

Pràcticum II. Psicopedagogía.

“Estrategias para compensar las habilidades adaptativas de una persona con TCE en su núcleo familiar”.

Alumno: Daniel Rodríguez Boggia.

Tutora: Assumpció Pié Balaguer

Mayo 2005 UOC.

“Los hombres encuentran en las mismas crisis la fuerza para su superación”

Ernesto Sábato. La resistencia.

Nosaltres, ben mirat, no son més que paraules,
Si voleu, ordenades amb aliva arquitectura
Contra el vent i la llum,
Contra els cataclismos,
En fi, contra els fenòmens externs
Y les internes rutes angoixoses...

Miquel Martí i Pol. ontze sentits.

INDICE**PÁGINA**

1. INTRODUCCIÓN.	4
1.1 Antecedentes del proyecto.	4
1.2 Razones de la elección.	5
1.3. Objetivos generales del proyecto.	6
1.4. Descripción general del ámbito de intervención.	6
2. MARCO TEÓRICO.	7
2.1. Traumatismo Craneoencefálico.	7
2.2 Agentes que intervienen en el abordaje interdisciplinario	12
2.3. Perfil de una persona TCE.	13
2.4. Descripción de habilidades adaptativas.	16
2.5. Competencias de la figura del psicopedagogo	21
2.6. Funciones y responsabilidades del psicopedagogo en el Espai Trace.	23
2.7. Procedimientos de intervención psicopedagógica.	23
2.7.1. Anamensis biográfica.	23
2.7.2. Programa de desarrollo personalizado. PDP.	24
2.7.3. Protocolos de seguimiento.	25
2.7.4. Transferencias al núcleo familiar.	25
3. MARCO METODOLÓGICO.	26
3.1. Justificación del diseño.	26
3.2. El planning de trabajo	28
4. MARCO PRÁCTICO.	29
4.1. Análisis del caso.	29
4.2. Perfil del Usuario.	29
4.3. Anamnesis.	31
5. PROPUESTA DE ACTUACIÓN.	35
5.1. Elaboración de PDP.	35
5.2. Propuesta de tutorización.	39
5.3. Evaluación del plan de actividades.	41
5.4. Transferencia a la familia.	42
6. Estrategias para compensar las habilidades adaptativas de una persona con TCE en su núcleo familiar	44
6.1. Indicadores de progreso	49
6.2. Reflexiones personales.	50
7. CONCLUSIONES.	51
8. BIBLIOGRAFÍA.	52
9. GLOSARIO.	53
10. ANEXOS.	64

1. Introducción.

El presente trabajo, incluye el diseño y elaboración de un proyecto titulado: “*Estrategias para compensar las habilidades adaptativas de una persona con TCE en su núcleo familiar*”.

Se desarrolla en el Espai Trace, un entorno socio-educativo, modélico, en el que un conjunto de profesionales, abordan las dimensiones multifactoriales de las personas con traumatismo craneoencefálico y daño cerebral.

En primer bloque, destacaremos los antecedentes del proyecto, las razones de la elección, los objetivos generales y la descripción del ámbito de intervención.

En el segundo bloque, se presenta el marco teórico y conceptual del TCE y daño cerebral, los agentes que intervienen en todo el proceso de intervención, el perfil global de una persona TCE, la descripción de las habilidades adaptativas, las competencias del perfil del psicopedagogo y los procedimientos de intervención que tiene a su alcance.

En el tercer bloque, se desarrolla la recogida y análisis de la información de un estudio de caso, la anamnesis, el programa de desarrollo personalizado, la propuesta de autorización y las orientaciones correspondientes a las transferencias de los aprendizajes consensuadas con el grupo familiar.

1.1. Antecedentes del proyecto

La evolución de una persona con Traumatismo craneoencefálico, no es lineal, por el contrario, es sinuosa, con descompensaciones emocionales, ya que pasa por diferentes fases: una etapa hospitalaria, donde se realiza en un ambiente contenedor, posteriormente, la transición a la etapa post-hospitalaria, con muchas modificaciones, sensaciones de recaída, regresiones en los ciclos evolutivos y angustia por parte del núcleo familiar, que desconoce todo lo inherente a las dinámicas que se deben desarrollar en el hogar.

El impacto del TCE y las secuelas se acentúan más en el terreno comunicativo y emocional, que cognitivo.

Si pensamos en un proceso triangular, formado por el/la usuario/a, la familia y el profesional; el grupo familiar, conforma uno de los lados del triángulo a tener presente, dado que es copartícipe del abordaje de la persona con daño cerebral adquirido, es parte de la situación problemática y también parte de la solución.

A lo largo del proceso de intervención, la familia y el/la usuario/a afectado de un TCE deben pasar por una serie de ajustes, cambios, momentos de reflexión, que les permitirá adaptarse y fortalecer la realidad que les toca vivir.

Al principio, en general, es una realidad inesperada, desbordante y sobretodo desconcertante.

Cada uno de los participantes del núcleo familiar, deberán hacer un proceso interior para reconocer las secuelas, convivir con ellas y normalizarlas en el accionar de la vida del

hogar; intentando ser consecuentes con las expectativas que en cada uno, se han formado a partir del TCE.

No es una tarea fácil, ni sencilla, ya que implica una puesta común por cada una de las partes; aunar criterios compartidos y ser consecuente con los objetivos programados por los profesionales.

Seguramente, dentro de este proceso surgen inquietudes, demandas diferenciadas, situaciones comunicativas que provocan angustia y estrés, que requieren ser canalizadas desde varias aristas: comunicativas, emocionales, habilidades pragmáticas, etc..

Por otra parte, cada miembro del grupo familiar actúa indistintamente a los cambios y secuelas del TCE, compartiendo responsabilidades, habilidades para hacer frente ante la situación inesperada.

La familia suele pasar por sensaciones y sentimientos de culpa, angustia, desconocimiento, sobre-implicación, etc. Por ello, es importante adelantarse a esos procesos, informar para dar seguridad y contención, prevenir para estar atentos a las situaciones que se pueden producir dentro del hogar, ofrecer recursos prácticos, que sean accesibles a la hora de la ejecución, que faciliten la evolución progresiva, sin perder de vista a las necesidades de la persona con TCE y por otro lado “cuidar” a la persona que adquiere el rol de “cuidador de la persona TCE”.

Por lo expuesto anteriormente, a través de éste proyecto, pretendo ampliar la información iniciada en el Prácticum I, en primer lugar, sobre las generalidades del traumatismo craneoencefálico, los procedimientos para llevar a la práctica un Programa de desarrollo personal (PDP), y hacer hincapié en las inquietudes de una familia de una persona TCE, centradas en la orientación de las transferencias del aprendizaje en el hogar.

1.2.Razones de la elección.

Lo he titulado **“Estrategias para compensar las habilidades adaptativas de una persona TCE con su núcleo familiar”** porque, he detectado ésta necesidad, en la que se manifestaban las dificultades para “aceptar” las secuelas en las diferentes áreas de las habilidades adaptativas.

El proyecto está centrado, en que la familia del caso que me han destinado, debería recibir toda la orientación necesaria, para modificar el **“aceptar”** por el **“convivir”** con una persona TCE.

La finalidad de éste proyecto es introducirme en el tema asesoramiento a la familia, a partir del PDP del usuario designado; plasmar en forma práctica, una serie de estrategias pedagógicas, que sirvan de orientación en el hogar.

Nuestra capacidad reflexiva y nuestra fantasía son puestas a prueba cuando pretendemos acompañar a una persona que ha tenido daño cerebral, en su camino a construir una vida más independiente. Es necesario esperar que los especialistas pongan a disposición sus conocimientos, en EL LUGAR donde son requeridos. (...) Ello significa que la medicina, ha de salir de los consultorios, la psicología ha de abandonar los despachos, la pedagogía social ha de renunciar a los espacios de tiempo libre y la pedagogía terapéutica ha de

abandonar las aulas y se ha de sumergir en los auténticos LUGARES DE APRENDIZAJE. Todo junto, implica renunciar a ciertas tradiciones, desprenderse de costumbres estereotipadas, despedirse de reglamentos, que comportan, dar por supuesto muchas cosas. Sería conveniente una redefinición de los lugares de trabajo y seguramente que algunos trabajadores aprendan cosas que hasta ahora quizás se escapen de su ámbito de actuación”.

1

Teniendo en cuenta, la ideas del Dr. Fischer, no perderemos de vista el objetivo, que son: el usuario/a y sus circunstancias y el PDP propuesto, intenta ubicarse en los “lugares de aprendizaje donde son requeridos”.

La experiencia muestra la dificultad en la transferencia de los aprendizajes y el cambio de contexto que implica: la familia.

La vida cotidiana exige transiciones y continuas interacciones.

Las actividades o acontecimientos de la vida cotidiana, no sólo tienen que ver con la persona que realiza la acción, sino que también incluyen al entorno ("entorno" entendido no sólo como superficie/objetos, sino también como personas). Esto significa que en el transcurso de las actividades cotidianas, no sólo cambio yo, sino que también el entorno cambia conmigo, de tal forma que ocurre algo "entre" yo y el entorno. ²

He iniciado a partir del Pràcticum I, una serie de observaciones en el ámbito de la intervención de las personas adultas, que han padecido un TCE, a través de accidentes de tránsito, laborales, deportivos, en el que se comienza a tener presente la figura del psicopedagogo, dentro del abordaje interdisciplinario.

Como he comentado anteriormente, nadie se espera caminar por éste terreno; visualizar un familiar que tenía una vida activa y profesional y de pronto, “**darse cuenta**” que la familia se encuentra en las paredes de su hogar, “**con un desconocido**”, una persona que no recuerda el nombre de cada uno de los habitantes de su hogar, que le ha cambiado el carácter, o que no sabe donde están las cosas...

Varios usuarios/as del servicio de Trace definen esta situación como “un corte transversal en sus vidas”, “un volver a empezar”, un darse cuenta, “no soy el mismo que era antes”. Ello genera angustias, inquietudes, en ambas direcciones: usuario/a, grupo familiar.

La familia debe sumarse al abordaje del equipo interdisciplinario; participar del diálogo, para no caer en posturas extremas, como son: la sobreprotección, el rechazo, la negación. Por ello, mi interés en facilitar pautas concretas que ayuden a orientarse en ese camino que les toca transitar.

Parto del convencimiento, de que cada familia es un mundo y que las orientaciones se deben personalizar, no ofreciendo recetas estándares, sino respondiendo a las demandas y potencialidades de cada núcleo

¹ Dr. Fischer, No tan solo un informe. Pedagogía Terapéutica, Universidad Wüzburg, 1987.

² Interacción sensitiva en la vida diaria.F. Affolter, W. Bischofberger, “Wege von Anfang an. Frührehabilitation schwerst hirngeschädigter Patienten”, Neckar Verlag, 1996

1.3. Objetivos generales del proyecto

- ✓ Reflexionar sobre el colectivo de personas con TCE, sus características y potencialidades.
- ✓ Conocer los procedimientos de entrada y seguimiento de un nuevo usuario al Centro.
- ✓ Confeccionar y formalizar un Programa de desarrollo personalizado al caso asignado.
- ✓ Orientar las transferencias de aprendizaje al hogar.

1.4. Descripción general del ámbito de intervención.

[ESPAI TRACE](#)³ (asociación catalana de traumatismo craneoencefálico y daño cerebral) se creó en el año 1988. La idea de formar la asociación surgió de un grupo de profesionales de la planta de Neurología del Hospital Vall Hebrón, de Barcelona. Un grupo de padres animados por los profesionales, decidieron organizarse para defender los intereses del colectivo, ya que hasta ese momento, no existía una infraestructura adecuada para los afectados por ésta patología.

El Espai Trace es parte de Fedace (federación Española de Daño Cerebral). En la actualidad se producen 100.000 casos de afectados al año, lo que ha llevado a la organización mundial de la salud y a expertos del ámbito sanitario a hablar de una “**epidemia silenciosa**”.

El Espai Trace pretende proporcionar la autonomía persona y la integración social y ocupacional de las personas que han padecido un TCE o daño cerebral sobrevenido. El punto de partida del abordaje se centra en el refuerzo de las habilidades adaptativas (AAMR, 1992), como base para la integración en éste contexto. Es una entidad sin ánimo de lucro.

