuenta con el mencionado Colegio de Educación Especial. Ubicado junto a éste, con acceso directo desde el mismo, encontramos el hospital de San Rafael y el Comedor Social. Además, el hospital de San Juan de Dios también forma parte de esta Orden, situado a pocos metros de los dos anteriores. Anexo a éste último, se cuenta con la basílica de San Juan de Dios. Posteriormente, se han ido construyendo nuevas edificaciones, como es el caso del Hogar de San Juan de Dios, destinado a dar cabida a aquellas personas mayores de 21 años con Necesidades Educativas Especiales (NEE). Por último, también encontramos la Residencia de ancianos de San Juan de Dios, así como el Museo de los Pisas situado en la misma casa de una de las familias que ofreció hospedaje a muchos de los enfermos y necesitados mencionados.

El Colegio de Educación Especial Clínica San Rafael está destinado a la formación integral del alumnado con NEE. Está compuesto por 54 alumnos con edades comprendidas desde los siete años a los veintiuno. Con un nivel socio económico medio-bajo.

El colegio cuenta con la ayuda de 24 profesionales, concretamente:

- 13 maestros de Educación Especial, de los cuales tres conforman el equipo directivo (Dirección, Jefatura de Estudios y Secretaría).
- Logopeda

³ La mayor parte de la información utilizada para la descripción del contexto ha sido extraída de la web oficial de la institución. Disponible en www.sidgranada.es/?q=colegio-educacion-especial-san-rafael

- 1 Psicóloga
- Fisioterapeutas
- 5 Cuidadores/Educadores
- Auxiliares de enfermería

Junto a éstos, tanto el alumnado de prácticas como el voluntariado conforman una parte indispensable dentro del centro.

El colegio dispone de 10 aulas, 8 destinadas a E.B.E (Educación Básica Especial) y 2 de Transición a la vida adulta y laboral. Además cuenta con Aula de Logopedia, Sala de Psicomotricidad, Aula de Informática, Comedor, Cocina, Sala de Baño, dos patios, Sala de Reuniones, Salón de Actos, Sala de Estimulación Multisensorial y Sala de Cromoterapia.

El colegio de Educación Especial San Rafael, dispone de diversos servicios:

- **Servicio de Orientación:** destinado a asesorar y atender a las familias, alumnos y/o profesorado para suplir sus necesidades, a través de programas individualizados.
- **Servicio de Logopedia:** enfocado en mejorar la comunicación del alumnado partiendo siempre de las señales o manifestaciones orales previas. Adaptándose tanto a las capacidades individuales del niño o niña como a sus intereses o motivaciones.
- **Servicio de Fisioterapia:** destinado a facilitar el desarrollo motor del alumnado para prevenir, a través de diversas técnicas, futuras deformaciones o complicaciones en el área motor.
- **Servicio Psicomotricidad:** orientado a reeducar al alumnado a través del juego como vía para conocer su propio cuerpo, el de los demás, así como el mundo de los objetos.
- **Servicio Pastoral:** el centro de San Rafael es dirigido, como se han mencionado con anterioridad, por una orden religiosa (La Orden de San Juan de Dios), por lo que también cuenta con servicio pastoral, el cual se centra en transmitir el amor y la ayuda al prójimo.
- **Servicios de ocio y tiempo libre:** a través de este servicio se llevan a cabo actividades extraescolares como visitas a bibliotecas, museos, asistencia a procesiones, paseos por Granada, etc. Además también disponen de Colonias de

verano en Calahonda (Granada) durante el mes de Julio. Así como comedor escolar para fomentar el desarrollo de hábitos de autonomía en la alimentación.

Por último, se cuenta con Transporte Escolar para facilitar al alumnado tanto la ida como la vuelta al centro. Por lo que se dispone de cuatro líneas de autobuses, cuatro de transporte de la Federación de Minusválidos y cuatro ambulancias. Con rutas tanto por el centro de la capital como por los pueblos de la provincia.

3.2 Destinatario

Este proyecto se llevó a cabo con una alumna de 17 años del colegio de Educación Especial clínica “San Rafael”. La chica presenta Parálisis Cerebral. Como consecuencia de dicha patología, tiene discapacidad intelectual, crisis epilépticas, trastorno trófico, concretamente presenta mayores dificultades en el lado izquierdo del cuerpo (hemiplejía). Aunque camina sola dentro del centro sin la necesidad de ningún tipo de apoyo, para las salidas al exterior precisa de silla de ruedas para evitar caídas inesperadas, debido a las crisis epilépticas mencionadas, evitando de este modo, que sufra algún tipo de daño. Debido a la rigidez presente en sus manos, con mayor afectación en la izquierda, tiene dificultad para desempeñar actividades que requieran de una motricidad fina. Además de lo mencionado, también muestra un trastorno en el lenguaje, no pudiéndose comunicar de forma oral. No obstante, es capaz de entender lo que otros le comunican de forma verbal.

3.3 Propósitos

A continuación, se presentan los propósitos a conseguir a través de este proyecto dirigido a la alumna del Centro “San Rafael”, mencionada con anterioridad. Dichos propósitos han quedado divididos en objetivos generales y específicos, así como en competencias. Los objetivos generales van orientados a la finalidad última del proyecto, mientras que los específicos están enfocados en la adquisición de las capacidades que se pretende que sean alcanzadas en esta propuesta de intervención, a través de los diversos talleres llevados a cabo.

3.3.1 Objetivos generales

- Ofrecer nuevos materiales funcionales adecuados a sus capacidades.
- Adaptar los materiales existentes a las necesidades de la alumna.
- Involucrar al alumnado y profesionales del centro en la realización y colaboración de las actividades diarias de la alumna.

- Propiciar el contacto con el medio natural para mejorar su bienestar y calidad de vida.
- Mejorar las habilidades sociales y relaciones interpersonales a través del contacto con su comunidad.
- Incrementar la autonomía de la alumna a través del desarrollo de las actividades.
- Fomentar las responsabilidades individuales y la toma de decisiones.
- Evitar el aislamiento social
- Mejorar la calidad de vida de la alumna a través de la adquisición de nuevas actividades funcionales.

3.3.2 Objetivos específicos

- Mejorar la comunicación de la alumna con su centro y la comunidad.
- Identificar la pasta y el cepillo de dientes como elementos para la higiene bucodental y usarlos correctamente.
- Conocer los elementos necesarios para una correcta higiene corporal.
- Mejorar la autoestima y autoconcepto de la alumna.
- Conocer las prendas de vestir así como la parte del cuerpo donde deben colocarse.
- Utilizar según el tiempo las prendas de vestir adecuadas.
- Conocer y utilizar correctamente los utensilios necesarios para comer.
- Adquirir habilidades de comportamiento adecuadas en la mesa.
- Identificar en el supermercado los alimentos que se deben comprar para el desayuno y la receta.
- Manejar correctamente los utensilios empleados en la cocina.
- Mejorar la motricidad fina.
- Conocer y utilizar correctamente los utensilios necesarios para algunas tareas domésticas.
- Conocer y usar correctamente los elementos necesarios que favorecen la vida y el crecimiento de una planta.
- Conocer y saber usar el transporte público.

3.3.3 Competencias

- Ser capaz de comunicarse con los demás a través de un lenguaje alternativo.

- Capacidad de asumir responsabilidades y tomar decisiones.
- Ser capaz de identificar los elementos necesarios para la correcta higiene personal.
- Capacidad para colocar correctamente las prendas de vestir teniendo en cuenta el clima.
- Ser capaz de conocer y utilizar los utensilios necesarios para comer y cocinar.
- Ser capaz de diferenciar entre alimentos.
- Capacidad para conocer y usar el transporte público.
- Ser capaz de conocer y utilizar los utensilios necesarios para algunas tareas domésticas.
- Capacidad para conocer los elementos y condiciones que favorecen la vida de un ser vivo.

3.4 Contenidos

A continuación, se presentan los contenidos, los cuales serán implementados a lo largo de las diversas actividades desarrolladas durante las sesiones de los talleres que ocupan este proyecto.

Tabla 2. Contenidos organizados por talleres/ secuenciados en sesiones.

| TALLERES | CONTENIDOS |
|----------|--|
| TALLER 1 | -Sesión 1 y 2: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación. • Autonomía • Adaptación de materiales a las necesidades de la alumna. |
| TALLER 2 | -Sesión 1: <ul style="list-style-type: none"> • Elementos para la higiene bucodental. • Adquisición de la autonomía en higiene bucodental. -Sesión 2: <ul style="list-style-type: none"> • Elementos para la higiene personal. • Adquisición de la autonomía en higiene personal. • Autoestima y autoconcepto. -Sesión 3: <ul style="list-style-type: none"> • Uso del vestuario |
| TALLER 3 | -Sesión 1: <ul style="list-style-type: none"> • Uso de los utensilios para comer. • Hábitos de comportamiento correctos en la mesa. • Creación de nuevo material adaptado a las necesidades de la alumna. -Sesión 2: <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de alimentos. |

| | |
|----------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • La comunicación. • Autonomía. • Participación en la comunidad. -Sesión 3: <ul style="list-style-type: none"> • La motricidad fina. • Uso de los utensilios de cocina. |
| TALLER 4 | -Sesión 1y 2: <ul style="list-style-type: none"> • Tareas domésticas. • Autonomía. • Responsabilidades. |
| TALLER 5 | -Sesión 1: <ul style="list-style-type: none"> • Elementos necesarios para el cuidado de las plantas. • Responsabilidad. • Participación en la comunidad. -Sesión 2: <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad. • Participación en la comunidad -Sesión 3: <ul style="list-style-type: none"> • Participación en la comunidad • Uso del transporte público. |

3.5 Metodología

La actuación de este proyecto se desarrolló en cinco talleres secuenciados en trece sesiones. Dichas sesiones fueron llevadas a cabo tanto de forma individual como en grupo. Durante el desarrollo de este proyecto se ha buscado una metodología que garantice el poder a la persona, fomentando su autodeterminación.