2. Marco teórico.

2.1. Traumatismo Craneoencefálico.

Según Nuria Antolí,⁴ toda lesión cerebral es caracterizada por: una destrucción o disfunción del tejido cerebral provocada por un contacto brusco (aceleración desaceleración o rotación) entre el tejido cerebral y la caja craneal.

Basándonos, en la definición anterior, y a los efectos clínicos, los TCEs se pueden clasificar en:

- **Abiertos:** en el momento en que la lesión la produce un cuerpo extraño, que rompe el cráneo y provoca un daño en una zona determinada.

³ Projecte educatiu Espai Trace, 2003.

⁴ Nuria Antolí, Daño cerebral, guía de familias. Serie de cuadernos didácticos número 4, Ministerio de trabajo y asuntos sociales, España, 2000.

- **Cerrado:** cuando el impacto no alcanza a romper el cráneo, pero ejerce una presión importante, por desplazamiento del cerebelo o por una rotación que puede afectar las conexiones neuronales.
- **Focales:** son aquellos TCE localizados.
- **Difusos:** los TCE generalizados.

Según datos extraídos de la Fundació Institut Guttmann, la incidencia de los traumatismo craneoencefálico (TCE) se estima entre:

- 175 y 200 por 100.000 habitantes
- La discapacidad severa por secuelas de un TCE es de 2 por 100.000 habitantes
- La discapacidad moderada de 4 por 100.000
-

Por lo expuesto, la discapacidad severa en Cataluña estaría situada entre 120 casos nuevos al año y la discapacidad moderada 242 casos nuevos al año.⁵

Estos datos nos hablan de una realidad muy cruda, nos hacen reflexionar sobre los servicios que están poniendo en marcha y sobre el grado de eficacia de las campañas preventivas de accidentes de tráfico.

Estos datos estadísticos generan mayor relevancia, si pensamos en que la población de riesgo son personas jóvenes entre 16 y 29 años.



6

Existen diferentes campañas de divulgación. La más reciente es «**No podemos ponernos el casco por ti**».

Dirección General de Tráfico inicia una campaña, con la finalidad de concienciar a los conductores de motocicletas y ciclomotores sobre la importancia de llevar la protección adecuada; la que reducirá las muertes en un tercio y evitará dos de cada tres lesiones cerebrales.⁷

⁵ Fundació Institut Guttmann. Equip sociosanitari d'avaluació i suport especialitzat en neurohabilitació. 2003

⁶ Imagen de la campaña de Dirección general de Tráfico, 2005

⁷ Campaña de divulgación y prevención. Dirección general de Tráfico, mayo 2005.

- ✓ **Las zonas urbanas** son uno de los puntos calientes de la campaña. En este área se producen el **50%** de las muertes por accidentes de vehículos con dos ruedas. El **31%** no llevaban casco.⁸
- ✓ **Mal uso:** Un **15%** de los conductores de motos y un **43,6%** de los de ciclomotores o no lleva casco o lo utiliza mal.⁹
- ✓ **Siniestralidad:** Motocicletas y ciclomotores suponen el **14%** del parque automovilístico, pero registran el **30%** de los heridos y el **14%** de los muertos en accidentes.¹⁰
- ✓ **Casi la mitad, jóvenes:** En el 42% de los accidentes de motocicletas se ven involucrados jóvenes de entre **25 y 34 años**. En los ciclomotores, el **38%** de los accidentes está protagonizado por chicos de entre **18 y 24 años**. El tipo de siniestro más frecuente es la colisión fronto-lateral (**40%** en ciclomotores y **32%** en motocicletas) y las salidas de la vía (**8%** para ciclomotores; **12%** para motocicletas). El **77%** de los accidentes ocurren en zonas urbanas.¹¹

Cada traumatismo es singular y es difícil generalizarlo. Los primeros signos y síntomas dependen de la importancia y severidad del traumatismo. Los más destacados son:

- confusión.
- Pérdida del conocimiento.
- Pupilas de tamaño diferente.
- Alteraciones del lenguaje y la audición.
- Descentración.
- Ritmos lentificados.
- Vómitos y náuseas.
- Irritabilidad, malestar generalizado.
- Pérdida de equilibrio.
- Cefaleas.
- Hemorragias.

Los factores de riesgo más sobresalientes son:

- consumo excesivo de alcohol.
- Drogas.
- Conducción irresponsable y temeraria.
- Falta de protección obligatoria (casco para los motociclistas, cinturón de seguridad para los conductores, seguridad laboral, etc.)
- Seguridad en deportes de riesgo o contacto (fútbol, rugby, boxeo, escalada, ciclismo, etc.)
- Enfermedades convulsivas.

Las secuelas son muy amplias y abarcan un abanico que incluyen los siguientes aspectos a tener en cuenta:

⁸ Idem anterior.

⁹ Idem anterior.

¹⁰ Idem anterior.

¹¹ Idem anterior.

- **Si nos centramos en el perfil de una persona con TCE, podemos decir en términos generales que:**
 - Soporte psicosocial y emocional.
 - Abordaje del área de la comunicación y socialización.
 - Conocimiento de sí mismo y habilidades personales.
 - Mejora de su motricidad fina y gruesa.
 - Readaptación funcional.
 - Provisión de ayudas técnicas y sistemas alternativos y aumentativos de comunicación. (SAAC)
 - Mejora del estado físico y de la autonomía personal.
 - Mantenimiento y mejora de las habilidades adaptativas básicas.
 - Adaptaciones en el hogar para abordar el problema de las barreras arquitectónicas.
 - Actividades del tiempo libre y ocio, que fomenten la convivencia y socialización.

- **Si nos centramos en las necesidades emergentes de los núcleos familiares, podremos decir que solicitan:**
 - Soporte psicosocial y emocional.
 - Información para entender el enmarañado terminológico propio de la afección de su familiar.
 - Garantía de calidad en la intervención y seguimiento interdisciplinario de sus familiares afectados, frente a cualquier acontecimiento o imprevisto.
 - Flexibilización de los servicios, para adaptarse a las demandas expresas del grupo familiar.
 - Promoción de grupo de ayuda mutua.
 - Orientación en la relación con la persona TCE
 - Servicio de respiro o descanso frente a diferentes situaciones contingentes que se podrían observar como por ejemplo: envejecimiento de los familiares que cubren el rol de cuidadores, enfermedad, etc.

Si cogemos como referente la definición de TBI, siglas en inglés de “**traumatic brain injury**” que nos propone la Ley de Educación especial de USA, en el acta de Educación de individuos con discapacidad, destacaremos lo siguiente:

“... una herida adquirida en el cerebro, causada por una fuerza física externa, que resulta en una discapacidad funcional total o parcial o un impedimento psico-social, o ambos, que afecta adversamente el rendimiento educacional. El término se aplica a heridas abiertas o cerradas a la cabeza que resultan en impedimentos en una o más áreas, tales como: la cognición, el lenguaje, la memoria, la atención, el razonamiento, el pensamiento abstracto, el juicio, resolución de problemas, habilidades sensoriales, perceptivas y motoras, conductas psico-sociales, funciones físicas, procesos de información y habla. El término se

aplica a lesiones cerebrales que son congénitas o degenerativas o a heridas inducidas por trauma al nacer”.¹²

La primera consecuencia que sale a la luz, cuando se produce un TCE, es la **pérdida de conciencia**, que puede perdurar desde minutos, hasta un estado de coma prolongado en meses.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció varemos para la clasificación de los TCE de acuerdo con su gravedad (escala de Glasgow):¹³

Manifestación	Reacción	Puntuación
Abre los ojos	Espontáneamente (los ojos abiertos no implica necesariamente conciencia de los hechos)	4
	Cuando se le habla	3
	Al dolor	3
	Nunca	1
Respuesta verbal	Orientado (en tiempo, persona, lugar)	5
	Lenguaje confuso (desorientado)	4
	Inapropiada (reniega, grita)	3
	Ruidos incomprensibles (quejidos, gemidos)	2
Respuesta motora	Obedece instrucciones	6
	Localiza el dolor (movimiento deliberado o intencional)	5
	Se retira (aleja el estímulo)	4
	Flexión anormal.	3

Posteriormente, se suele producir un **estado de amnesia postraumática**, que genera una barrera de duración variable, en la que no se puede recordar las actividades posteriores al daño.

Según guía modificada del original de **Ritchie Russell**¹⁴

Duración	severidad
Menos de 5 minutos	Muy leve
Mayor a 5 minutos y menos a 1 hora	leve
Desde 1 a 24 horas	moderado
De 1 a 7 días	severo
Mayor a 7 días	Muy severo
Mayor de 4 semanas	Extremadamente severo.

¹² Schoenbrout L. “Children with traumatic brain injury. Extraído de: www.woodbinehouse.com

¹³ <http://www.neurocirugia.com/diagnostico/tce/Tce.htm>

¹⁴ http://www.sinapsis.org/trau_craneonc.html

Conjuntamente, la pérdida de conciencia y la amnesia postraumática son los primeros indicios, que clínicamente, se tienen presente al realizar un pronóstico a la familia del afectado de un TCE.

Las premisas que se deben destacar son que el TCE se puede producir en cualquier edad, condición socio-cultural, sexo.

Existe una marcada incidencia en personas del sexo masculino, con una relación establecida en varón /mujer de 3/1.

Las edades que se encuentran en mayor riesgo, las podríamos centrar entre 15 y 35 años y si tomamos como referencia la causa que provoca el TCE, representada por accidente de tráfico, caídas, lesiones deportivas.¹⁵

- **Accidentes de tráfico:** alrededor del 75%.
- **Caídas:** alrededor del 20%.
- **Lesiones deportivas:** alrededor del 5%.

2.2. Agentes que intervienen en el abordaje interdisciplinario:

Normalmente, cuando se produce un TCE, las personas suelen ser derivadas a centros hospitalarios o UVIS, donde reciben atención especializada, por parte del equipo médico y de enfermeras/ros.

Posteriormente, suele existir una transición desde la etapa hospitalaria a otros servicios específicos, como fisioterapia, logopedia, etc., donde las personas afectadas reciben información, orientación e intervención en las disciplinas que le requieran.

El último paso y sin duda, el que pone en juego todo el potencial humano de la persona afectada por el TCE, es la integración a la vida social, donde progresivamente, está contenido por un servicio de atención primaria, conformada por trabajadores sociales, logopedas, educadores, psicólogos/as, etc.

A continuación definiremos cada uno de los roles que articulan el abordaje interdisciplinario:

- **Médicos:** Un médico especialista coordina el día a día del paciente, ejecutando pruebas específicas, prescribiendo tratamientos y medicamentos, acordes a cada caso. Al egreso hospitalario, suelen realizar visitas trimestralmente.
- **Enfermeras/ros:** Profesionales entrenadas para el cuidado de la salud, colaboración en la higiene personal, alimentación, vestimenta, etc.
- **Psicólogo clínico / neuropsicólogo:** Proporciona orientación y asesoramiento para afrontar las dificultades emocionales que surgen a partir de la adaptación. Evalúa capacidades y déficit y participa activamente en el proceso integral de rehabilitación.

¹⁵ <http://tratado.uninet.edu/c1102i.html>

- **Trabajador/a social:** Su función se centra, en un primer momento en orientar a la familia, informar sobre temas vinculados a: subsidios, adaptaciones, transportes, asesoramiento social.
- **Fisioterapeutas:** Se centra en el área motora, con especial atención a los desplazamientos, tratamiento del equilibrio, transferencias, etc.
- **Logopeda:** Su atención se focaliza en la comunicación en el amplio sentido de la palabra, procurando que sea más eficaz, introduciendo sistemas alternativos y aumentativos para la comunicación, etc.
- **Terapeuta Ocupacional:** Fomenta su actuación en intentar que el/la usuario/a que padece un TCE alcance la mayor independencia posible, en las actividades cotidianas de la vida. Orienta específicamente en las ayudas técnicas y adaptaciones en el hogar.
- **Educador/ra:** Proporciona una serie de recursos, dinámicas y estrategias educativas, a través de un Programa de desarrollo personalizado, para que el/la usuario/a mejore o mantenga sus habilidades adaptativas.
- **Psicopedagogo/a.** Agente poliédrico que se encarga de la información, orientación, seguimiento, supervisión de casos dentro del ámbito educativo e integrador.

2. 3. Perfil de una persona TCE.

Las características que señalo, son pincelas, que si bien no se pueden generalizar, porque cada persona es un mundo; sí se puede decir, que existen unas dimensiones comunes, que caracterizan el perfil de la persona TCE.

- **Dimensión física:**

Es una de las áreas afectadas y las que se ponen en evidencia: el sistema motor, las pérdidas sensoriales, especialmente auditiva y visual. Las personas que han sufrido un TCE, suelen presentar dificultades en la precisión de los movimientos y en la lentificación de los mismos. Ello implica que los usuarios/as deben ajustar sus conductas y compensarlas con las ayudas o soportes ortopédicos y técnicos especializados: silla de ruedas, muletas, andadores, audífonos, gafas, lupas, ordenador personalizado, adaptaciones informáticas, cubiertos adaptados, adaptaciones específicas en el hogar, etc.

Los daños motores pueden provocar la falta de equilibrio dinámico o estático, convirtiendo la marcha en un objetivo difícil para algunos usuarios/as.

Los sentidos después de un accidente de tráfico grave, suelen verse menguados, percibir zumbidos en el oído, pérdida de olfato, gusto, etc.

Algunas personas suelen sufrir “alucinaciones sensoriales” percibir sonidos donde no los hay y tener la impresión de percibir olores, donde no los hay.¹⁶

También las personas TCE pueden presentar dificultades en la pérdida de sensibilidad y cierre perceptual, lo que dificulta el accionar cotidiano, al tener que utilizar artefactos eléctricos, cocinar, etc.

Otras dificultades motrices que se ven reflejada en ésta dimensión: espasticidad, incoordinación global y segmentaria, lentificación en los movimientos.

- **Dimensión cognitiva:**

Las personas que han sufrido de un TCE presentan dificultades de atención, centración de las consignas, alteraciones en la memoria inmediata y dificultades para resolver satisfactoriamente situaciones de la actuación de la vida diaria. Como consecuencia, se deteriora el regreso a los ámbitos de formación o laboral.

Otras manifestaciones de ésta dimensión son las apraxias, que son las dificultades para ejecutar las funciones motrices. Se ven reflejadas en la acción de vestirse, preparar una comida, limpiar la casa, etc.

Uno de los aspectos que más se destacan en la dimensión cognitiva son: la capacidad de iniciativa disminuida, el comportamiento infantilizado, la deshinibición verbal, social, etc..

- **Dimensión afectiva:**

El aspecto emocional se ve comprometido. Suelen presentar cambios evidentes de humor, de carácter, versatilidad de las emociones hacia su entorno próximo. En términos generales, algunas personas, parecen hipersensibilizarse, cambiando de estados emotivos con rapidez y sin motivos aparentes.¹⁷ Se destaca además una disminución en el espíritu de autocrítica, de imprevisibilidad de las actuaciones y comportamientos de deshinibición en el plano sexual. La pasividad, la ausencia de motivación e interés, la apatía generalizada, la dificultad para emprender nuevas propuestas, acompañan ésta dimensión.

- **La dimensión familiar.**

Una de las primeras manifestaciones se dan en el grupo familiar. Es un impacto muy grande, difícil de entender, aceptar y reaccionar.

Las diferentes etapas por donde debe pasar una persona afectada por un TCE, generan desconcierto, inquietud al no poder hacer frente con todos los sentidos y desbordamiento generalizado. Muchas veces, los familiares perciben a la persona con TCE como un “gran desconocido/a”, no saben como actuar, como registrar las

¹⁶ Nuria Antolí, Daño cerebral, guía de familias. Serie de cuadernos didácticos número 4, Ministerio de trabajo y asuntos sociales, España, 2000.

¹⁷ Nuria Antolí, Daño cerebral, guía de familias. Serie de cuadernos didácticos número 4, Ministerio de trabajo y asuntos sociales, España, 2000.

situaciones cotidianas y hacerles frente con naturalidad. Estas situaciones fomentan el cansancio, el stress, la inseguridad.

En muchas situaciones, el núcleo familiar adquiere posturas extremas, polarizadas, como son la sobreprotección, el distanciamiento, la exigencia extrema, la dejadez. Los roles familiares, se suelen ver alterados, solapados o ausentes.

Los familiares requieren de un servicio profesional orientador, pues deben adoptar el rol de cuidadores de la persona afectada de un TCE.

- **Dimensión social.**

La transición que se produce desde el entorno hospitalario al contexto social de la persona afectada, se ve afectada. La disminución de la autonomía, multiplicada por las barreras arquitectónicas, sociales y comunicacionales, genera un handicap social profundo.

El entorno de amigos y familiares suele adoptar conductas tendientes a la protección, que anulan y hasta llegan a aislar a la persona, en actividades que puede realizar, pero por miedo, inseguridad, suelen cerrar situaciones de aprendizaje.

Es muy común, escuchar a personas con TCE que comentan que su círculo de amigos se va distanciando hasta el punto extremo de distanciarse y desaparecer.

Basando mi observación directa en el Espai Trace, he podido recaudar la siguiente información que destaco a continuación.

Destinatario: El perfil del usuario/a es el afectado por un traumatismo craneoencefálico o daño cerebral que no necesite una atención médica especializada y que no presente un trastorno de conducta patológico o trastorno psiquiátrico grave, ya que consideran que no son el recurso adecuado y por lo tanto, se derivan a centros más idoneas para su situación. Cada uno de los usuarios/as reciben el soporte de un tutor/a, que tiene la función de hacer el seguimiento de la evolución.

Actualmente, el centro tiene unos 290 socios de los cuales unos 140 son personas afectados y el resto son de familiares y amigos.

El **Espai Trace**, pretende potenciar el desarrollo de las capacidades de los usuarios/as y por lo tanto, pone en marcha una serie de procesos de enseñanza-aprendizaje. Se tendría que tener presente, unos previos que influyen de manera diferente en cada persona.¹⁸

Actitud:¹⁹

Hace referencia a la capacidad de recibir y aportar, que cada uno pueda manifestar en un entorno determinado. A mayor grado de dependencia del entorno, más dificultad para aportar y mayor pasividad observaremos en los usuarios. Esta dependencia no tiene correlación con sus limitaciones, sino más bien con la habituación al entorno que le pone “las cosas más fáciles”. Será muy importante la actitud del propio usuario/a, para afrontar la nueva situación, la consciencia, “el duelo”, aceptación que haya realizado de si mismo, etc.

¹⁸ Projecto educatiu, Espai Trace, 2004.

¹⁹ Idem anterior.

Habilidades:²⁰

Son muy diversas. Algunos usuarios/as tienen dominio de habilidades verbales y otros más de carácter manipulativo. No hay nunca dos personas con un dominio idéntico de habilidades. Por ello, en la programación se incluyen las 10 habilidades adaptativas propuestas por AAMR (1992).

Motivación:²¹

Logicamente está relacionada con las actitudes y las habilidades de cada uno. Una actitud pasiva o la dificultad para desarrollar una tarea determinada, puede estar vinculada a una falta de motivación. Una fuente de información muy importante es la anamnesis inicial que se les realiza a los usuarios/as.

Maduración:²²

Está muy vinculada al entorno (físico, social y familiar). Es muy importante tener conocimiento sobre la edad, en la que se la produce la lesión. Así, detectaremos el momento evolutivo en que se encontraba y podremos tenerlo en cuenta, al valorar más adecuadamente los comportamientos presentes y la oferta de servicios.

Percepción:²³

Aquí existen dos aspectos diferentes: por un lado, la percepción de sí mismos y la otra, la percepción del Espai Trace y la posición del usuario dentro de este espacio.

Muy a menudo nos encontramos delante de personas que no tienen una propia percepción favorable (baja autoestima, dificultades de autoaceptación, dificultades para relacionarse con los otros, etc.)

Fatiga:²⁴

Es un factor necesario a tener muy presente, ya que afecta: la atención, la motivación y el rendimiento en una actividad. Recordamos que después de 40 minutos, la atención comienza a menguar. Es recomendable el cambio de actividad, acompañada de procedimientos y habilidades diferentes para no saturar las capacidades del usuario/a.

2.4. Descripción de habilidades adaptativas:

Se pueden describir el concepto de necesidades educativas especiales, teniendo muy presente las aportaciones de la perspectiva interactiva y contextual que propone la AAMR, en su manual en el año 1992. Esta concepción supone un cambio significativo, ya que no se centra en delimitar las destrezas intelectuales, sino que la hace depender de un enfoque multidimensional, que incluye las consideraciones emocionales, psicológicas, ambientales y de salud.

²⁰ Idem anterior.

²¹ Idem anterior.

²² Idem anterior.

²³ Idem anterior.

²⁴ Idem anterior.

La definición actual de la AAMR²⁵ incorpora un procedimiento de tres pasos para diagnosticar, clasificar y determinar los refuerzos necesarios de la persona.

- Determinar su elegibilidad para el apoyo.
- Identificar los puntos fuertes y débiles y la necesidad de soporte a partir de las dimensiones nombradas anteriormente.
- Identificar la intensidad y clases de apoyo al que hacíamos referencia en el punto anterior.

Si pensamos en cómo se ha de entender el proceso de identificación y valoración de las necesidades educativas de la persona con TCE, desde este mismo enfoque, podemos decir que:

El proceso de evaluación psicopedagógico se apoya en el modelo educativo, priorizando la concepción interactiva y contextual del desarrollo. Esta concepción propiciará un proceso de evaluación que ayude a concretar los soportes que necesita una persona afectada de un TCE para su progreso, nunca clasificándolo en categorías, sino identificando sus necesidades y agrupando las estrategias y orientaciones necesarias para poder darle una respuesta. Dentro de este proceso, podemos dar importancia a la recogida de información sobre todos los elementos que intervienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje, centrándonos en el contexto de interacción y haciendo referencia a la multidisciplinariedad del abordaje.

Creemos que la tarea “en red” donde estén implicados los agentes educativos, intervengan de manera plural, constructiva y ampliando la visión multifactorial que implica una persona que padece un TCE. Esta tarea, necesariamente, debe ir en la misma dirección, compartiendo información en forma responsable, complementándola si hiciera falta, ya que enriquecerán los contenidos y la metodología. Ello, no es una tarea fácil, pero si enriquecedora, la que comprende: acuerdos a la hora de tomar decisiones, desarrollo de estrategias comunes, análisis de información exhaustiva, programación, evaluación y seguimiento del caso que se plantee.

Los objetivos que se planten en el PDP, deberán estar centrados en las habilidades adaptativas que están relacionadas con los siguientes aspectos:²⁶

²⁵ AAMR (Asociación Americana de retardo mental), 1992.

²⁶ Registro de Habilidades Adaptativas. Espai Trace, Barcelona, 2003.