Por lo que se ha destacado una metodología centrada en (López, Marín, y De la Parte 2004):

Individualización: aceptando el ritmo de la persona y partiendo de los intereses y necesidades de la misma, dándole el papel protagonista en cada una de las actividades realizadas.

Flexibilidad: las diversas sesiones no presentaban una metodología cerrada, sino que por el contrario, estaban abiertas a sufrir modificaciones de acuerdo a las dificultades que pudiesen surgir a lo largo del desarrollo de las mismas.

Contextualización: se ha adaptado al entorno teniendo en cuenta las posibilidades y limitaciones con las que se contaba en función de los recursos materiales, personales e instalaciones existentes.

Funcionalidad: las actividades llevadas a cabo tienen un carácter funcional, es decir, resultan útiles para la vida cotidiana de la alumna, proporcionándole un incremento en

su autonomía.

Socialización: se ha fomentado una interacción tanto con el alumnado del centro, como con los profesionales educativos, trabajadores del centro en otros sectores (lavandería, auxiliares, etc.) así como con el resto de la comunidad (personal de comercio, etc.) con la intención de promover la participación activa de la alumna en la sociedad potenciando el respeto, la cooperación, etc. evitando el aislamiento social de la misma.

Aprendizaje vivencial: los talleres desarrollados han permitido que la alumna actúe y viva en primera persona cada una de las actividades realizadas, adquiriendo mayor significado.

Adaptación: como ya se ha mencionado, la metodología de este proyecto se ha adaptado a las capacidades y necesidades de la alumna. Adaptando los materiales existentes y creando otros nuevos para potenciar las capacidades de la misma y permitirle aumentar su autonomía a través de la posibilidad de poder comunicarse y expresar sus deseos.

Respeto a la diversidad: se ha querido potenciar la aceptación a la diferencia a través de la adaptación del entorno a las capacidades de la alumna, así como la oportunidad de adquirir responsabilidades individuales y tomar decisiones.

Motivación: las actividades han estado orientadas en los intereses de la alumna para fomentar sus ganas de participar en las mismas.

3.6 Descripción de las actividades

Las actividades planteadas se desarrollaron durante tres días en semana (martes, miércoles y jueves) durante el mes del Mayo. Se llevaron a cabo 5 talleres con un total de 13 sesiones. Por lo que el desarrollo de los mismos tuvo una duración de 5 semanas.

Tabla 3. Taller 1: “Aprendo a comunicarme”.

| TALLER 1: “ APRENDO A COMUNICARME” |
|--|
| Temporalización -Sesión 1: 20 minutos -Sesión 2: 20 minutos |
| Objetivos -Sesión 1 y 2: <ul style="list-style-type: none">• Mejorar la comunicación de la alumna con su centro y comunidad. |
| Contenidos -Sesión 1 y 2: <ul style="list-style-type: none">• Comunicación.• Autonomía.• Adaptación de materiales a las necesidades de la alumna. |
| Recursos -Sesión 1: Horario e imágenes de las actividades a desarrollar en cada taller (Anexo 1). -Sesión 2: Pictogramas con los pasos a seguir de determinadas actividades (Anexo 2) y |

colgante de ayuda (Anexo 3).

Descripción: Para poder llevar a cabo las actividades que se desarrollarán a lo largo de los distintos talleres, es necesario que exista una correcta comunicación entre la alumna y los diversos agentes partícipes del proceso (facilitador, centro y comunidad).

Por ello, se ha considerado necesario comenzar con el taller de comunicación (el cual contará con dos sesiones), para mostrar a la alumna los recursos que se llevarán a cabo para facilitar dicha comunicación.

La alumna no puede expresarse de forma verbal, por lo que es necesaria una comunicación alternativa, que nos permita conocer los deseos y preferencias de la misma. Durante la observación directa, así como una reunión con los profesionales del centro y la familia de la alumna, se ha podido conocer que la niña presenta dificultad para poder mostrar aquello que desea expresar. Además, se ha podido observar, que le ocasiona estrés el no conocer que actividades se van a desarrollar o en qué lugar se van a llevar a cabo.

Tras comprobar su gran interés por las imágenes, y la facilidad que presenta para discriminarlas, se ha considerado que puede ser realmente interesante partir de aquí, y utilizar dichas imágenes como una herramienta para mejorar la comunicación de ésta con el entorno que le rodea.

Sesión 1: “Mi rutina”

Por todo lo mencionado, esta sesión está destinada a presentar a la alumna un horario (Anexo 1), que muestra, a través de imágenes, las actividades que irá desarrollando en los distintos talleres (ir al baño, poner una lavadora, preparar una receta, etc.). Por lo tanto, éste será utilizado durante los talleres con la intención de que la alumna pueda conocer con antelación las actividades que realizará, y de este modo, pueda estar relajada, evitando la frustración que le ocasionada el no conocer lo que hará o a donde asistirá.

En esta sesión nos centraremos en presentarle las imágenes que le acompañarán a lo largo de los talleres y se realizará un ejercicio con las mismas para verificar que las discrimina correctamente. Para ello, se le irá mostrando las diversas imágenes, indicándole que nos entregue la que le solicitamos (p.e. dame la imagen de la mesa, del lavavajillas, del cepillo, etc.) Las cuales iremos colocando en su horario, para que se vaya familiarizando con el mismo.

Sesión 2: “Las imágenes me ayudan”

En esta sesión iremos recorriendo el centro, colocando en los diversos lugares donde se realizarán los talleres, pictogramas para facilitar las actividades (Anexo 2). Una vez colocados, se analizarán realizando los pasos expuestos para comprender su significado (Para lavarnos las manos primero nos subimos las mangas, después nos echamos jabón, etc.)

Se ha observado que cuando tiene dificultad a la hora de realizar algún tipo de acción, grita con efusividad, como forma de pedir ayuda. Para cambiar este tipo de actitud, se le ofrecerá en esta sesión, un colgante con una mano y la palabra ayuda que llevará colgado. Cada vez que necesite algún tipo de apoyo mostrará a la persona de su alrededor dicha imagen (Anexo 3).

Tabla 4. Taller 2: “Mi higiene personal es importante”.

TALLER 2: “MI HIGIENE PERSONAL ES IMPORTANTE”

Temporalización

-Sesión 1: 40 minutos.

-Sesión 2: 20 minutos.

-Sesión 3: 20 minutos.

Objetivos

-Sesión 1:

- Identificar la pasta y el cepillo de dientes como elementos para la higiene bucodental y usarlos correctamente.

-Sesión 2:

- Conocer los elementos necesarios para una correcta higiene corporal.
- Mejorar la autoestima y autoconcepto de la alumna.

-Sesión 3:

- Conocer las prendas de vestir así como la parte del cuerpo donde deben colocarse.
- Utilizar según el tiempo las prendas de vestir adecuadas.

Contenidos

-Sesión 1:

- Elementos para la higiene bucodental.
- Adquisición de la autonomía en higiene bucodental.

-Sesión 2:

- Elementos para la higiene personal.
- Adquisición de la autonomía en higiene personal.
- Autoestima y autoconcepto.

-Sesión 3:

- Uso del vestuario.

Recursos

-Sesión 1:

- App “Brush Your Teeth With Ben the Koala” disponible de forma gratuita en IOS: <https://itunes.apple.com/es/app/brush-your-teeth-with-ben-the-koala/id665193100?mt=8> y en Android: <https://play.google.com/store/apps/details?id=fr.btld&hl=en-ca>
- Boca de cartón (Anexo 4).
- Cepillo y pasta de dientes.
- Pictogramas con los pasos a seguir (Anexo 2).
- Colgante de ayuda.

-Sesión 2:

- Jabón, toalla, peine y neceser.
- Colgante de ayuda.

-Sesión 3:

- Muñeco de pané (Anexo 5); prendas de vestir; pinzas; archivador con impreso de muñeca, ropa y accesorios (Anexo 6); imágenes del sol, la lluvia, la nieve y las nubes (Anexo 7).
- Colgante de ayuda.

Descripción

Este taller se compone de tres sesiones. Se ha realizado con la intención de que la alumna adquiera autonomía para desarrollar actividades de higiene personal.

La primera sesión se destinará a la enseñanza de la higiene bucodental. La segunda corresponde al aseo de las diversas partes del cuerpo, así como el cuidado del cabello. La

última sesión está destinada al vestuario. Concretamente al uso del mismo en función del tiempo.

Sesión 1: “Cuido mis dientes”

En esta sesión se pretende enseñar acerca de la importancia del cuidado de los dientes, así como mejorar la autonomía para ello.

En primer lugar, a través de la app “El Koala Ben” la alumna conocerá acerca de como cepillarse los dientes para mantenerlos fuertes y sanos.

A continuación, a través de una boca elaborada previamente (Anexo 4), también se le enseñará a la alumna el cepillado de los dientes.

Esta sesión se realizará en grupo, donde algunos alumnos del centro serán los profesores de la sesión mostrando a aquellos que no conocen el proceso del cepillado, como se realiza y cuáles son los elementos necesarios para ello.

Sesión 2: “Quiero estar bien limpio”

Esta sesión tendrá lugar en el aseo. Se contará con el apoyo de los pictogramas colocados en el taller de comunicación para facilitar los diversos pasos a realizar. Se mostrará por pasos la importancia de lavarse las manos después de ir al baño, así como el secado de las mismas. También se llevará a la práctica el lavado y secado de cara, así como el cepillado del cabello. Se mostrarán los elementos necesarios para el proceso (agua, jabón, toalla, cepillo) y se irá junto con la alumna a la tienda para que elija el neceser que más le guste, escogiendo el lugar donde desea guardarlo. En éste se encontrarán todos los elementos vistos durante el taller para que los use a diario como parte de su rutina.

Sesión 3: “¿Qué ropa debo llevar hoy?”

En esta sesión se trabajará con un muñeco de pané de un 1,20 m (Anexo 5), que se elaboró con antelación, al que se le ha bautizado con el nombre de “Manolito” para que la alumna se sienta más familiarizada con el mismo. Aquí trabajaremos el tipo de ropa con la que debemos de vestir a “Manolito” en función del tiempo que haga.

En primer lugar, se saldrá a la calle para comprobar el tiempo así como para comprobar cómo está vestida ella y como visten los demás. Se le mostrará diversas imágenes (sol, lluvia, nieve y nublado, Anexo 7) para que escoja el tiempo que considera que hace en ese momento. También se contará con material más manejero (archivador con muñeca y vestimenta impresa y plastificada, Anexo 6). Se alternará los dos materiales. Con la muñeca impresa podrá seleccionar la ropa de forma más cómoda, ya que la alumna presenta una cierta dificultad a la hora de realizar muchos de sus movimientos. Con Manolito además de reforzar el uso del vestuario, se trabajará la movilidad de la alumna.

Tabla 5. Taller 3: “Me alimento bien”

| TALLER 3: “ ME ALIMENTO BIEN” | |
|--------------------------------------|--|
| Temporalización | |
| -Sesión 1: | 20 minutos. |
| -Sesión 2: | 40 minutos. |
| -Sesión 3: | 30 minutos. |
| Objetivos | |
| -Sesión 1: | |
| | <ul style="list-style-type: none">• Conocer y utilizar correctamente los utensilios necesarios para comer.• Adquirir habilidades de comportamiento adecuado en la mesa. |
| -Sesión 2: | |

- Identificar en el supermercado los alimentos que se deben de comprar para el desayuno y la receta.
- Mejorar la comunicación de la alumna con su centro y la comunidad.

-Sesión 3:

- Mejorar la motricidad fina.
- Manejar correctamente los utensilios empleados en la cocina.

Contenidos

-Sesión 1:

- Uso de los utensilios para comer.
- Hábitos de comportamiento correctos en la mesa.
- Creación de nuevo material adaptado a las necesidades de la alumna.

-Sesión 2:

- Tipos de alimentos.
- La comunicación.
- Autonomía.
- Participación en la comunidad.

-Sesión 3:

- La motricidad fina.
- Uso de los utensilios de cocina.

Recursos

-Sesión 1:

- Utensilios para comer (plato, vaso, cubiertos, servilletas, babero, etc.).
- Mantel adaptado (Anexo 8).
- Yogurt.
- Colgante de ayuda.

-Sesión 2:

- Tablero “Lista de la compra” e imágenes de los alimentos que se van a comprar (Anexo 9).
- Colgante de ayuda.
- Dinero.
- Silla de ruedas.
- Colgante de ayuda.

-Sesión 3:

- Utensilios de cocina.
- Utensilios para comer.
- Mantel adaptado (Anexo 8).
- Frutas.
- Yogurt.
- Azúcar.
- Colgante de ayuda.

Descripción:

En este taller se trabajará sobre la alimentación. La primera sesión irá orientada en conocer los utensilios necesarios que se han de preparar a la hora de comer (plato, cubiertos, mantel, babero, etc.). La segunda se enfoca en la compra de los alimentos que se necesitarán para su desayuno, así como los que le serán necesarios para la receta que se trabajará en la tercera sesión. Debido a diversas alergias presentes en la alumna, además, de los ataques de epilepsia

que sufre, no toma variedad de alimentos y tampoco puede ingerirlos de forma sólida De ahí que las actividades de este taller se hayan adaptado a dichas necesidades.

Sesión 1: “Aprendemos a poner y quitar la mesa”

Aunque esta actividad podría también aplicarse dentro del taller de tareas domésticas. Se ha aprovechado la sesión de alimentación para que se adquiera autonomía en esta tarea, ya que la alumna presenta ansiedad a la hora de comer, y suele estar inquieta. Por lo que se ha considerado que la realización de actividades previas a comer le ayuda a aprender a ser paciente.

Para la realización de esta sesión también se ha contado con la ayuda de las imágenes, para fomentar la motivación de la alumna. Se ha utilizado material adaptado a la actividad. Concretamente un mantel con la impresión de un plato, cuchara, vaso y servilleta (Anexo 8). Se le ha enseñado a poner su mesa acudiendo a los diversos sitios de donde debe coger los materiales para ello. De este modo, cuando desea coger el plato, vaso o cubierto debe de ir a los armarios de la cocina del centro. Para facilitar la tarea se ha colocado pictogramas con las imágenes de los mismos en los armarios habilitados para ello (Anexo 2). Durante el desayuno se le enseñarán hábitos de comportamiento correcto en la mesa para evitar que coma con ansiedad (limpiarse, quitar el exceso de alimento de la cuchara, no sacudir los cubiertos etc.) Después de desayunar también apoyándonos en las imágenes del horario, la alumna aprende a recoger su mesa, lavar lo usado o colocarlos en el lavavajillas y limpiar la mesa donde ha comido.

Sesión 2: “Vamos al supermercado”

En esta sesión queremos que la alumna sea consciente de que lo que come cada día debe comprarse con antelación para que pueda estar en el frigorífico. Para ello en primer lugar, mostramos a la alumna, a través de las imágenes, que debemos de ir a la cocina para coger nuestro desayuno. La acompañamos y dejamos que abra el frigorífico. Nos aseguraremos previamente, que dentro del mismo no se encuentre el desayuno. Le explicaremos que no hay desayuno y que debemos de ir a comprarlo (mostrándole la foto de la calle y posteriormente la del supermercado). Recordaremos lo que vimos en el taller de higiene (concretamente en la sesión de vestimenta) pidiéndole que se ponga la ropa necesaria para salir a la calle a comprar. Además, aunque no ha adquirido la capacidad de contar dinero. Se lo daremos para que lo guarde. Antes de salir, a través de un tablero e imágenes (Anexo 9) elaborará su “lista de la compra” escogiendo aquellos alimentos que desea, dándole la opción de elegir varias frutas y yogures para el desayuno de ese día, y para la receta que realizará en la próxima sesión.

Saldremos a la calle y acudiremos al supermercado. En este caso es necesaria la ayuda de una silla de ruedas, ya que aunque la alumna puede caminar, necesita ciertos apoyos fuera del centro debido a su movilidad reducida y a las crisis epilépticas que sufre con frecuencia. Una vez en el supermercado, ella se levantará de la silla y la acompañaremos a buscar la sección de frutas y verduras. Se le pedirá si no encuentra la sección que pida ayuda al personal del comercio, mostrándole la señal de ayuda y posteriormente la imagen de lo que busca.

Después de tener lo que queríamos comprar, le enseñaremos que debe de pagar pidiéndole que dé el dinero a la persona encargada del cobro.

Sesión 3: “Hoy preparamos el desayuno”

La observación directa así como las charlas con los profesionales del centro como con la familia de la alumna, ha ofrecido la oportunidad de conocer muchos de sus intereses. Además de las imágenes, la comida es una de las mayores motivaciones de la alumna. Por ello se ha querido llevar a cabo esta sesión. A través de la motivación de poder comer lo que prepara, la alumna realiza su actividad con mayor entusiasmo. La actividad se llevará en la cocina junto

con la ayuda del personal de la misma. Se le pedirá a la alumna que vaya cogiendo los ingredientes para su desayuno. Debido a la epilepsia y a diversas alergias, su alimentación es algo reducida, por lo que, como se ha mencionado con anterioridad, esta sesión ha tenido que adaptarse a dichas necesidades. Por ello, la receta consiste en hacer un batido. Para ello, la alumna cogerá de los muebles siguiendo las indicaciones de los pictogramas, los utensilios necesarios (batidora, vaso, cuchara) y los ingredientes del frigorífico (yogurt y la fruta comprada en la sesión anterior). La alumna vaciará el yogur con ayuda de los utensilios necesarios en el vaso de la batidora, así como la fruta seleccionada. Además de batir los alimentos vertidos. Pedirá ayuda cuando le sea necesario a través de su colgante de ayuda. Posteriormente, la alumna llevará su desayuno a la mesa, preparará todo lo necesario para comer, reforzando la actividad llevada a cabo en la sesión uno de este taller, y procederá a comer.

Tabla 6. Taller 4: “Ayudar en casa”.

| TALLER 4: “AYUDAR EN CASA” | |
|---|--|
| Temporalización | <p>-Sesión 1: 30 minutos.</p> <p>-Sesión 2: 40 minutos.</p> |
| Objetivos | <p>-Sesión 1 y 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida de la alumna a través de la adquisición de nuevas actividades funcionales. • Mejorar la comunicación de la alumna con su centro y la comunidad. |
| Contenidos | <p>-Sesión 1 y 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tareas domésticas. • Autonomía. • Responsabilidades. |
| Recursos | <p>-Sesión 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utensilios de limpieza (cepillo, recoger, fregona y cubo para fregar), cama y sábanas. • Colgante de ayuda. <p>-Sesión 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ropa, lavadora previamente elaborada (Anexo 10), detergente, tendedero y pinzas. • Colgante de ayuda. |
| Descripción | <p>En este taller se llevarán a cabo sesiones orientadas en fomentar la autonomía en tareas domésticas. Para ello en la primera sesión se realizarán actividades como barrer, fregar y hacer la cama. Se realizarán con el apoyo de alumnado y personal del centro. Se destacará la necesidad de ayudar a otros en las diversas actividades. En la segunda sesión se seguirán realizando labores del hogar, concretamente, echar la colada, poner la lavadora, tender y recoger lo tendido. Además de la ayuda del personal de lavandería para enseñar a la alumna y que ésta la ayude con su labor.</p> |
| Sesión 1: “A limpiar” (Barrer, fregar y hacer la cama) | <p>Durante la observación, así como los datos obtenidos por parte de las personas cercanas a su entorno (familiares, profesionales) se ha podido comprobar que la alumna suele ser bastante</p> |

más participe cuando desempeña algún tipo de actividad en la que siente que está ayudando a alguien. De ahí la importancia de que esta sesión no se desempeñe en un contexto aislado, sino que ella pueda desarrollarla para ofrecer ayuda a las personas de su entorno. Para ello, se necesita la ayuda de las limpiadoras del centro, así como de los maestros y alumnado del mismo. Las actividades de barrer y fregar se llevaran a cabo junto con el personal de limpieza, el cual le enseñará donde debe coger los materiales necesarios para el desempeño de la labor, así como mostrar una actitud de agradecimiento, ante el esfuerzo de la alumna. Aprovechando su gran interés por las zonas exteriores que le permiten poder observar las plantas. Se ha desarrollado esta sesión en este mismo lugar (patio del centro) barriendo las hojas caídas de los árboles, para fregarlo posteriormente. Además contará con la ayuda de las auxiliares de enfermería, encargadas de hacer las camas del centro, las cuales también enseñarán a la alumna como se lleva a cabo dicho proceso, para que ella pueda ayudar de este modo a hacer las camas de aquellos compañeros que por sus dificultades físicas son incapaces de desempeñar por sí mismos dicha tarea. Esta sesión se ha decidido llevar a cabo de este modo, porque se ha podido comprobar que al ser de las pocas niñas de centro que pueden caminar, suele querer ayudar a otros.