Habilidades adaptativas.	Habilidades adaptativas (Base para la formulación de los objetivos).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expresión facial. ▪ Contacto visual. ▪ Expresión gestual / mímica. ▪ Movimiento corporal. ▪ Tacto/ contacto. ▪ Respiración. ▪ Actitud. ▪ Expresión oral y escrita (mensajes, emociones, comentarios, felicitaciones, etc.) ▪ Razonamiento verbal. ▪ Establecer una relación básica con el entorno (percepción).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidado personal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vestir. ▪ Alimentarse. ▪ Higiene. ▪ Aspecto personal. ▪ Aspectos motrices: higiene postural, desplazamientos, sentarse, coordinación manual, movimiento en general.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autogobierno 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer elecciones. ▪ Orientación temporal. ▪ Seguir un horario. ▪ Iniciar actividades adecuadas en los diferentes lugares, condiciones, horarios e intereses personales. ▪ Complementar las tareas necesarias o requeridas. ▪ Buscar ayuda en los casos necesarios. ▪ Resolver situaciones problemáticas (autogestión), situaciones familiares, situaciones nuevas. ▪ Demostrar asertividad adecuada y habilidades de autodefensa. ▪ Atención. ▪ Control de emociones. ▪ Memoria. ▪ Autoestima. ▪ Percibirse uno mismo y percibir la propia vida.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciar, mantener y finalizar una interacción con los otros. ▪ Participación en una situación grupal. ▪ Recibir y responder a las claves o pistas situacionales pertinentes.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer sentimientos, proporcionar feedback positivo o negativo. ▪ Regular los comportamientos de uno mismo en el grupo. ▪ Ser consciente de la existencia de iguales y aceptarlos. ▪ Medir la cantidad y tipo de interacción con los otros. ▪ Hacer y mantener amistades. ▪ Enfrentarse a las demandas de los otros. ▪ Controlar los impulsos. ▪ Adecuar la conducta a las normas. ▪ Respetar normas y leyes. ▪ Mostrar un comportamiento socio-sexual adecuado.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salud y seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación. ▪ Identificar síntomas de una enfermedad. ▪ Tratamiento y previsión de accidentes. ▪ Primeros auxilios. ▪ Sexualidad. ▪ Aspecto físico. ▪ Seguridad (normativa circulación, buscar ayuda...) ▪ Revisión médica regular y hábitos personales. ▪ Adiciones (tabaco, café, alcohol, drogas...) ▪ Protegerse de comportamientos desajustados. ▪ Mostrar un comportamiento adecuado en la comunidad (semáforo, paso de cebra...) ▪ Experimentar seguridad y confianza /relajación. ▪ Comunicar preferencias y necesidades.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habilidades de la vida en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidado de la ropa. ▪ Tareas del hogar. ▪ Cuidado del hogar. ▪ Preparación de comidas. ▪ Planificación y elaboración de lista de la compra. ▪ Seguridad en el hogar. ▪ Planificación diaria. ▪ Manipulación de objetos cotidianos. ▪ Orientarse en su propio hogar.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocio y tiempo libre. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elecciones e intereses por iniciativa propia. ▪ Uso y disfrute de las posibilidades de ocio en el hogar y en la comunidad (solo y con

	<p>otros).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugar socialmente con los otros. ▪ Respetar el turno. ▪ Finalizar actividades de ocio o recreativas. ▪ Ampliar la duración de la participación. ▪ Aumentar el repertorio de intereses, conocimientos y habilidades. ▪ Aspectos artísticos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso del transporte público, taxis... ▪ Comprar en tiendas, grandes almacenes y supermercados. ▪ Uso de otros servicios de la comunidad (biblioteca, oficinas de la administración, CAP...) ▪ Teatro, cine, centros culturales, etc. ▪ Orientarse en la calle, barrio, ciudad...
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habilidades académicas funcionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprensión de texto. ▪ Redacción. ▪ Dictado. ▪ Ortografía. ▪ Escritura. ▪ Aplicación matemática. ▪ Conocimientos básicos de ciencias. ▪ Conocimientos del entorno físico. ▪ Conocimientos de salud y sexualidad. ▪ Geografía. ▪ Estudios sociales. ▪ Uso del ordenador.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habilidades laborales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finalizar actividades. ▪ Conocer horarios. ▪ Buscar ayuda cuando la necesite. ▪ Recibir críticas y mejorar habilidades. ▪ Uso del dinero: gestión de los propios recursos económicos. ▪ Localización de recursos financieros: impuestos, seguros, etc. ▪ Orientarse en el camino hacia el trabajo. ▪ Organizarse el trabajo. ▪ Control de uno mismo mientras esté en el trabajo. ▪ Interacción con los compañeros.

Este concepto, tiene como planteamiento, tender hacia la autonomía personal y social de la persona, y hacer de nexo informativo entre todos los agentes participantes de dicho

proceso, que darán pie, a que se propicien cambios, se flexibilicen los objetivos hacia otros con mayor proyección.

El referente de todo el proceso, será el Proyecto de Centro, definido para contemplar las diferentes realidades de la persona TCE. Por ello, es fundamental, hacer una valoración de las competencias de la persona afectada de TCE, detectar las capacidades, destrezas y habilidades que se consideran prioritarias a adquirir a lo largo del proceso y por último, una propuesta de previsión de los recursos necesarios que requiere la persona para poder hacer frente a su situación del día a día (recursos profesionales, técnicos, materiales...)

2.5. Competencias de la figura del psicopedagogo:²⁷

Cuando hablamos de un **psicopedagogo/a**, en el amplio sentido de la palabra, “nos referimos a una persona: profesional, comunicativa, creativa, generadora y atenta a los cambios, próxima a la realidad educativa, versátil, poliédrica, que lleva implícita ciertas competencias propias en su actuación”.²⁸

El asesor/a ha de desarrollar el máximo de las potencialidades, colaborar en la construcción de andamios o guías para que se consiga estadios superiores de funcionamiento institucional; y también ha de ser consciente para retirarse en la medida que ya no sea necesario/a.²⁹

Con respecto a **la figura del psicopedagogo/a**, los principales motivos de reticencia, surgen por el desconocimiento y la desconfianza, cuando se los percibe como profesionales ajenos a la realidad, distantes, que amenazan la autoestima y el liderazgo del resto de los profesionales; cuando no saben generar un clima de trabajo constructivo. Se suma a ello, la falta de implicación, cuando hay un exceso de demandas, que no se saben priorizar, falta de tiempo, etc.

Es muy importante integrarse en la dinámica del día a día, trabajar “con el equipo”, cediendo responsabilidades, previniendo acontecimientos y dinamizando las acciones.

Para superar las reticencias iniciales, los psicopedagogos/as han de ser **honestos y sinceros**, evitando que las expectativas sobrepasen las posibilidades técnicas, los recursos y los servicios.

En todo el proceso de actuación, **el diálogo y la escucha activa** son los recursos que benefician la figura del psicopedagogo/a.

Con respecto al secreto profesional, en el art. 39 del código deontológico del **colegio de Psicólogos de Cataluña (COPC)**, el cual se puede extrapolar a nuestro ámbito de intervención. “El secreto profesional implica conocer los aspectos relevantes y

²⁷ Doc.Responsabilidades y tareas de la coordinación pedagógica. Espai Trace, Barcelona, 2003.

²⁸ Monereo, C.; Solé I. -coords.- (1996): El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructivista. Madrid. Ed.Alianza.

²⁹ Monereo, C.; Solé I. -coords.- (1996): El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructivista. Madrid. Ed.Alianza.

significativos para poder resolver satisfactoriamente la cuestión y también la obligación de no difundir, la información a la que se ha tenido acceso, como consecuencia del ejercicio profesional”.

El problema no es la información, sino el uso que se da de la misma. Los datos ofrecidas por la familia, puedan ser trabajados a través de la entrevista y se podrá arribar a acuerdos, sobre la utilización de los mismos por el resto del equipo. Ello implicaría, que los propios interesados puedan reservar los datos que consideren más oportunos.

Como he dicho anteriormente, tener una actitud de respeto, escucha activa, habilidades y estrategias sociales, permitirán arribar a un consenso; para algunos de los participantes del debate, suena como “misión imposible”; personalmente, considero que aunque hay que trabajar mucho estas herramientas, desde lo personal y desde el punto de vista de formación y supervisión, en forma constructiva, sin duda, ayudará en la construcción de éste engranaje. Somos agentes de cambio y tenemos que apostar por ello.

Conseguir una cultura de trabajo cooperativo en los centros, dará pie a revalorar la identidad individual y colectiva, en aquellas tareas que se basan en la relación interpersonal con los diferentes agentes, unificando esfuerzos, posturas y dinámicas de asesoramiento.

Es relevante, conocer claramente las funciones que, contextualizadas, dan respuesta a las necesidades del Centro y a cada uno de los agentes. Deberíamos plantearnos hacia dónde vamos, cuál es el marco de actuación y que responsabilidades y co-responsabilidades hay implicadas en cada uno de los integrantes del equipo escolar. Se le debería dar toda la fuerza necesaria al **Proyecto de Centro**. De ésta manera, será difícil, que la figura del psicopedagogo/a se vea reflectada como foránea.

Como corolario, el talante personal y el saber coordinar al equipo, dejarán señales en el camino de la credibilidad.

Con respecto al **“Secreto profesional compartido”**, se debería trabajar en forma más profesional, ya que sin animo de generalizar, algunas veces, se dan informaciones de carácter privado en pasillos, en forma desordenada, delante de otros alumnos, sin convocatoria de reunión, de manera informal, sin un registro de actuación, por medio.

La información que genera el profesional, se debería dejar en el Centro, en el expediente del alumno, en el lugar oportuno, que garantice la confidencialidad, como por ejemplo, “el departamento de orientación”, lugar que es accesible para todos los operadores educativos. Estos datos se deben dejar en el historial del alumno (expediente personal y académico), porque no es para uso personal del profesional, sino que se debe utilizar para garantizar el mejor abordaje del alumnado, ya que ésta información permite hacer una intervención de calidad.

Convendría considerar el peso de la palabra escrita, siempre que sea posible.

En cuanto a la transferencia de la información, es necesario que sea lo más ajustada posible, que se realice en un lugar reservado y que se explicita, la necesidad de confidencialidad. Se desdibuja esta idea, cuando se traspasan datos en el patio, frente a personas no implicadas, entre aulas, haciendo comentarios inoportunos, etc.

El psicopedagogo/a, solo se debería llevar a cuenta, la experiencia, los resultados de sus intervenciones, sus propios aprendizajes y la valoración personal y colectiva.

2.6. Funciones y responsabilidades del psicopedagogo en el Espai Trace.

- **Estructuración del Espai Trace:**
 - Definir los espacios ofrecidos, hacer la programación anual y desglosar las actividades que se consideren necesarias, para el buen desarrollo de las mismas.
 - Confeccionar el registro de seguimiento de las actividades, donde los profesionales puedan redactar la evolución y las dinámicas establecidas.
 - Valoración y modificaciones de las actividades.
 - Atribuir las tutorías a los diferentes profesionales.
 - Tener una visión general del horario de trabajo, con la finalidad de compaginar el trabajo individual, las tutorías, los diversos espacios, etc.
 - Revisión y mejora de los protocolos del PDP, seguimiento de objetivos e informes de los usuarios.
 - Mejorar las vías de comunicación entre los profesionales y agentes externos.
 - Seguimiento y potenciación de temas vinculados al tiempo libre y ocio de los usuarios/as.

- **Asesoramiento y supervisión de casos.**
 - Trabajo de intervención psicopedagógica dentro del grupo y orientación constructiva de los profesionales.
 - Realización de la entrevista inicial (anamnesis biográfica).
 - Orientación de los potenciales usuarios/as, de la conformación de los grupos, horarios, etc.
 - Asesoramiento individualizado a profesionales, en cuanto a planificación, ejecución y evaluación de los PDP.
 - Supervisión de PDP e informes.
 - Formación especializada a los profesionales del Centro.

- **Complementarios.**
 - Informar a la Gerencia de los cambios, dificultades, objetivos alcanzado, etc.
 - Asesoramiento a familiares en la intervención en el ámbito del hogar.
 - Creación de nuevas dinámicas que puedan ser útiles y potencien la integración social, ocupacional y laboral de los usuarios/as.
 - Colaborar en proyectos de difusión y expansión especializada en la temática de TCE y daño cerebral.

2.7. Procedimientos de intervención psicopedagógica.

2.7.1. Anamnesis biográfica:³⁰

A través de un procedimiento estandarizado que propone el Centro Trace, podremos recabar información biográfica de la persona afectada por un TCE, conocer de viva voz, sus

³⁰ Espai Trace: Esbòs de un projecte educatiu. Espai Trace, Barcelona, 2003.

habilidades y destrezas, como así también, sus expectativas, motivaciones, potencialidades y demandas iniciales.

Esta anamnesis nos ofrecerá “pistas” sobre los hábitos, las preferencias y vivencias evolutivas de la persona en las diferentes áreas, que sumado al registro inicial de observaciones, que lleva a cabo el tutor/a del usuario/, obtendremos la información que requerimos, para poder hacer frente y plantear la estructura de un PDP.

2.7.2. Programa de desarrollo personalizado. PDP.³¹

El abordaje que plantea el Centro Trace, su estructura y organización, tiene su punto de partida en el PDP.

Este procedimiento es individual para cada uno de los usuarios/as que asisten a realizar alguna actividad o dinámica de Centro. En términos generales, se pretende potenciar al máximo, la autonomía y las potencialidades de la persona afectada por un TCE.

El rótulo principal de éste procedimiento, incluye los datos personales del usuario/a, la fecha de inicio de programación, la fecha de previsión de reunión con el grupo familiar y la cierra, la fecha de evaluación. A simple vista, nos dan una visión general de el estado de actualización del PDP.

Una de las reglas fundamentales, es que las áreas estén determinadas por la clasificación de las habilidades adaptativas propuestas por la AAMR, que el centro ha desglosado en un formato de registro, con carácter orientativo para los profesionales.

El programa parte de las capacidades actuales de la persona, en cada una de las áreas, dándole relevancia a las expectativas manifestadas por el usuario/a y su familia.

Los criterios para plantearse y definir los objetivos del PDP son los que se detallan a continuación:

- Deben estar en relación directa con las necesidades del usuario/a afectada de un TCE. Por ello, deben partir del conocimiento biográfico de los usuarios/as.
- Potenciar en su raíz, un planteamiento de carácter social y no rehabilitador.
- Ajustarlos a las potencialidades reales de la persona.
- Priorizar un orden de acuerdo a aquellos que se puedan asumir, llevar a término.
- Intentar que no sean demasiado ambiciosos, utópicos.
- Deben ser claros, bien definidos.
- Deben ser fácilmente evaluables, ya que nos dará la posibilidad de ver si se han alcanzado, si requieren continuidad o si necesitan modificaciones.
- Transferencia de los aprendizajes al hogar.
- El número de objetivos propuestos deben rondar en un máximo de 3 por cada uno de los usuarios, los que deben estar en concordancia con el número de horas en que el usuario/a participe del Centro.

³¹ Protocolo de PDP, Espai Trace. Barcelona 2003.

- Utilizar el espacio de las tutorías, con la finalidad de realizar un seguimiento y acomodación de los objetivos del PDP.

En el apartado de las pautas metodológicas, lo que se pretende es realizar una secuenciación de cómo se pretende lograr el objetivo.

Al final del PDP, es importante, incluir en el apartado de observaciones donde se puedan agregar comentarios, sugerencias, inquietudes y datos relevantes.

2.7.3. Protocolos de seguimiento.

Tutorías:

La tutoría es una herramienta valiosa para hacer el seguimiento y desarrollo del PDP de los usuarios/as. Se define como un espacio de trabajo conjunto entre el tutor y su autorizado/a, en donde se activa el intercambio, la recogida de necesidades, las expectativas en las diferentes áreas y se ajustan los objetivos planteados.

La frecuencia de la tutoría varía según las necesidades y el momento en que se encuentre el tutorizado

La dinámica planteada, intenta tener una visión de “espiral en expansión”, en donde la idea principal es que el usuario/a vaya adquiriendo mayor autonomía, avanzando a mayor integración. A medida que los objetivos se van adquiriendo, se ajustan nuevos objetivos a alcanzar, de forma que el usuario/a mejore su independencia personal. Así, el trabajo como tutores, debe centrarse en una dinámica que implique cada vez, menor supervisión, lo que querrá decir que el usuario/a va progresando.

Desde el claustro de profesionales y dada la heterogeneidad interdisciplinaria, se solicita un plan de actuación tutorial, con la finalidad de tener unos procedimientos de actuación de cara a los usuarios y a los familiares.

2.7.4. Transferencias al núcleo familiar.

Podemos comentar que existen dos realidades muy diferenciadas, si se trata de un usuario/a y su familia o del usuario/a y su pareja, aunque existan puntos en común, el abordaje requiere de una actuación adaptada a cada caso.

Sorprende ante la sensación de pérdida de un proyecto familiar común, angustia, incertidumbre, preocupaciones inherentes al desconocimiento de la evolución del cuadro de TCE, falta de información, son los múltiples factores que se ponen en juego.

Los cambios observados posterior al TCE, muchas veces, producen patrones familiares descolocados, emociones desconocidas y sensación de extrañeza, al tener en frente a una persona, que no es la que estaban acostumbrados a ver en casa.

Las expectativas del núcleo familiar, pueden entrar en conflicto con las del propio familiar afectado por el TCE. Ello puede evolucionar en todo el proceso, cuando se aprenda a convivir, con la nueva percepción nueva que se tiene de la persona afectada.

En ésta primera fase, se puede colaborar para que los familiares logren validar sus sentimientos, empalizar con el afectado y lograr un foco de colaboración.

Otro factor común, es la **sensación de sobrecarga**, dada por la acumulación de nuevas responsabilidades en la familia, se sienten al límite de sus fuerzas, sienten que se les escapan de las manos, muchos factores que desconocían, llegando a angustiarse, por la percepción de las oportunidades perdidas de su familiar y en ocasiones pueden llegar a rendirse, ante los primeros obstáculos.

Muchas veces, por las múltiples secuelas del Traumatismo o daño cerebral, tienen que asumir el rol de “cuidador” y las viven como nuevos retos, a los que no estaban acostumbrados, como por ejemplo: tener que ser participes de la higiene personal de la persona afectada, ayudar a resolver situaciones de la vida cotidiana, que jamás se hubieran imaginado hacer. Por ello, deben recibir toda la información posible, como primera herramienta, orientación complementaria de los diversos profesionales y acompañamiento a la hora de incorporar las nuevas estrategias adaptativas de su familiar afectado.

Cuando se producen los cambios de los usuarios/as, progresos y retrocesos, también se producen reacciones en el grupo familiar. Es importante dar un espacio para que puedan manifestar sus ilusiones y desilusiones, nuevas expectativas, de alguna manera ajustarse y normalizar la apreciación del futuro.

Algunos familiares, suelen tomar distancia, no se implican en el PDP de su familiar, suelen centrarse en las dificultades, en las secuelas, en la gravedad de la lesión; boicotean la actuación de los profesionales y critican a otras familias que están en la misma situación. Es importante **leer el patrón de conducta, sin juzgarlos**. No han sabido sobrellevar la sobrecarga, la desesperación y han optado por claudicar.

Cada etapa del proceso se deberá ajustar, hacer las modificaciones oportunas, crear un nuevo significado, el cual no es fijo, ni estándar. Por ello, las transferencias de las habilidades adaptativas al grupo familiar, requiere de no perder de vista los objetivos planteados en el PDP.

3. Marco metodológico.

3.1. Justificación del diseño.

<u>Inicial</u>	<u>Núcleo del Desarrollo</u>	<u>Conclusiones y reflexiones.</u>
-----------------------	-------------------------------------	---

finalidad	Conocer el colectivo de personas TCE y daño cerebral.	Seguimiento de un caso asignado.	Elaboración de estrategias y conclusiones del proyecto.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> -Reflexionar sobre el colectivo de personas con TCE, sus características y potencialidades. -Conocer los procedimientos de entrada y seguimiento de un nuevo usuario al Centro. 	<ul style="list-style-type: none"> -Confeccionar y formalizar un Programa de desarrollo personalizado -Orientar las transferencias de aprendizaje al hogar. 	Reflexionar sobre el colectivo de personas con TCE, sus características y potencialidades.
desarrollo de actividades.	<p><u>Generalidades del TCE y daño cerebral.</u> <u>Secuelas del TCE:</u> dimensión física, cognitiva, afectiva, socio-familiar, etc. <u>Ideario del Espacio Trace.</u> <u>Modelo de intervención.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Procedimientos: - -Entrevista inicial, - -anamnesis pedagógica, - -planteamiento del PDP, - -hoja de seguimiento de - -objetivos, transferencias al hogar. -Oferta de servicios y programas. -Estrategias de afrontamiento y orientación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Registro de anamnesis de un caso. -Elaboración del PDP -Valoración de las competencias de las habilidades adaptativas del usuario. -Propuestas complementarias de intervención. -Protocolo de previsión de previsión de situaciones inquietantes para la familia. -Elaboración de estrategias concretas para facilitar a la familia, sobre el desarrollo de las habilidades adaptativas en el hogar. -Actitudes familiares erróneas y alternativas propuestas para modificarlas. -Reducción de la velocidad y procesamiento de la información en los afectados con TCE. -Falta de consciencia del déficit. -Dificultades en relación a las funciones ejecutivas. -Impulsividad y desinhibición. -Irritabilidad del TCE en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cuadro psinóptico de la evolución de una persona afectada por un TCE. -Conclusiones sobre los procedimientos utilizados. -Conclusiones sobre el abordaje del PDP. -Ventajas y dificultades en las transferencias de aprendizajes del usuario a su hogar. -Aportaciones personales del caso -Glosario especializado. -Bibliografía.

Instrumentos.	Entrevista a la Gerente del Centro. Buceo bibliográfico. Observación de registro de anamnesis. Observación de elaboración de PDP.	Anamnesis del caso asignado. Ejecución del PDP asignado. Observación de reunión de equipo interdisciplinario. Abordaje constructivo e interdisciplinario de la intervención. Observación de tutoría del caso. Elaboración de pautas y estrategias orientativas para la familia.	Cuadro psinóptico sobre la evolución de una persona afectada de TCE. Conclusiones parciales del proyecto. Conclusiones personales del caso asignado. Conclusiones finales
Presencialidad	<u>Actividades semipresenciales.</u> (observaciones y entrevista). <u>Actividades no presenciales.</u> Análisis del fondo documental.	<u>Actividad presencial</u> (seguimiento del caso) <u>Actividad no presencial:</u> Propuesta de orientación familiar.	<u>Actividad no presencial.</u> (Resumen de conclusiones)
Temporalidad.	12 horas aprox. (descriptas en el planning).	34 horas aprox. (descriptas en el planning)	7 horas aprox. (descriptas en el planning).

3.2. El planning de trabajo que he pactado es el que se destaca a continuación:

- **Análisis documental:** 6 horas.
 - o Lectura especializada: 4 horas.
 - o Visita a páginas webs: 2 horas.
- **Entrevistas a profesionales:** 2 horas
 - o Entrevista a la Gerente de Trace.
- **Observación en anamnesis:** 4 horas.
 - o Análisis de anamnesis: 1 hora.
 - o Observación no participativa de anamnesis: 3 horas.
- **Programación de PDP:** 4 horas.
 - o Análisis del PDP: 1 hora.
 - o Protocolos de seguimiento: 1 hora.
 - o Elaboración de PDP: 2 horas.
- **Reunión de equipo interdisciplinario:** 5 horas.
 - o 2 sesiones mensuales de reunión de equipo.
- **Observación en Tutorías:** 5 horas.

- Observación no participativa de tutoría: 1 hora.
- Observación de tutoría con usuario: 3 horas.
- Observación de reunión con familia: 1 hora.
- **Estudio de caso:** 20 horas.
 - Lectura y análisis del expediente: 2 horas.
 - Lectura y análisis de Entrevista social: 1 hora.
 - Anamnesis: 2 horas.
 - Planteamiento de PDP: 3 horas.
 - Tutoría con el usuario: 4 sesiones de 1 hora.
 - Seguimiento de actividades del usuario dentro del grupo: 2 sesiones de 1 hora.
 - Seguimiento de sesiones de logopedia y comunicación: 2 sesiones de 1 hora.
 - Utilización de SAAC (sistemas alternativos y aumentativos de comunicación) del usuario: 2 horas
 - Seguimiento de actividades del usuario extra-centro: 2 horas (tiempo libre, piscina, etc.)
- **Elaboración de estrategias de orientación a la familia:** 4 horas.
 - Análisis de transferencias de aprendizaje del usuario al hogar: 1:30 hora.
 - Descripción y registro de transferencias: 1:30 hora.
 - Formato de presentación de orientación a la familia: 1 hora.
- **Encuentro con la Tutora de práctica: reflexiones y conclusiones parciales:** 1 hora.
- **Elaboración de conclusiones y estadísticas del proyecto:** 2 horas.
 - Reflexiones personales: 1 hora.
 - Conclusiones finales: 1 hora.

4. Marco práctico.

4.1. Análisis del caso.

La madre del usuario, realiza un primer contacto vía telefónico, con la finalidad de solicitar información sobre el Centro y concertar una primera entrevista social.

Asiste a la entrevista con su esposo y su hijo. Acompaña la entrevista con informes médicos actualizados del Instituto Guttmann, que pone a disposición del entrevistador.

4.2. Perfil del Usuario.

Para proteger los datos confidenciales, lo denominaremos, **caso L.**

L., es un joven de 28 años, con estudios empresariales, muy emprendedor y especializado. Previo al accidente, había regresado de un viaje por Sudamérica, donde había realizado un postgrado en negocios con América Latina.

L. vive con sus padres. Tiene 3 hermanos y sobrinos, con los que tiene buena relación. Su núcleo de amigos lo visitan, pero no es muy a menudo.