Sesión 2: “Día de lavandería” (echar la colada, poner lavadora, tender y recoger lo tendido)

Esta sesión se llevará de forma conjunta con otro grupo de alumnos que controlan esta tarea, por lo que trabajar conjuntamente entre iguales puede potenciar esa motivación que se desea alcanzar. El alumnado realizará las labores apoyando a la alumna cada vez que le sea necesario. Se desempeñará las actividades de echar la colada, poner la lavadora, tender y recoger lo tendido. Además, con posterioridad se visitará algunas clases cogiendo aquello que han apartado para lavar (normalmente baberos del colegio) y se visitará la lavandería del centro para que pueda conocer cómo otros desarrollan estas mismas actividades vistas con anterioridad en la sesión.

Tabla 7. Taller 5: “Cuido mi planeta”.

| TALLER 5: “CUIDO MI PLANETA” | |
|-------------------------------------|--|
| Temporalización | <p>-Sesión 1: 40 minutos.</p> <p>-Sesión 2: 40 minutos.</p> <p>-Sesión 3: 40-45 minutos.</p> |
| Objetivos | <p>-Sesión 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer y usar correctamente los elementos necesarios que favorecen la vida y el crecimiento de una planta. • Mejorar la comunicación de la alumna con su centro y comunidad. <p>-Sesión 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la comunicación de la alumna con su centro y comunidad. <p>-Sesión 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer y saber usar el transporte público. • Mejorar la comunicación de la alumna con su centro y comunidad. |
| Contenidos | <p>-Sesión 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elementos necesarios para el cuidado de las plantas. |

- Responsabilidad.
- Participación en la comunidad.

-Sesión 2:

- Responsabilidad.
- Participación en la comunidad.

-Sesión 3:

- Participación en la comunidad.
- Uso del transporte público.

Recursos

-Sesión 1:

- Elementos necesarios para plantar (macetero, semillas, tierra, y agua).
- Dinero.
- Colgante de ayuda.

-Sesión 2:

- Alimento para pájaros.
- Dinero.
- Silla de ruedas.
- Colgante de ayuda.

-Sesión 3:

- Dinero.
- Billeto de transporte público.
- Silla de ruedas.
- Colgante de ayuda.

Descripción

En este taller se trabajará con la alumna la importancia de ser responsable con el planeta. Partiendo de su interés por las plantas y los animales. En la primera sesión se le enseñará los elementos necesarios para cuidar una planta, y se plantarán dos en el patio del centro para adquirir la responsabilidad de cuidarlas diariamente. En la segunda sesión se comprará alimento para los pájaros y se irá al parque de la capital para alimentar a las palomas y gorriones. Por último, en la tercera sesión se aprenderá el uso del transporte público y la importancia de su uso para ayudar a las plantas y animales.

Sesión 1: “A plantar”

En esta sesión la alumna en primer lugar acudirá a una tienda donde podrá adquirir lo necesario para poder plantar (macetero, tierra y semillas). A continuación, una vez de regreso al centro, en el patio del mismo, la alumna procederá a elegir en qué lugar colocará su macetero, y procederá a echarle la tierra y las semillas. Además, se replantarán algunas plantas llamativas, que le permitirán ver el proceso en el momento sin tener que esperar a que estas crezcan. Se le explicará durante el proceso como de las semillas que hemos comprado en la tienda, finalmente saldrán plantas como las que hemos replantado. Se le explicará de la importancia del agua y el sol para que estas puedan crecer. Se pretende que la tarea del riego sea llevada por ella de forma habitual.

Sesión 2: “Alimento a los animales”

Hemos observado con que detenimiento observa la naturaleza. No solo siente motivación por las plantas, sino que también le son llamativos los animales. Por ello, esta sesión se llevará a cabo en el parque del “Triunfo”. En primer lugar, la alumna irá a comprar algún tipo de alimento para pájaros. Y se acudirán al parque mencionado para que la alumna pueda alimentar

a las palomas, gorriones, etc. de la zona. En esta actividad no solo se realizará una actividad de interés para la alumna, sino que también al tener que comprar previamente lo que se le va a dar de comer a los animales, estamos creando esa autonomía para poder comunicarse con la comunidad a través de ese lenguaje alternativo: las imágenes.

Sesión 3: “Aprendo a usar el transporte público”

Esta última sesión ha sido incluida dentro del taller de medio ambiente, para poder explicar a la alumna la importancia de usar el metro o el bus para ayudar a las plantas y animales que tanto le gustan. Se le explicará que el transporte público sirve para que no cojamos tantos coches y por lo tanto, haya menos humo en el aire y no mueran plantas y animales. Le enseñaremos a como comprar el billete de metro, así como ticar el mismo.

3.7 Temporalización

El proyecto cuenta con 5 talleres con un total de 13 sesiones. Dichas sesiones se reparten entre 2 o 3 por taller. Las sesiones planteadas se desarrollaron durante dos o tres días en semana (martes, miércoles y jueves) durante el mes de Mayo (del 2 al 30 de Mayo). Por lo que el desarrollo de los mismos tuvo una duración de 5 semanas.

Para la implementación de los talleres fue necesario tener en cuenta el horario que la alumna ya tenía establecido por el centro, para de este modo planificar el desarrollo de los mismos y no interceder en su rutina.

A continuación, se muestra el horario de la alumna (Tabla 8), al cual nos hemos tenido que acoger para implementar nuestra propuesta.

Tabla 8. Secuenciación/actividades de la alumna.

| Horario | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|--------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 10.00 | Llegada al centro | Llegada al centro | Llegada al centro | Llegada al centro | Llegada al centro |
| 10.00-10.30 | Cambio de pañal y desayuno | Cambio de pañal y desayuno | Cambio de pañal y desayuno | Cambio de pañal y desayuno | Cambio de pañal y desayuno |
| 10.30-11.30 | Fisioterapia | Actividades por libre | Actividades por libre | Actividades por libre | “Sinfonendo”: taller de música. |
| 11.30-12.00 | Recreo | Recreo | Recreo | Recreo | Recreo |
| 12.00-12:30 | Actividades en el aula | Psicomotricidad | Fisioterapia | Cromoterapia | Actividades en el aula |
| 12.30-13.30 | Almuerzo | Almuerzo | Almuerzo | Almuerzo | Almuerzo |
| 13.30-14.30 | Aseo | Aseo | Aseo | Aseo | Aseo |
| 14.30-15.00 | Llegada buses | Llegada buses | Llegada buses | Llegada buses | Llegada buses |

Siguiendo las consideraciones anteriores, el proyecto se llevó a cabo los martes, miércoles y jueves en el horario que se expone a continuación:

Tabla 9. Temporalización.

| TALLER 1: “Aprendo a comunicarme” | | |
|--|---|-------------|
| Miércoles | Sesión 1: “Mi rutina” | 10:30-10:50 |
| Jueves | Sesión 2: “Las imágenes me ayudan” | 10:30-10:50 |
| TALLER 2: “Mi higiene personal es importante” | | |
| Martes | Sesión 1: “Cuido mis dientes” | 10:30-11:10 |
| Miércoles | Sesión 2: “Quiero estar bien limpio” | 10:30-10:50 |
| Jueves | Sesión 3: “¿Qué ropa debo llevar hoy?” | 10:30-11:00 |
| TALLER 3: “Me alimento bien” | | |
| Martes | Sesión 1: “Aprendemos a poner y quitar la mesa” | 10:30-10:50 |
| Miércoles | Sesión 2: “Vamos al supermercado” | 10:30-11:10 |
| Jueves | Sesión 3: “Hoy preparamos el desayuno” | 10:30-11:00 |
| TALLER 4: “Ayudar en casa” | | |
| Martes | Sesión 1: “A limpiar” | 10:30-11:00 |
| Miércoles | Sesión 2: “Día de lavandería” | 10:30-11:10 |
| TALLER 5: “Cuido mi planeta” | | |
| Jueves | Sesión 1: “A plantar” | 10:30-11:10 |
| Martes | Sesión 2: “Alimento a los animales”. | 10:30-11:10 |
| Miércoles | Sesión 3: “Aprendo a usar el transporte público”. | 10:30-11:15 |

3.8 Recursos

Los recursos necesarios para llevar a cabo los diferentes talleres secuenciados en sus respectivas sesiones, se dividen en materiales, personales e instalaciones. Los recursos materiales han quedado recogidos en el apartado de descripción de actividades. A continuación, se muestran el resto de recursos necesarios para la implementación de este proyecto: personales e instalaciones.