El traumatismo craneoencefálico, lo tuvo a raíz de un accidente de tráfico. Las secuelas más evidentes, se centran en el área de la movilidad, hemiplejía del lado derecho y en el área de la comunicación, especialmente, en el habla, la lectoescritura.

Se ayuda para contactar con su entorno, con la expresión intensa de su mirada y expresiones faciales. Se añaden secuelas de atención, percepción y memorización de los aprendizajes.

Ha sido valorado por el Utac-Sirius³², con la intención de responder a la demanda de compensación comunicativa y favorecer estrategias de comunicación, a través de un sistema alternativo y aumentativo de comunicación (SAAC)

Realiza 5 horas de fisioterapia a la semana, 5 horas de logopedia y 2 horas semanales de neuropsicología.

En un primer momento, se priorizó, que el usuario pudiera acceder al ordenador, pues, podría ser un factor motivador y ágil, que favorecería la comunicación y la socialización. Dado que presenta dificultades a nivel motor, de señalización, se cree conveniente centrar la atención en las adaptaciones pertinentes para el acceso.

Para activar el acceso, se utiliza un sistema de barrido, el cual, lo va señalando con el dedo índice de la mano izquierda, la opción que requiere. Las ayudas técnicas se sitúan en: un ordenador portátil, un comunicador redondo y un brazo de soporte y diversas pantallas SAW.³³

Las respuestas para accionar el Saw fueron lentas, ajustadas al momento evolutivo del traumatismo, pero progresivas. En un principio, requiere de la tecla de anticipación para trabajar.

En el plazo de un año, aproximadamente, logra acceder directamente al teclado de su ordenador portátil.

En los procedimientos de evaluación e intervención directa, se observó que las capacidades de expresión y comprensión, se ven alteradas, propias de una persona que padece una afasia severa.

Paralelamente, se comenzó a introducir una libreta, con palabras de uso cotidiano, con la finalidad de soporte del interlocutor y del entorno próximo.

Logra reconocer nombres de personas de su entorno inmediato y contextos en donde se desenvuelve.

Para amplificar el contenido socio-comunicativo, se adjuntan en la libreta: mapas, planos de la disposición de su hogar, árbol genealógico, fotografías, recuerdos (tarjetas de viaje, etiquetas de cervezas, postales, rótulos,...), y una escala de valoración de 1 a 5, que facilitan la medición del grado de interés, inquietud, rechazo, etc., sobre los temas abordados; apoyándose también en el uso de los opuestos (motivador-desmotivador, alegre-triste, ...)

En su ordenador, se ha introducido programas que facilitan la posibilidad de dibujar, utilizar el parlador, un procesador de texto con voz, etc.

³² Unidad de técnicas aumentativas de comunicación. Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya.

³³ Saw. <http://www.ace-centre.org.uk>.

La generalización del SAAC requiere de refuerzo constante por parte del grupo familiar o entorno inmediato; adaptación a situaciones significativas para el usuario, captación del interés de aprendizajes nuevos. Una dificultad evidente, es que la afasia, interfiere en la espontaneidad de la praxis de las estrategias comunicativas.

4.3. Anamnesis.

A la anamnesis viene acompañado por su madre. Se muestra muy relajado y observador de toda la situación.

Se le pasa el protocolo de la Anamnesis, haciendo hincapié en las diferentes áreas adaptativas y en las expectativas del usuario.

L. necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, por sus problemas de movilidad. Se fatiga con facilidad.

No puede hablar, pero escribe y señala. Utiliza la comunicación facial, para expresar o afirmar situaciones. Su madre destaca una falta de iniciativa personal.

Se desplaza con una moto adaptada, en espacios abiertos y con un caminador en espacios cortos y bajo supervisión. Requiere de ayuda para comer y para ir al WC y vestirse.

L. es muy extrovertido y debido a ello, da la sensación de que comprende más, de lo que es en realidad.

Las ideas han de ser concretas y si se expresan por escrito con letras o dibujos mejor. Nos hemos de asegurar que entiende lo que se le explica, con tal de animarlo a participar. No presenta problemas de conducta, aunque sí alteraciones en los estados de ánimo. Le agrada Queen, dibujar en el ordenador y hablar de sus viajes.

L. presenta una **afasia global**, con predominio motor muy severa.

- **Comprensión:** La comprensión de L., está muy afectada, del que en principio puede parecer, ya que sabe compensar muy bien, sus déficit con un alto nivel de comprensión de gestos, de contexto y de palabras... Se ha acostumbrado a hacer como si lo entendiera todo, pero a menudo no es así, y se evidencia cuando intenta adivinar aquello que no entiende.

Comprende mejor las frases, que las palabras sueltas, pero no entiende las relaciones sintácticas.

Comprende mejor si le damos simultáneamente la información por escrito y oralmente, que si solamente se la damos por una sola de las vías.

Para mejorar su comprensión siempre es mejor hablar por turnos, que tenga un soporte escrito y ayudarlo a entender con gestos, esquemas y dibujos simples.

- **Expresión:** está muy limitada, tanto oral como por gestos, ya que a la afasia se le adjunta una apraxia muy importante, tanto ideomotora como ideatoria, así como una apraxia bucofonatoria muy severa, que le dificulta el lenguaje oral.

Ha recibido atención logopédica mediante la utilización de gestos más complejos, con la intención de generalizarlos, pero le cuesta mucho por iniciativa propia, para realizarlos en forma entendedora.

Señala objetos por iniciativa propia.

- **Oralidad:** es capaz de imitar algunos fonemas, pero le resulta difícil secuenciar una frase. Puede utilizar saludos convencionales.
- **Expresión escrita:** Es capaz de escribir palabras sueltas, para hacerse entender. Tiene facilidad para los nombres propios, datos temporales y sustantivos. El lenguaje escrito es lento, impreciso y requiere de ayuda, utilizando preguntas claves.
- **Lectura:** La lectura antes era más global y actualmente más analítica. Para mejorar su expresión, es importante utilizar preguntas de respuesta corta (si/no), dejar por escrito la conversación (con la intención de que pueda volver atrás en su discurso), darle opciones escritas de diferentes respuestas posibles, estimularlo a señalar.

Es importante destacar que L., tiene muchos y variados intereses (economía, astronomía, cocina, viajes,...) y que está muy motivado a cualquiera de éstos aprendizajes, pero cuando se le proponen intereses nuevos, presenta una falta de iniciativa muy marcada.

La motivación a nivel intelectual, hacen que aunque la lesión afecte de forma severa el lenguaje, vaya avanzando a nuevas adquisiciones, aunque sea muy lento.

- **Vestimenta:** al hablar sobre el tema, percibimos que lo desmerece, le da un valor secundario, por ello, es importante hacerle consciente de la importancia que tiene para su autonomía personal. Su madre, comenta que: "El nunca lo ha valorado mucho, sumado a ello, la apraxia a la hora de vestirse, le hace difícil y le cuesta más motivarse..."
Elige la ropa que usa, la combina y es una persona muy presumida.
Logra ponerse y quitarse la chaqueta. No puede atarse los cordones de las bambas. No ha probado subir y bajar la cremallera.
- **Hábitos alimenticios:** Utiliza la cuchara y el tenedor. No corta la carne. Le cuesta pinchar. Bebe solo. Tiene dificultades para masticar. Ha mejorado la deglución y el tragar la saliva.
Se sirve la comida y agua, por iniciativa propia. No utiliza cubiertos adaptados.
- **Higiene/ aspecto personal:** Colabora en las actividades. Ha aprendido a cepillar sus dientes y afeitarse solo, pero no lo puede practicar con regularidad en casa y por ello, no lo considera importante. Requiere ayuda para higienizarse. Su madre comenta que: "podría colaborar enjabonándose..."
Buen control de esfínteres.
- **Vida en el hogar:** No colabora en las actividades del hogar (por sus dificultades motrices, falta de tiempo, de espacio y de costumbre).
Por otra parte, es una persona ordenada y quiere tener control donde tiene cada uno de sus objetos.
- **Aspecto social:** Tiene dificultades en la resolución de conflictos derivados de las dificultades comunicativas, más que por su carácter. No suele buscar la relación con los otros. En pequeños grupos se mantiene al margen. Se muestra muy expectante y

observador. Está siempre acompañado por su grupo familiar, en especial por su madre.

- **Uso de la comunidad:** No utiliza los servicios de la comunidad. Requiere ir acompañado. No utiliza los transportes públicos, ni va a comprar solo.
- **Ocio y tiempo libre:** Antes practicaba waterpolo. Le agrada la música Pop, rock, clásica en especial, Wagner. A menudo va al cine, a ver exposiciones de fotografías y al teatro con su grupo familiar.
- **Autogobierno.** Intenta resolver situaciones por sí solo, pero no persevera mucho, al segundo intento fallido abandona la propuesta. No suele decidir entre dos opciones, suele decir que le es igual.
Su pensamiento es un poco inflexible. Puede seguir un horario. Presenta dificultades de memoria inmediata. Muchas veces se deprime por su situación y suele compararse como era antes y como es ahora.
Su carácter ha ganado en paciencia, continua siendo perfeccionista. (comenta su madre).

Temas de conversación.

- Familia: hijos, nietos, sobrinos...
- Amigos
- Datos personales.
- Religión y creencias.
- Cosas cotidianas que han pasado últimamente.
- Anécdotas.
- Sucesos.
- Temas médicos.
- Recuperación
- Fiestas y celebraciones.

- La casa
- Jardinería
- Bricolaje y reparaciones.

- Comidas y bebida.
- Recetas de cocina.
- Restaurantes

- Compras
- Dinero / economía doméstica.

- Escribir una carta o correo electrónico.
- Hablar por teléfono.

- Deportes

- Personajes famosos.
- Televisión
- Radio
- DVD / Vídeo

- Música
- Instrumentos musicales
- Cantantes /grupos de música.
- Conciertos

- Cinema
- Actores i actrices

- Teatro
- Salud
- Cuerpo humano

- Descripciones de personas y carácter.

- Educación / aprendizajes / formación.
 - Expresar sentimientos: estar de acuerdo, sorpresa, disgusto, solicitar alguna cosa...

 - Informática
 - Fotografía: mirar / hacer fotos.

 - Excursiones
 - Paseos
 - Viajes
 - Países / mapas

 - Coches
 - Movilidad asistida: silla de rueda...

 - Aficiones: _____
-

- Juegos
- Ropa
- Peluquería

- Faena
- Libros
- Escritores
- Higiene personal
- Información afasia

- Astrología

- Arte / Dibujos
- Meteorología

- Política

- Humor / chistes
- Tecnología

5. Propuesta de actuación.

5.1.Elaboración de PDP.

Se diseña a partir de las informaciones suministradas en la entrevista social, en la anamnesis y en la observación directa del usuario en el grupo.

Se priorizan 3 objetivos, los cuales, en bloque, se diseñarán estrategias para complementar en el hogar.

PROGRAMA DE DESARROLLO PERSONAL:

Referencia N° 000

Usuario/a: L

Tutor/a: M

Fecha de planificación: mayo /05

Fecha de reunión con la familia: junio/05

Fecha de valuación: setiembre/05

	Comunicación	Cuidado personal	Autogobierno
Objetivos	Será capaz de explicar el contenido de las actividades y transferir notas escritas a casa con el soporte de una herramienta electrónica (Palm)		
Necesidades adaptativas y capacidades (Anamnesis y observación)	Afasia motora y sensitiva. Necesita de soporte escrito para comunicarse casi siempre. Durante el discurso hablado entiende solo lo que está dentro de la contextualización del aquí y ahora. Poca capacidad de abstracción.	Gran interés por hacer cosas de la manera más autónoma posible, aunque a veces se ve limitado, debido a su grado de discapacidad.	Sabe expresar elecciones, seguir los horarios y buscar ayuda cuando la requiere.
Expectativas (usuario/familia)	Que se comunique, que manifieste sus necesidades.		
Principales funciones cognitivas prioritarias (test Barcelona i Plon)	Informe complementario suministrado por el servicio de logopedia.		
Pauta metodológica.	Usar la Palm para poder establecer comunicaciones con la familia.		
	Habilidades sociales.	Salud y seguridad	Habilidades en el hogar
Objetivos			
Necesidades adaptativas y capacidades (Anamnesis y observación)	Muestra un comportamiento adecuado y recibe o responde a las claves o pistas de situaciones pertinentes.	Identifica los peligros, enfermedades, aunque le cuesta más si éstas están descontextualizadas.	Tiene un bajo grado de implicación en el hogar dado sus dificultades motrices. Utiliza internet (herramienta que comienza a dominar) para ayudar en determinadas actividades como la compra.
Expectativas (usuario/familia)			

Principales funciones cognitivas prioritarias (test Barcelona i Plon)			
Pauta metodológica.			