Personales:

- El facilitador se ha encontrado presente en cada una de las sesiones de los talleres expuestos.
- La logopeda además del apoyo que ha ofrecido a la hora de elaborar los diversos materiales de comunicación, se ha encontrado presente en las dos sesiones del taller uno.
- La auxiliar o educadora de la alumna ha participado en la sesión una y dos del taller dos, tres y cuatro. Así como en todas las sesiones del taller cinco.

- Algunos de los alumnos del aula de transición a la vida adulta y laboral han participado como apoyo de la alumna en la sesión una del taller dos y en la sesión una y dos del taller cuatro.
- El voluntariado del centro así como los prácticos del mismo, también han sido participes en el desarrollo de los diversos talleres. Éstos han participado en la sesión dos y tres del taller dos, tres, en la sesión una y dos del taller cuatro, y en todas las sesiones del taller cinco.
- El personal de cocina ha sido de gran apoyo en la sesión tres del tercer taller.
- El personal de lavandería también ha sido un gran apoyo en parte de la sesión dos del taller cuatro.
- El resto de comunidad (profesionales de transporte público así como personal de comercios) han sido parte imprescindible de este proyecto. Participando en la sesión dos del segundo taller, en la sesión dos del taller tres y en todas las sesiones del taller cinco.
- El maestro de aula de la alumna ha formado parte de todas las actividades llevadas a cabo durante el taller cinco.

Instalaciones:

Hemos contado con la posibilidad de utilizar varios contextos a la hora de desarrollar las diversas actividades. Entre ellos:

- Aula de la alumna: usada en la sesión uno del primer taller; y las sesiones una y dos del segundo taller
- Aseo del centro: ha sido utilizado durante la sesión dos del primer y segundo taller, así como la sesión una del segundo taller.
- Cocina del centro: en ésta se ha llevado a cabo la sesión dos del taller uno, así como todas las sesiones del taller tres.
- Comedor del centro: utilizado para todas las sesiones del taller tres.
- Tiendas de la comunidad: utilizadas en la sesión una del taller dos, en la sesión dos del taller tres, así como en la sesión una y dos del taller cinco.
- Aula de psicomotricidad: en esta sala se han llevado a cabo la sesión tres del taller dos.
- Otras aulas del centro: han sido utilizadas en todas las sesiones del taller cuatro.
- La lavandería del centro: ha sido de gran utilidad para la sesión dos del taller cuatro.

- Patio del centro: utilizado para la sesión uno del taller cinco.
- Parque del triunfo: en la sesión dos del taller cinco.
- Transporte público: en la sesión tres del taller cinco.

3.9 Evaluación

La evaluación es un elemento necesario en cualquier proyecto. Ésta ha de ser llevada a cabo con (...) *el propósito firme de utilizarla para mejorar los resultados, para optimizar el proceso de ejecución y, si fuera preciso, para reconsiderar los objetivos propuestos* (Gento, 1998, p.93).

(...) La evaluación de un proyecto no debe, pues, constituir una acción puntual llevada a cabo en un solo momento de su gestión o desarrollo; por el contrario, ha de ser inherente al desarrollo del propio proyecto en sus diferentes fases y debe estar permanentemente presente desde antes, incluso, de su implantación (Gento, 1998, p.94).

Se ha llevado a cabo una evaluación global y continua, teniendo como referente los objetivos establecidos.

Para la evaluación se ha tenido en cuenta:

- Destinatario: se ha observado a la alumna durante el proceso para comprobar el grado de participación, la implicación así como los resultados obtenidos en el desarrollo de las diferentes actividades.
- Proyecto de intervención: a través de la observación durante el desarrollo del mismo, así como el análisis de los resultados se ha evaluado acerca de las limitaciones y las posibles mejoras de cara a futuras aplicaciones.

Dentro de la evaluación podemos diferenciar tres momentos:

- Evaluación inicial: a través de la observación y de la reunión con la familia y profesionales del centro, se pudo conocer acerca de las necesidades y gustos de la alumna para elaborar los talleres de la forma más adecuada, así como descubrir las capacidades de la chica para partir de ellas a la hora de dirigir el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Evaluación continua: durante el desarrollo de las diversas sesiones, a través de la observación directa se pudo comprobar su motivación, interés, en definitiva, implicación en los diversos talleres y de este modo, poder comprobar el éxito de los mismos, o por el contrario, la necesidad de nuevas adaptaciones.
- Evaluación final: la evaluación final se ha llevado a cabo a través de una rúbrica (Tabla 10, Anexo 11) para poder comprobar el grado en el que la alumna ha conseguido los objetivos planteados.

3.10 Resultados

Tras la realización del programa de intervención, se ha considerado que los resultados obtenidos han sido satisfactorios. En primer lugar, porque gracias a la implementación del mismo, se ha comprobado que las imágenes han permitido crear un fuerte medio de comunicación entre la alumna, el centro y el resto de la comunidad. Por norma general, la chica gritaba cuando salía del aula, ante el desconcierto de no saber hacia dónde se dirigía. Aunque comprendía prácticamente todo lo que se le comunicaba de forma verbal, se observó durante los talleres que sentía mayor seguridad cuando llevaba consigo las imágenes de las actividades a realizar o los lugares donde se impartirían. Además, ha mostrado mayor confianza al llevar su colgante de ayuda, el cual le otorga la oportunidad de poder pedir apoyo cuando ella considera necesario.

Por otro lado, ha comenzado a comunicar sus preferencias a través de dicho lenguaje alternativo, tomando sus propias decisiones. Incluso después de la puesta del programa, se ha podido comprobar que ha manifestado interés por volver a desarrollar algunas de las actividades de las sesiones. Aunque no siempre ha mostrado dicha iniciativa a la hora de decidir.

Por otro lado, ha sido un éxito el grado de autonomía alcanzado. La alumna ha comenzado a desempeñar actividades funcionales con independencia (poner y quitar la mesa; comer sola; preparar una receta sencilla; comprar en el supermercado; cepillarse los dientes; lavarse y secarse cara y manos; ponerse y quitarse la ropa; ayudar a otros dentro de su centro). Sin embargo, ha presentado mayores dificultades a la hora de realizar otro tipo de actividades como coger el transporte público, ya que manifestaba cierto nerviosismo debido a la gran afluencia de personas. Además, de presentar problemas en identificar las prendas que debe de ponerse en función del clima.

También cabe destacar, la mejora en su autoestima. Ya que la misma cuando desempeñaba las diversas actividades mostraba satisfacción cuando veía que era capaz de desarrollarlas. Esto ha permitido que sienta menos la necesidad de ser dependiente de los demás, e intente desarrollar las tareas por sí misma antes de acudir a, su ya mencionado, colgante de ayuda.

Gracias a la implementación de nuevas actividades funcionales a su vida diaria, las cuales han seguido ejecutándose después de la puesta de este proyecto. Se ha conseguido que la alumna tenga mayor participación tanto dentro del centro como en su comunidad. Donde a pesar de necesitar el apoyo de su silla de ruedas así como de una persona a su cuidado, le ha permitido no solo demostrarse a sí misma su capacidad para

llevar a cabo muchas de las actividades realizadas, sino también para adquirir un papel en la sociedad, evitando la pérdida de identidad.

Por otro lado, ha sido realmente gratificante la puesta de este proyecto al ver el grado de satisfacción de la familia, mostrando su agradecimiento cuando han acudido al centro y han visto el grado de autonomía adquirido.

Todos los resultados que se han estado mencionando con anterioridad han quedado recogidos con mayor detalle en una rúbrica donde se ha marcado el grado de adquisición de las diversas actividades (Tabla 10) (Anexo 11).

3.11 Limitaciones y futuras mejoras.

A pesar de la conformidad con la ejecución de este proyecto, como en la mayoría de ellos, se han encontrado limitaciones. Por un lado, se ha requerido la presencia de parte del personal del centro, algo que no ha sido sencillo de conseguir debido a la necesidad de adaptar el programa no solo a los horarios y rutinas de la alumna sino también de los profesionales implicados. Además, el proyecto ha tenido que invertir gran cantidad de tiempo en adaptar los materiales de los que se disponían, así como, en la elaboración de nuevos. Hallando también limitaciones por los escasos recursos disponibles.

Por último, debido a las crisis epilépticas que sufre la alumna, se han tenido que realizar las actividades con mucha vigilancia, contando frecuentemente con apoyo personal, así como teniendo que adaptar las actividades a la situación para evitar cualquier tipo de problema (receta sencilla donde el resultado no tuviese alimentos sólidos peligrosos para la misma, sillas de ruedas para salir a la calle a pesar de tener movilidad para hacerlo a pie).

En cuanto a posibles mejoras de cara a futuras aplicaciones, sería estupendo que pudiesen llevarse a cabo en grupo la totalidad de los talleres, pudiendo cuadrar el horario de todos los alumnos. Por otro lado, destacaría la necesidad de más voluntariado implicado en las actividades, debido a la mayor facilidad de estos para adaptar su horario que el resto de profesionales del centro. Por último, la posibilidad de mejorar los talleres desarrollando más actividades fuera del centro.

4. REFLEXIONES PERSONALES

La intención de este proyecto es mostrar una forma diferente de acercarnos a las personas con PC. De demostrar que a través de sus sueños y motivaciones se puede alcanzar mucho más que partiendo simplemente de sus limitaciones o dificultades. Desde aquí deseo aportar un pequeño granito de arena hacia la PCP, destacando la importancia de la misma para mejorar la calidad de vida de las personas con NEE.

A través de mi experiencia, he podido comprobar que muchas de las limitaciones presentes en personas con discapacidad son impuestas por el resto de la sociedad, al no confiar en sus posibilidades. En infinidad de ocasiones, no se comprueba hasta donde son capaces de llegar, es más, ni siquiera se intenta. Simplemente se tiende a analizar su diagnóstico y a imponer los recursos necesarios en función de dicho análisis. Pero, ¿eso es realmente lo más correcto?, ¿no es también importante brindar la posibilidad de conocer otras herramientas, de abrir otros horizontes que nos ofrezcan nuevas formas de alcanzar metas?

Cuando comencé mis prácticas institucionales, pude comprobar que las personas que están gravemente afectadas, de forma indirecta también nos hablan. Muchas veces no de la manera verbal que se espera, pero sí a través de sus gestos, de los lugares donde deciden detenerse, en definitiva, mediante pequeños detalles con gran significado.

Toda persona debería ser reconocida como un ser de pleno derecho, por lo tanto, con la mismas oportunidades que el resto, independientemente de sus capacidades o limitaciones. Sin embargo, las personas con discapacidad, a menudo, están relegadas a un segundo plano. Esta situación, acaba provocando un aislamiento social que finalmente desemboca en la pérdida de su propia identidad. Las personas con discapacidad también tienen ese anhelo de sentirse útiles. Como todo ser humano, son seres sociales, necesitados del contacto con el resto de la comunidad. De ahí la importancia de que sean reconocidos como agentes activos de la misma. Donde se les dé su papel, donde se les valore por como son, sabiendo ver más allá de sus dificultades, extrayendo todo su potencial.

Realizar un proyecto, partiendo de las motivaciones de la persona con discapacidad, me ha permitido aprender sobre la importancia de recapacitar antes de actuar. Es esencial hacer un alto en el camino, observar a nuestro alrededor para poder comprobar las múltiples posibilidades que nos ofrece el contexto. Gracias a dicha observación, así como al contacto con los profesionales y la familia, pude conocer a la alumna con mayor profundidad. Con ello, pude apreciar cómo cambia la perspectiva de las cosas

vistas desde puntos diferentes. Un diagnóstico muestra el conjunto de pruebas realizadas en momentos puntuales, pero el contacto con el entorno de la alumna permite conocer cada detalle de ella, cómo actúa en cada lugar, sus deseos, intereses, etc. Gracias a esa observación y al diálogo con su contexto, pude apreciar como una “simple” caja de fotos, usada a modo de entretenimiento, ofrecía grandes posibilidades de comunicación, de interacción social.

El aislamiento social que desafortunadamente sufren muchas personas con NEE, es desmontado cuando se les ofrece la posibilidad de buscar sus metas y luchar por ellas. Porque como alguna vez dijo un autor desconocido “No tenemos que derrumbar nuestros sueños, hay que derribar las barreras que nos impiden cumplirlos”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arellano, A. y Peralta, F. (2016). La Planificación Centrada en la Persona: un ejemplo de buena práctica en el ámbito de la discapacidad intelectual. *Contextos Educativos*, 19, 195-212. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5329066.pdf>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2006). Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) ratificada por España en 2007. Recuperado de: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Badia, M. (2007). Tendencias actuales de investigación ante el nuevo concepto de parálisis cerebral. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38 (223), 25-38. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART9904/articulos2.pdf>
- BOE nº 299 (2006). Ley Orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Carratalá, A., Mata, G. y Crespo, S. (2017). *Planificación Centrada en la Persona. Planificación por adelantado futuro deseado*. Madrid: Plena Inclusión España.
- Cuervo, T., Iglesias, M. y Fernández, S. (2017). Efectos y beneficios de la Planificación Centrada en la Persona (PCP) en las personas adultas con discapacidad intelectual, en las organizaciones y en la comunidad. Estado de la cuestión. *Siglo Cero. Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 48 (2), 25-40. Recuperado de <http://revistas.usal.es/index.php/0210-1696/article/view/scero20174822540>
- Denhoff, E. et al. (1951) Parálisis cerebral. *Anales de Medicina y Cirugía*, 22 (85), 53-65. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/AnalesMedicina/article/download/179198/254441>
- Gento Palacios, Samuel. (1998). Marco referencial para la evaluación de un proyecto educativo. *Revista Educación XXI*, 1, 94-127 Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:EducacionXXI1998A-9133C740-8EE8-3705-172D-38D947B89BA7/Documento.pdf>
- Hercberg, P. (2005). La Parálisis Cerebral. ¿Qué es? Principales síntomas. Tipos. *Minusval*, (151), 15-17. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/min151completo.pdf>
- López, M.A., Marín, A.I. y De la Parte, J.M. (2004). La Planificación Centrada en la Persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación.

- Siglo Cero. Revista Española sobre la Discapacidad Intelectual*, 35 (2), 45-55.
Recuperado de http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/210_experiencias2.pdf
- Lunt, J. y Hinz, A. (2014). *Formación y práctica de la planificación centrada en la persona. Una perspectiva europea. Experiencias del proyecto “Nuevos caminos hacia la inclusión”*. Madrid: FEAPS.
- Navarro, A.M. y Restrepo, A.P. (2005). Consecuencias Neuropsicológicas de la parálisis cerebral: estudio de caso. *Univ. Psychol*, 4 (1), 107-115. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v4n1/v4n1a13.pdf>
- O’ Brien, J. (1989). *What's Worth Working For? Leadership for Better Quality Human Services*. Lithonia: Responsive Systems Associates.
- O’Brien, J. (2003). La Planificación Centrada en la Persona como factor de contribución en el cambio organizacional y social. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34 (4), 65-69. Recuperado de http://www.dincat.cat/la-planificaci%C3%B3n-centrada-en-la-persona-como-factor-de-contribuci%C3%B3n-en-el-cambio-organizacional-y-social_158538.pdf
- OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=A608672FEB8CD9914894554DEA1AD354?sequence=1
- Pallisera, M. (2011). La planificación centrada en la persona (PCP): una vía para la construcción de proyectos personalizados con personas con discapacidad intelectual. *Revista Iberoamericana de Educación*, 56 (3), 1-12. Recuperado de <https://rieoei.org/historico/deloslectores/4092Pallisera.pdf>
- Póo Argüelles P. (2008). Parálisis cerebral infantil. Madrid: Asociación Española de Pediatría. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>
- Real Academia Española. (2017). Diccionario de la lengua española (23.a ed.). Consultado en <http://dle.rae.es/?id=TJwPLbd>.
- Robertson, J., Emerson, E., Elliott, J. y Hatton, C. (2007). El impacto de la Planificación Centrada en la Persona en las personas con discapacidad intelectual en Inglaterra: un resumen de hallazgos. *Siglo Cero. Revista Española sobre la Discapacidad Intelectual*, 38 (3), 5-24. Recuperado de <http://sid.usal.es/articulos/discapacidad/9903/8->

2-6/el-impacto-de-la-planificacion-centrada-en-la-persona-en-las-personas-con-discapacidad-itelectual-en-inglaterra-un-resumen-de-hallazgos.aspx

- Robertson, J., Emerson, E., Hatton, C., Elliott, J., McIntosh, B., Swift, P., Krinjen-Kemp, E., Towers, C., Romero, R., Knapp, M., Sanderson, H., Routledge, M., Oakes, P. y 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. Revista Española sobre la Discapacidad Intelectual*, 39 (1), 5-30. Recuperado de <http://sid.usal.es/articulos/discapacidad/10752/8-2-6/analisis-longitudinal-del-impacto-y-coste-de-la-planificacion-centrada-en-la-persona-para-personas-con-discapacidad-intelectual-en-inglaterra.aspx>
- Rosa, A., Montero, I. y García, M.C. (1993). El niño con Parálisis Cerebral: enculturación, desarrollo e intervención. Madrid: MEC. CIDE. Secretaría General Técnica Centro de Publicaciones.
- Rosenbaum, P., Palisano, R., Bartlett, D., Galuppi, B. y Russell, D. (2008, 3 de Marzo). Development of the Gross Motor Function Classification System for cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, 249-253. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/80fa/6444856025e58d5780675362d1d5f528a50c.pdf>
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Levinton, A., Goldstein, M. y Bax, M. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49 (109), 8-14. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x>
- San Juan de Dios Granada. Colegio de Educación Especial San Rafael [Página Web] Recuperado de www.sjdgranada.es/?q=colegio-educacion-especial-san-rafael
- Sandoval, M. (2008). La colaboración y la formación del profesorado. *Contextos Educativos*, 11, 149-159. Recuperado de <https://publicaciones.unirioja.es/ojs/index.php/contextos/article/view/600/563>
- Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero. Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 38 (4), 21-36. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10366/articulos2.pdf>
- Schalock, R., Gardner, J. y Bradley, V. (2007). Calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y otras capacidades del desarrollo. Aplicaciones para personas, organizaciones, comunidades y sistemas. Madrid: Confederación Española

a favor de las personas con Discapacidad Intelectual: FEAPS.

Smull, M. y Sanderson, H. (2005). *Essential lifestyle planning for everyone*. Stockport: The Learning Community.

Sonoran University Center for Excellence in Developmental Disabilities (UCEDD) (2011). *Planificación Centrada en la Persona: Senderos para Tu Futuro. Un manual para todos aquellos interesados en la Planificación Centrada en la Persona*. University of Arizona. Recuperado de http://sonoranucedd.fcm.arizona.edu/sites/sonoranucedd.fcm.arizona.edu/files/publication/PCPToolkit_Spanish_0.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. Horario e imágenes de las actividades a desarrollar en cada taller.



ANEXO 2. Pictogramas con los pasos a seguir de determinadas actividades.



Lavarse los dientes



Hacer manos



Comer



Lavar dientes



Hacer agua



Lavar dientes



Comer o beber



Hacer ruidos



Comer



Hacer manos



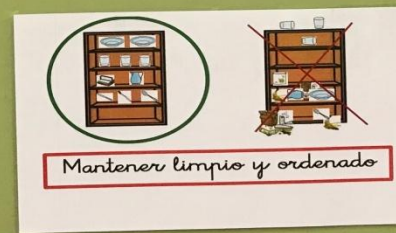
Hacer pipí / hacer caca



4



3



Anexo 3. Colgante de ayuda.