	Ocio y tiempo libre	Úso de la comunidad	Habilidades académicas funcionales.	Habilidades laborales.
Objetivos			Será capaz de señalar palabras claves en un texto, señalar la información necesaria (vía internet, utilizando lector de texto).	Identifica las monedas y billetes, pero desconoce el valor. Será capaz de diseñar formatos alternativos y de temas específicos (en el hogar).
Necesidades adaptativas y capacidades (Anamnesis y observación)	Disfruta de las nuevas tecnología informáticas. Le agrada ir al cine, teatro y conocer técnicas novedosas.	Se desplaza desde casa a TRACE de forma autónoma, con ayuda de una moto eléctrica, Tiene un comportamiento adecuado en la comunidad.	Debido a la afasia tiene alterada la comprensión y expresión. Le atraen la información del entorno físico y aspectos de geografía.	Finaliza las tareas y se responsabiliza de las actividades pendientes Creemos importante el uso de la agenda electrónica.
Expectativas (usuario/familia)	Aumentar sus actividades de ocio.			
Principales funciones cognitivas prioritarias (test Barcelona i Plon)				
Pauta metodológica.				Aprender el uso de la Palm, utilizándola en TRACE y haciéndola extensible al hogar.

OBSERVACIONES :

El usuario asistirá al Centro 2 tardes a la semana. Se señala la importancia de compartir con un grupo heterogéneo. Participará en las siguientes actividades: fórum, interculturalidad, tribus urbanas.

HOJA DE SEGUIMIENTO PDP: L

OBJETIVOS		PAUTA METODOLÓGICA
Será capaz de señalar la palabra clave en un texto, y la información necesaria (vía internet, utilizando lector de textos).	Estrategias a utilizar: 1. Darle un texto de soporte, para que pueda buscar palabras claves sobre un tema. (Es importante que la señale con un rotulador de color). 2. Una vez señalada que la busque en internet (google) y que seleccione los diferentes enlaces, aquellos que ofrecen la mejor información. 3. Lectura de texto con el parlador del ordenador. Para leer los textos ha de utilizar el lector como un soporte para la comprensión de texto. 4. Utilizar la ayuda del ratón adaptado. 5. Si la información es correcta, la ha de procesar y guardar en su carpeta. 6. Esta información la debe compartir con su grupo de compañeros, en diferentes actividades: forum, salud, interculturalidad, ... 7. Reconocimientos de las monedas y billetes, utilizando el soporte del color, tamaño. 8. Representar numéricamente un precio expresado con euros y céntimos de euros. 9. Dar el importe exacto del valor en euro. Saber que cambio le debemos devolver cuando el importe no es exacto. 10. Asignar el valor a un producto. 11. Hacer la lista de la compra. Hacer pequeños encargos para gestionar el dinero. 12. Utilizar juegos de autocorrección en el ordenador con el uso de euro. 13. Llevar una tabla de contabilidad, con sus gastos personales, recibos (luz, gas, teléfono...). 14. Buscar precios de diferentes productos. Buscar las rebajas correspondientes al producto. 15. Hacer una compra por internet.	
Será capaz de explicar el contenido de las actividades y transferir notas escritas a casa con el soporte de una herramienta electrónica (Palm)		
Identifica las monedas y billetes, pero desconoce el valor. Será capaz de diseñar formatos alternativos y de temas específicos (en el hogar).		
FECHA	SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS.	

5.2. Propuesta de tutorización.

Como he comentado anteriormente, surge por parte de los profesionales que llevan el caso L., la necesidad de criterios comunes en la tutorización del usuario. De allí la necesidad de hacer una propuesta de tutorización, que pueda servir para los diferentes momentos evolutivos del usuario.

El plan de acción tutorial es el marco en el que se especifican los criterios y procedimientos para la organización y funcionamiento de las tutorías, así como las líneas de actuación del usuario/a.

En primer lugar, se establecen los objetivos, para posteriormente y en función de los mismos ir planificando diferentes actividades que permitieran lograr estos objetivos.

Las acciones realizadas, permitirán hacer ajustes y modificaciones, con el fin de mejorarlo y que sirva de punto de partida para darle una continuidad.

Objetivos específicos del tutor con los usuarios/as:

1. Realizar un seguimiento individual del usuario/a.
2. Observar los aprendizajes de los usuarios/as, como aprenden mejor, para utilizar estrategias de intervención pedagógica que mejoren sus adquisiciones.
3. Conocer los rasgos característicos de los usuarios/as, sus repercusiones educativas.
4. Promover actividades que fomenten la convivencia y la inclusión grupal.
5. Dinamizar las sesiones que se vayan a realizar con el grupo, de tal manera que las actividades programadas tengan la mayor efectividad posible.
6. Reflexionar sobre las normas de convivencia del Centro, que implique la aceptación de las mismas por parte de todos y conduzca a unas actitudes y comportamientos correctos.
7. Hacer un seguimiento de la acción tutorial que mejore las acciones emprendidas y pueda subsanar los posibles errores cometidos a lo largo del proceso.
8. Controlar las asistencia a Trace y su posterior justificación.
9. Desarrollar las actividades establecidas dentro de Acción Tutorial.

Objetivos específicos del tutor con los padres

1. Intercambiar información sobre sus familiares afectados y su proceso en Trace.
 - o El tutor/ra debe proporcionar a los familiares una serie de datos relativos a:
 - El rendimiento general.
 - Las dificultades de aprendizaje observadas.
 - Las medidas adoptadas por el Centro.
 - Los hábitos de trabajo y estudio.
 - La actitud ante la actividad.
 - Las posibilidades de adquirir los objetivos planteados en el PDP.
 - Las actitudes y comportamientos.
 - El proceso de inclusión y participación en la dinámica de Trace.
 - Las ausencias a Trace.

- Etc.
- El tutor debe recabar de los padres una serie de datos relativos a:
 - Los problemas detectados en su ámbito familiar.
 - Las anomalías de cualquier tipo que puedan incidir en el proceso de aprendizaje.
 - Todo tipo de datos que se estimen importantes para completar, contrastar y profundizar los que ya se tengan del usuario/a.
- 2. Lograr una coherencia educativa entre familia y el Centro, unificando criterios, colaborando y asumiendo unas mismas líneas de actuación, de tal manera que el usuario/a no reciba mensajes contradictorios y desorientadores.
- 3. Implicar a los familiares en las habilidades adaptativas de sus hijos.
- 4. Asesorarles sobre temas concretos como pueden ser los relacionados con la sanidad, la higiene, la drogodependencias, el alcoholismo, el tabaquismo, etc, que pueden cristalizar en planes de actuación adecuados.

Con los usuarios/as:

- **Al ingreso:**
 - **Sesión de acogida.** (Presentación del tutor, de los usuarios, horarios, profesionales que participan en las actividades, características de las actividades, actividades complementarias, etc). .
 - Conocimiento y familiarización de los espacios y dependencias del centro.
 - Elaboración de una carpeta de tutoría con las fichas individuales de cada usuario/a
 - Comentario de las normas de convivencia en el Centro (tabaco, llamadas telefónicas, etc).
 - Proceso de elaboración y organización de un buen plan de trabajo individual.
 - Entrevistas individuales y/o en pequeño grupo.
 - Una de reflexión individual, otra de aportación de información y una final de consenso de lo que acuerda que se aportará en la sesión de evaluación a los profesionales).

Con los padres:

- Primer contacto con los padres. En octubre se realizarán las reuniones con las familias .
- Información sobre horarios, profesores, actividades.
- El funcionamiento del Centro. Las normas de régimen interno y las obligaciones que comportan.
- Las funciones del tutor y las entrevistas individuales.
- Las obligaciones familiares y su implicación en el proceso formativo de su hijo.
- La necesidad de cooperación y coherencia entre padres y profesionales.
- La evaluación del proceso educativo. La necesidad de dar y recibir información sobre sus familiares.

Registro de tutoría.³⁴

Fecha <input type="text"/>	Motivo o tema *
Usuario <input type="text"/>	Desarrollo. * *
Tutor/a <input type="text"/>	Acuerdos /compromisos * * *
Observaciones <input type="text"/>	Nuevas informaciones. * * *
	Seguimiento. * *

5.3. Evaluación del plan de actividades.

La evaluación de este plan se irá realizando a lo largo del proceso de aplicación del plan.

Los aspectos a tener en cuenta en la evaluación serán:

1. Nivel de consecución de los objetivos.
2. Actividades realizadas. Las planificadas y no realizadas. Las incorporadas en el proceso.
3. Eficacia de las actividades en función del usuario/a.
4. Grado de implicación de los tres sectores mencionados anteriormente (usuario/familia/profesional). Cambios operados en el centro.
5. Necesidad o no de rectificación de la acción.

Los instrumentos que se utilizarán serán eminentemente cualitativos en base a observación, entrevistas y cuestionarios abiertos.

³⁴ Ficha de registro de autorización, Barcelona, 2005.

5.4. Transferencia a la familia:

La familia puede colaborar fortaleciendo espacios tolerantes y relajados en el hogar, ello implica, procurar siempre una forma de comunicación en donde no se ridiculice, ni subestime, ni critique las dificultades para expresarse. Debe evitarse que L., se automargine de su entorno, por causa de sus dificultades y se acomode a situaciones de contenido sobreprotector.

Una actitud negativa de la familia puede entorpecer la evolución programada en el PDP del usuario. Aceptar los pequeños logros, incentivar a salir adelante ante las dificultades, recaídas, aprender de los errores, fomenta una actitud animosa y responsable en todo el proceso.

Es importante que tanto los integrantes del grupo familiar, como los amigos y conocidos de L., conozcan lo sucedido, ello facilitará que cuando estén en frente a L., se comporten en forma natural, sin miedo a decir algo que esté fuera de lugar. Han de lograr pasar las primeras fases de interrogantes sobre el traumatismo craneoencefálico y daño cerebral, como así también de la afasia. De allí la necesidad de información clara, concisa y resolutive, en todo el proceso de actuación. Seguramente, les ayudará a acomodar sus expectativas en relación directa con los progresos de L. No se le debe exigir a L., algo para lo que aún no se encuentra preparado, en su etapa evolutiva del daño cerebral. Se debe tener muy presente los objetivos enunciados y no pretender incorporar otros, sin haberlos alcanzados. Si se tuviera que hacer algún ajuste, o se viera un progreso muy eminente, la tutora será la persona de modificarlos y comentarlos a la familia.

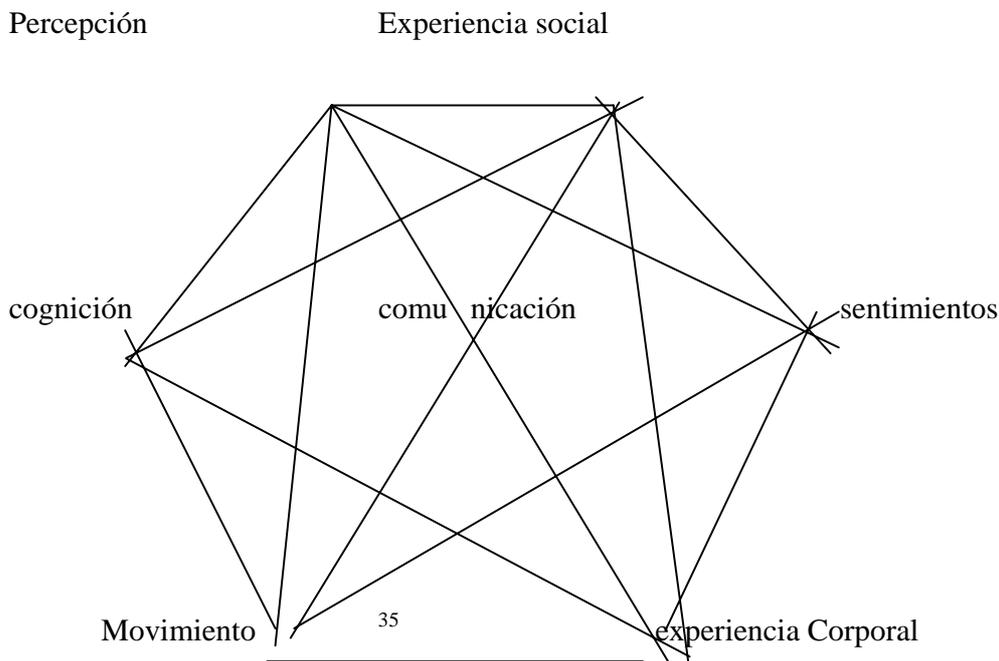
No es conveniente plantear metas a largo plazo, por el contrario, estaría bien hacer consciente a la familia, de que hay que seguir un camino, una línea de actuación, con metas asequibles, concisas, adecuadas, con el fin de que L., no experimente sentimientos de fracaso. El convivir con la situación real, es la base fundamental para alcanzar la meta deseada.