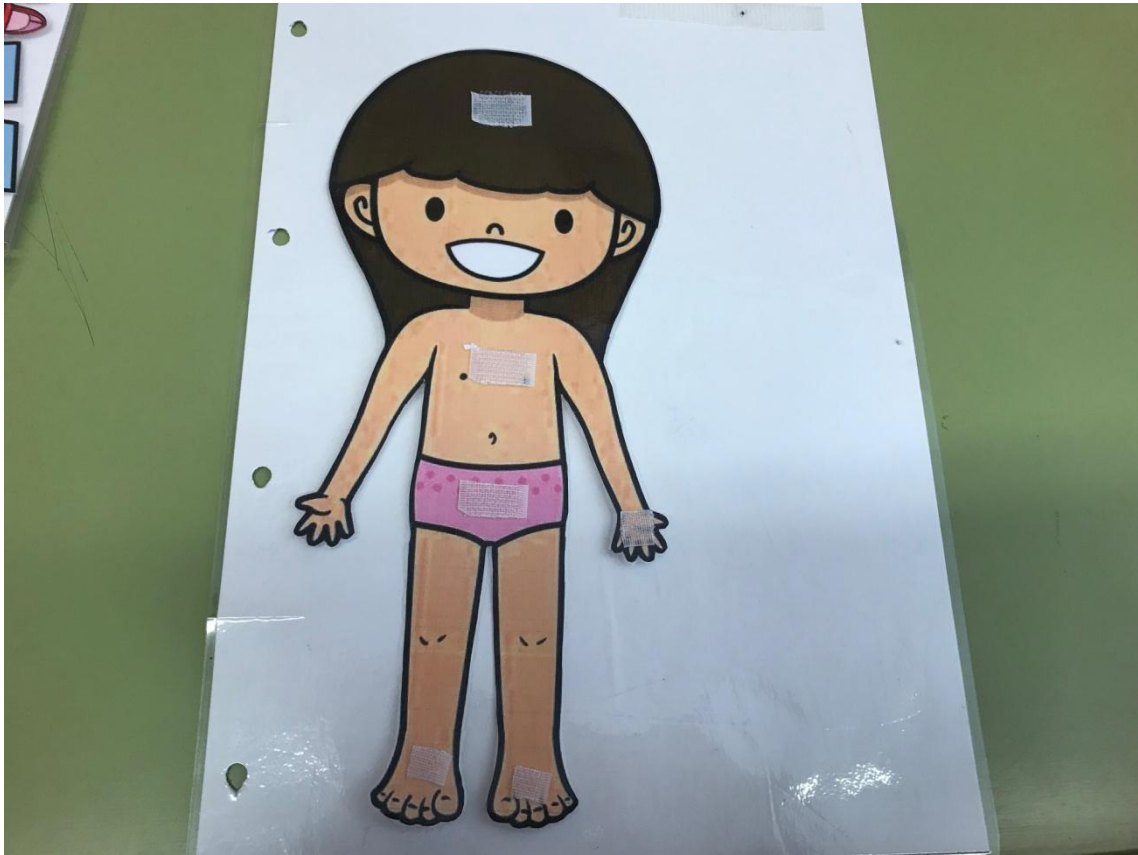
Anexo 4. Boca de cartón.

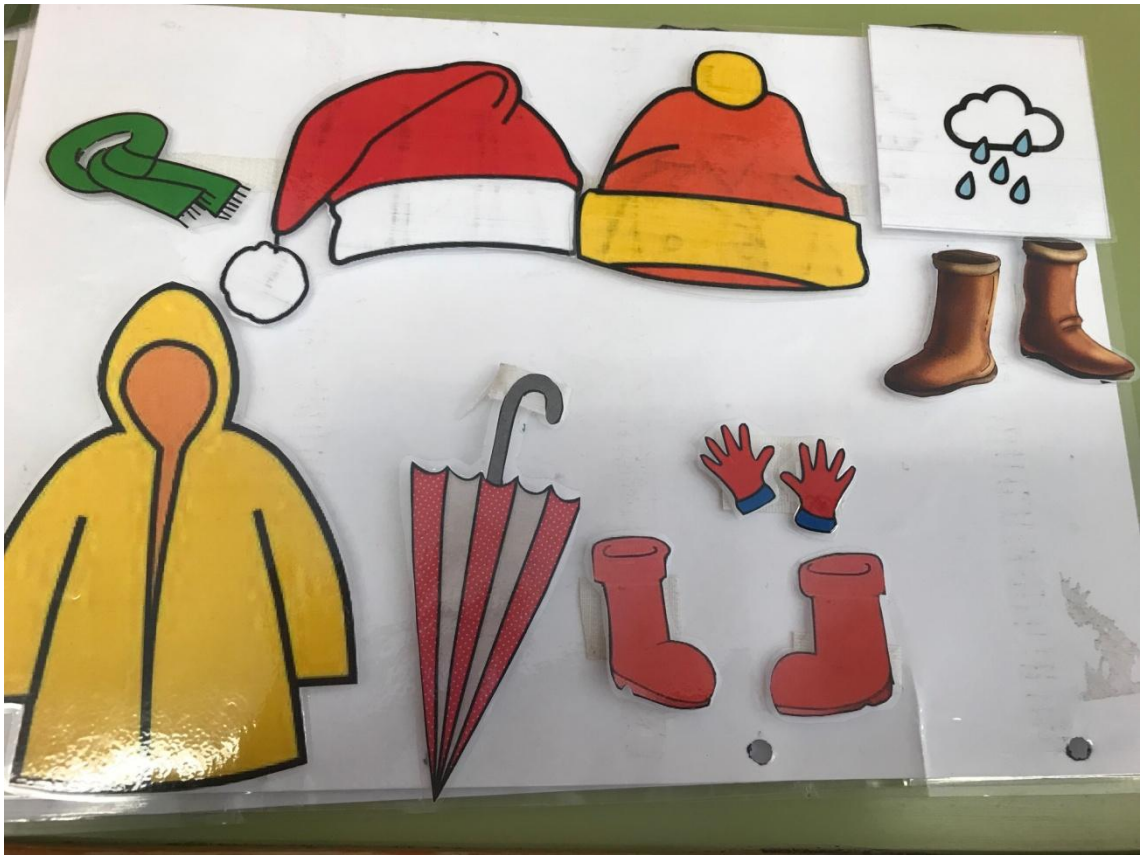


Anexo 5. Muñeco de pané.



Anexo 6. Archivador con impreso de muñeca, ropa y accesorios.





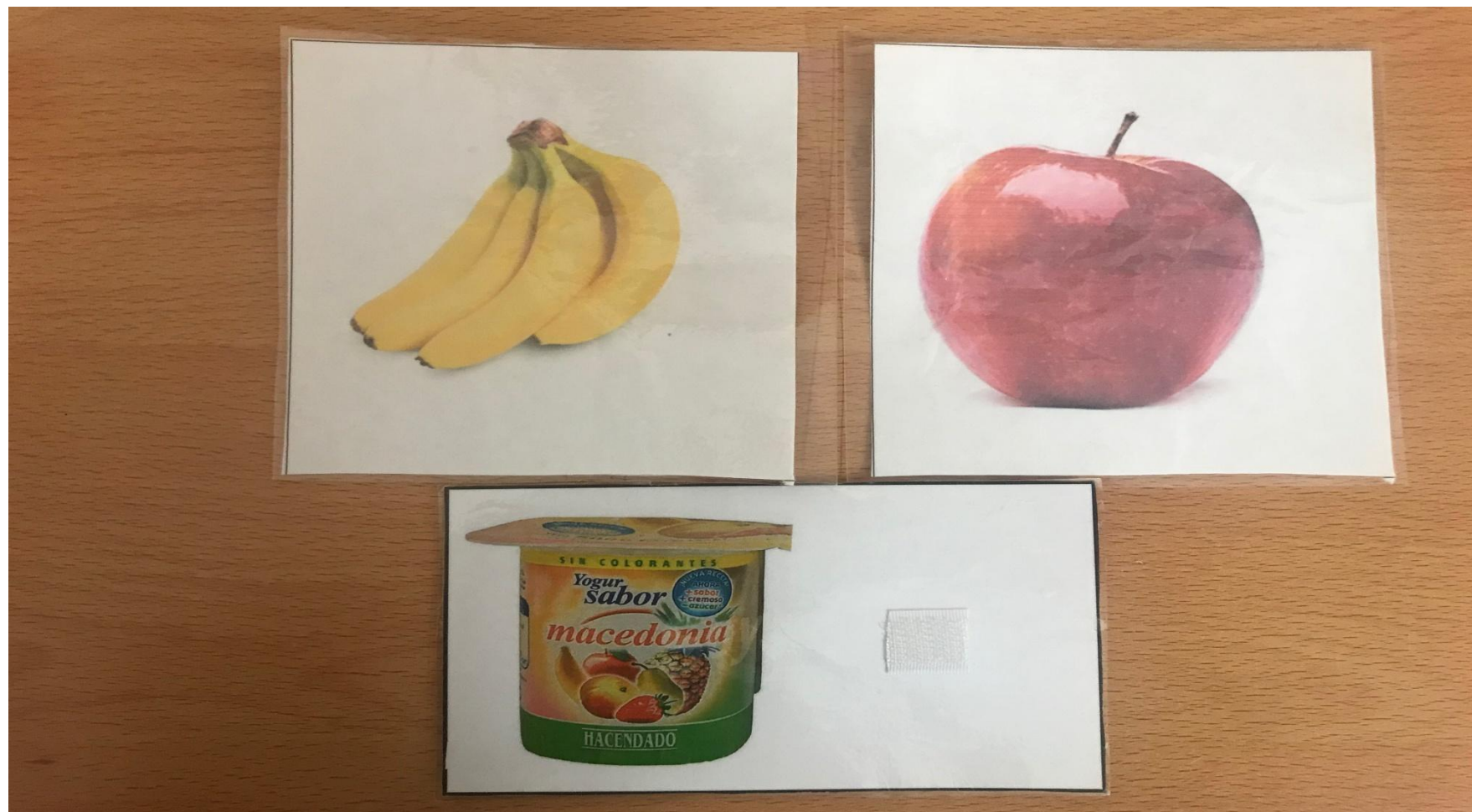
Anexo 7. Imágenes del tiempo.



Anexo 8. Mantel adaptado.



Anexo 9. Tablero “Lista de la compra” e imágenes de alimentos que se van a comprar.



Anexo 10. Lavadora.



Anexo 11. Rúbrica.

Tabla 10. Tabla de evaluación final

| Competencias | Criterios de evaluación | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|--|---|--|
| -Ser capaz de comunicarse con los demás a través de un lenguaje alternativo. -Capacidad de asumir responsabilidades y tomar decisiones. | - Incrementa la autonomía aumentando las responsabilidades individuales y toma de decisiones en el desarrollo de las actividades, mejorando así la comunicación con su centro y la comunidad | Incrementa la autonomía aumentando las responsabilidades individuales pero no la toma de decisiones en el desarrollo de las actividades, ni mejora la comunicación con su centro y la comunidad | Incrementa la autonomía aumentando las responsabilidades individuales pero no la toma de decisiones en el desarrollo de las actividades, y mejora la comunicación con su centro pero no con su comunidad | Incrementa la autonomía aumentando las responsabilidades individuales mejorando la comunicación con su centro y la comunidad pero no toma decisiones en algunas de las actividades, | Incrementa la autonomía aumentando las responsabilidades individuales y toma de decisiones en el desarrollo de las actividades, mejorando así la comunicación con su centro y la comunidad |
| -Ser capaz de identificar los elementos necesarios para la correcta higiene personal. | -Identifica y usa correctamente los elementos necesarios para una higiene personal, mejorando la autoestima y autoconcepto de la alumna. | Identifica algunos de los elementos necesarios para una higiene personal pero no los usa correctamente, así como no mejora su autoestima y autoconcepto. | Identifica correctamente los elementos necesarios para una higiene personal pero no sabe utilizarlos y no mejora su autoestima y autoconcepto. | Identifica correctamente los elementos necesarios para una higiene personal y sabe utilizarlos pero no mejora su autoestima y autoconcepto. | Identifica correctamente los elementos necesarios para una higiene personal y sabe utilizarlos, mejorando su autoestima y autoconcepto. |
| -Capacidad | -Conoce las | Conoce algunas de las | Conoce las prendas de | Conoce las prendas de vestir | Conoce las prendas de vestir |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| para colocar correctamente las prendas de vestir teniendo en cuenta el clima. | prendas de vestir así como las partes del cuerpo donde deben colocarse y las utiliza de acuerdo al clima. | prendas de vestir pero no las partes del cuerpo donde deben colocarse, además de no saber utilizarlas de acuerdo al clima. | vestir pero no conoce las partes del cuerpo donde deben colocarse, además de no saber utilizarlas de acuerdo al clima. | así como las partes del cuerpo donde deben colocarse, pero no sabe utilizarlas de acuerdo al clima. | así como las partes del cuerpo donde deben colocarse correctamente, sabiendo utilizarlas de acuerdo al clima. |
| -Ser capaz de conocer y utilizar los utensilios necesarios para comer y cocinar. | -Conoce y utiliza correctamente los utensilios necesarios para comer adquiriendo las habilidades de comportamiento adecuadas en la mesa. | Conoce algunos de los utensilios necesarios para comer, pero no sabe utilizarlos correctamente, y no adquiere las habilidades de comportamiento adecuadas en la mesa. | Conoce todos los utensilios necesarios para comer pero no sabe utilizarlos de manera correcta además de que no adquiere las habilidades de comportamiento adecuadas en la mesa. | Conoce y utiliza correctamente los utensilios necesarios para comer pero no adquiere las habilidades de comportamiento adecuadas en la mesa. | Conoce y utiliza correctamente los utensilios necesarios para comer adquiriendo las habilidades de comportamiento adecuadas en la mesa. |
| -Ser capaz de conocer y utilizar los utensilios necesarios para comer y cocinar. -Ser capaz de diferenciar entre alimentos. | -Identifica los diferentes tipos de alimentos que puede emplear en la receta así como maneja correctamente los utensilios empleados en la cocina desarrollando la | Identifica algunos los diferentes tipos de alimentos que puede emplear en la receta pero no maneja correctamente los utensilios empleados en la cocina desarrollando la motricidad fina. | Identifica algunos de los alimentos que puede emplear en la receta y maneja correctamente algunos de los utensilios empleados en la cocina desarrollando la motricidad fina. | Identifica todos los alimentos que puede emplear en la receta y maneja correctamente algunos de los utensilios empleados en la cocina desarrollando la motricidad fina. | Identifica todos los alimentos que puede emplear en la receta y maneja correctamente todos los utensilios empleados en la cocina desarrollando la motricidad fina. |

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|
| | motricidad fina. | | | | |
| - Ser capaz de conocer y utilizar los utensilios necesarios para algunas tareas domésticas. | -Conoce y utiliza correctamente los utensilios de limpieza empleados. | Conoce algunos de los utensilios de limpieza empleados pero no sabe utilizarlos. | Conoce algunos de los utensilios de limpieza y sabe utilizar algunos de los utensilios de manera correcta. | Conoce todos los utensilios de limpieza empleados y sabe utilizar algunos de manera correcta. | Conoce y utiliza correctamente todos los utensilios de limpieza empleados. |
| -Capacidad para conocer los elementos y condiciones que favorecen la vida de un ser vivo. | -Conoce y usa los elementos necesarios que favorecen la vida y crecimiento de una planta. | Conoce algunos de los elementos necesarios que favorecen la vida y crecimiento de una planta pero no sabe usarlos. | Conoce algunos de los elementos necesarios que favorecen la vida y crecimiento de una planta y sabe usar algunos de esos elementos. | Conoce todos los elementos necesarios que favorecen la vida y crecimiento de una planta y saber usar algunos de esos elementos. | Conoce y usa todos los elementos necesarios que favorecen la vida y crecimiento de una planta. |
| -Capacidad para conocer y usar el transporte público. | -Conoce y sabe utilizar el transporte público. | Conoce alguno de los transportes públicos pero no sabe utilizarlos correctamente. | Conoce y sabe usar alguno de los transportes públicos. | Conoce todos los transportes públicos pero solo sabe utilizar algunos. | Conoce y sabe utilizar todos los transportes públicos. |

CURRÍCULUM VITAE



Datos personales

MARÍA YASMINA CASARES CUCHARERO

17 de abril de 1992, Granada

C/Albéniz nº11 CP: 18220, Albolote

Tlf: 958465888

Móvil: 658114651

yasminacasarescucharero@gmail.com

Formación académica

GRADO EN EDUCACIÓN PRIMARIA CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN ESPECIAL
Universidad de Granada

2011 – 2015

Nota: (8,667 sobre 10)

DECLARACIÓN ECLESIAÍSTICA DE COMPETENCIA ACADÉMICA (DECA)

Escuela Internacional de Postgrado. Universidad de Granada

Septiembre 2015 – junio 2016

MÁSTER EN INVESTIGACIÓN, DESARROLLO SOCIAL E
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA

Universidad de Granada

Octubre 2017 – junio 2018

Beca

Beca MEC para Máster en Investigación, Desarrollo Social e Intervención
Socioeducativa

Curso 2017 – 2018

Experiencia laboral

COLEGIO DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA “ABADIA”

Albolote

Octubre 2013 – febrero 2014

Prácticas universitarias.

COLEGIO DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA “EMILIO CARMONA”

Maracena

Febrero 2015 – mayo 2015

Prácticas universitarias.

COLEGIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL CLÍNICA “SAN RAFAEL”
Granada

Enero 2018 – Abril 2018

Prácticas universitarias.

COLEGIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL CLÍNICA “SAN RAFAEL”
Granada

Abril 2018 – junio 2018

Voluntariado

Idiomas

Inglés: B1 Cambridge

Otros datos

- Disponibilidad inmediata
- Flexibilidad horaria
- Facilidad para el trabajo en equipo
- Informática a nivel usuario
- Carnet de conducir y vehículo propio

Motivación para realizar el máster y metas profesionales

Decidí realizar este Máster porque tenía demasiadas inquietudes para no seguir profundizando en la educación. No quería únicamente enfocarme en el ámbito formal, sino que deseaba conocer otros contextos que me ofrecieran la oportunidad de trabajar ayudando a las personas.

Tras concluir el Grado en Educación Primaria, y tener la oportunidad de conocer el mundo educativo más de cerca a través de las diversas prácticas realizadas. Llegué a la conclusión de que no era suficiente. Para mí la Educación no es impartir un conglomerado de datos que el alumno debe interiorizar. Sino que creo que el objetivo principal de la misma debe ser el de formar personas íntegras. Por lo que considero, que es necesario conocer todos los contextos donde el ser humano se desenvuelve, para poder actuar desde éstos y mejorar la calidad de vida de toda persona, sin distinción.

En concreto, mi mayor interés reside en la Educación Especial, en poder ser de ayuda para que aquellas personas con Necesidades Educativas Especiales tengan el mismo lugar que cualquier otro dentro de esta sociedad, independientemente de sus limitaciones. No obstante, mi deseo no es únicamente adquirir conocimientos para poder ayudar a este colectivo, sino a todo aquel que tenga mayor vulnerabilidad.

El próximo año no realizaría el doctorado en Ciencias de la Educación, porque deseo opositar, aunque sí es una meta que me gustaría perseguir en un futuro próximo.



Universidad de Granada

DECLARACIÓN

En cumplimiento de la normativa aprobada en Consejo de Gobierno de 4 de marzo de 2013, sobre Directrices de la Universidad de Granada para el desarrollo de la asignatura "Trabajo Fin de Máster" de sus títulos de Máster (Art. 8.4)

D./Da _____

Asume la originalidad del Trabajo Fin de Máster, entendida en el sentido de que no ha utilizado fuentes sin citarlas debidamente.

Granada, a _ de junio de 2018.-

Fdo.-