Con respecto a la secuela de la afasia, producto del TCE, no es un signo de incompetencia mental, ni de infantilismo.

No se le debe recordar, como hablaba antes, que bien se expresaba, que vocabulario tenía, que modos comunicativo presentaba, porque sería ponerlo en evidencia y marcar la diferencia con el aquí y ahora. Los temas de conversación deben ser abordados en forma adulta. No se le debe interrumpir constantemente cuando habla, sobre-interpretar lo que está diciendo, obligarlo a hablar cuando no desea hablar, forzar situaciones socio-comunicativas cuando no se siente preparado para asumirlas. Se debe buscar que se exprese por sí mismo, ya que si la experiencia de comunicarse, la percibe como desagradable, dejará de intentarlo. Hay que proporcionarle a L., todas las oportunidades de escuchar hablar: la radio, la televisión, el cine, ... sin dejar de mantener contacto directo con su núcleo de amigos, vecinos, compañeros de trabajo. En éste caso, se observa que se han apartado amigos/as de su entorno. Tal vez, sea el momento de plantearse ampliar el círculo de amigos.

Se propone prestar mucha atención al lenguaje corporal del interlocutor: expresiones y gestos en el rostro, movimientos bruscos, etc., como así también evitar ambientes en que haya mucho ruido, con luminosidad excesiva o insuficientes y obstáculos físicos, que impidan una comunicación fluida (sillas de diferentes alturas, gafas de sol...) ya que pueden descifrar intencionalidad en L.

L., tendrá que aprender a gestionar su vida, para sentirse libre y vencer el corte transversal que según manifiesta ha cambiado su vida. Comenzar a aprender de las tensiones, las crisis, las situaciones de pérdida, le darán la fuerza que requiere para la superación. L., a menudo se fatiga con facilidad, presenta dificultades de atención y centración, pierde interés por las personas de su entorno inmediato, se irrita con facilidad cuando no le comprenden. Por ello, los familiares deben tener paciencia, acompañarlo y darle el tiempo que se merece para comunicarse, pues la suma de el stress emocional, la fatiga y la depresión son factores que bloquean cualquier PDP. Hay que tener previsión sobre éste tema, ya que L., puede tener alguna tendencia en este aspecto. Si ocurriera se tendría que reconducir el caso, con la orientación psicológica. Con respecto a las dificultades motrices de L., fruto de su hemiplejía derecha, se debe intentar compensar sus capacidades manipulativas (cortar utilizando cubiertos adaptados, saludar, peinarse, escribir, afeitarse, prepararse un bocadillo, usar el microondas, ...) utilizando la otra mano. En este caso, la ayuda del fisioterapeuta y del terapeuta ocupacional, puede ser clave para poner los puntos específicos en la materia.



Ésta figura nos puede ayudar a entender más comprender la globalidad de la intervención y todos los aspectos que se ponen en juego e interactúan entre sí.

³⁵ Figura extraída del Curso de estimulación basal. Barcelona. 1999.

Por la información que hemos tenido acceso, l., una persona que está muy acostumbrada a trabajar a nivel de sesiones individuales (logopedia, fisioterapia, equinoterapia...) en donde pone mucho esfuerzo y empeño y según los informes valorativos, le cuesta relacionarse en grupo pequeños, por las dificultades de comunicación.

Entendemos que la competencia socio-comunicativa es crucial en los resultados de la integración de la persona. “La comunicación es un concepto genérico, que recoge todo que se señala y se recibe” (permite la creación de la propia identidad, expresar estados de ánimo, establecer relaciones, hacer demandas, transmitir conocimientos...) ³⁶

La comunicación en grupo requiere: ³⁷

- motivación e iniciativa.
- Percepción social y emocional
- Reconocimiento de las necesidades informativas del interlocutor.
- Reconocimiento del contexto para poder ajustarla.
- Enfrentarse a estímulos y respuestas múltiples en tiempo real.
- Recordar la información.
- Interpretación del lenguaje indirecto.
- Planificación.

La intención del abordaje de la comunicación, se sitúa en el desarrollo de las habilidades pragmáticas a través del uso del comunicador. La comunicación en contextos reales, conjuntamente con la participación en grupos heterogéneos, beneficiarán las estrategias de comunicación de L. Ello se puede hacer extensible al hogar, ya que existe mucha complicidad entre los familiares de L, y a menudo suelen protegerlo e interpretar lo que le dice, sin solicitarle que utilice el comunicador diseñado en Utac. ³⁸

6. Estrategias para compensar las habilidades adaptativas de una persona con TCE en su núcleo familiar

1. Mirar que las responsabilidades en el hogar o tareas conjuntas con otros integrantes del grupo familiar, tengan atractivo, sean operativas y se vea un producto final.

2. Descomponer la faena en diferentes fases, con la finalidad de planificar la acción, saber cuando comienza, que requiere y cuando finaliza la misma.

³⁶ Idem anterior.

³⁷ Babeu M, Roig, T. La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar: blocs 11. Barcelona. Fundación Institut Guttmann, 1999.

³⁸ Unidad de técnicas aumentativas de comunicación. Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya.

- **Preparación de alimentos** (nivel de atención, planificación y secuenciación):³⁹

L., será capaz de seguir cinco instrucciones escritas, en un orden adecuado, para preparar una comida fría con no más de tres ayudas para la corrección de la tarea. Progresivamente, se ajustarán las instrucciones para que pueda generalizarlas.

L., podrá ir de compra al supermercado del barrio, previamente, deberá hacer una lista de compra, apuntar los productos de consumo diariamente, la cantidad, etc.

Introducir a L, en el uso del microondas, ofreciéndole pautas sencillas de su uso.

3. Dar una respuesta inmediata, de manera concreta y sin crítica.
4. Repetir la tarea o responsabilidad tantas veces sea necesaria, hasta que la logre realizar en forma espontánea y logre valorar el grado de autonomía que está adquiriendo.
 - **Cuidado de la ropa:** ⁴⁰si bien L., es una persona muy presumida, que combina bien la ropa, pero le da un valor secundario a su autonomía en el vestido. Por ello, creemos que es conveniente, facilitarle un grado de mayor implicación en el cuidado de su ropa (nivel de atención, memoria, secuenciación y resolución de conflictos). L., tendrá que demostrar su capacidad para el cuidado de su ropa (coger, doblar y colgar) cuando sea entrenado con menos de dos ayudas, para completar la actividad en presencia de distractores externos moderados en el entorno. Otra actividad propuesta será la de agrupar la ropa sucia y llevarla al cubo para luego hacer la colada.

5. Competencias sociales: Desarrollo de **habilidades sociales y empatía**.⁴¹

³⁹ Guía práctica de terapia ocupacional para adultos con traumatismo craneoencefálico. Adaptación al castellano de la publicación titulada originalmente. Mary Vining Radomski, MA, OTR. Copyright 1997 by the American Occupational Therapy Association, Inc.

⁴⁰ Idem anterior.

⁴¹ Programa de habilidades sociales para mejorar la convivencia. Fernández Gálvez, Juan de Dios & Ramírez Castillo, M^a Aurelia, Universidad de Granada, 2002.

- Si viene un invitado a casa o amigo/a, establecer un ritual de saludos y despedidas, potenciarle pautas de comunicación, como así también, ofrecer unas características generales de la persona que realiza la visita, para habilitar el recuerdo. Se puede comentar una anécdota, mostrar fotos, hacer alusiones a encuentros, etc., para ayudar a la persona TCE a orientarse y que identifique a la persona.
- Muchas son las emociones que surgen cuando se desarrollan las habilidades socio-emocionales. Tener en cuenta, que las emociones, nos brindan un espectro pluridimensional, en el que se ponen en juego: autorregulación de las conductas, organización de la acción, influyen activamente en el pensamiento y la memoria, informan e identifican las necesidades, las valoraciones propias que constituyen un foco a priorizar en el hogar. En este punto se tendría que observar la importancia de **atender, empatizar y valorar emociones.**

6. Problemas de atención y fatiga,⁴² es una de los elementos que se han destacado en la entrevista social. Se orienta a la familia a:

- Descansar entre las actividades. Hacer pausas en el transcurso de la actividad.
- Proponer tareas más complejas en aquellos momentos en que se está más descansado.
- Cambiar con frecuencia las tareas, para reducir la cantidad de información que ha de ser procesada o la velocidad en que se presenta.
- Dar un refuerzo verbal y gestual, para ayudar a la persona a reconducir y refocalizar la situación.
- Evitar las prisas y el estrés.
- Realizar relajaciones y visualizaciones. Intentar regular la relajación muscular.

7. Falta de iniciativa: Se a subrayado en varias ocasiones en la anamnesis por parte de la familia.

- Facilitar la orientación, colocando rótulos o señaladotes en las puertas (por ejemplo: si el wc está ocupado), situar elementos significativos de fácil alcance (por ejemplo: calendario, carteles, programación del día)
- Dividir las tareas en componentes.
- Utilizar el refuerzo y la ayuda si fuera necesario.

⁴² Babeu M, Roig, T. La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar: blocs 11. Barcelona. Dación Institut Giuttmann, 1999.

- Uso de ayudas externas.
- Maximizar la motivación. **Manejo del hogar** (rol personal y utilización de su tiempo). L., utilizará de manera independiente el uso de la planificación diaria y semanal a través de registros (en conjunto con un plan diario) para pagar sus cuentas pendientes a tiempo (cuentas de internet, salidas de fin de semana, etc.).
- Agudizarle la capacidad de observación.
- Registrar o grabar las tareas realizadas, con la finalidad de valorarlas y extraer dificultades surgidas

8. Comportamientos provocadores en el hogar: No se detectan que sean conductas intencionadas, sino más bien, producto del daño cerebral. En el caso de L., se siente inseguro, confuso por lo que le ha sucedido, lo que provoca reacciones en el hogar. Busca consuelo, seguridad y familiaridad. En éste caso, se observan **dificultades de reconocimiento de personas de su entorno**.

- Enseñarle fotos, objetos, ponerle música que le ayuden a evocar.
- Ofrecerle correcciones y sugerencias (concretar fechas, lugares, situaciones), pero sin que parezca que se le está llamando la atención.

Concretando, la familia puede colaborar de muchas formas y si bien no existen recetas que respondan a todos los usuarios/as por igual, sí se puede facilitar un decálogo de orientaciones iniciales, muy sencillas, que se orienta a consultarlas de tanto en tanto, con tal de no perder el hilo constructor del proceso que inicia la familiar.

- Es importante **que realice todo lo que pueda hacer, autónomamente**. Si hubiera actividades en las que requiere un soporte físico, verbal, ..acompañarlo puntualmente, guiándole las manos, proponiendo soportes. Reflexión: “No es saludable la sobreprotección, ni la sobresaturación”.
- **Realizar preguntas inductoras o esquemas, que faciliten la construcción del pensamiento**. Reflexión: “Es oportuno ayudar a la construcción de hipótesis”.
- **Tener en forma accesible, el soporte que requiere**: la plantilla de comunicación SAAC, los cubiertos adaptados, el ordenador portátil, una pizarra, la agenda, etc. Reflexión: “Los soportes físicos ayudan a convivir y hacer las situaciones cotidianas más sencillas a las personas con TCE y no para remarcar las diferencias”.

- **Estimular a que tenga una buena posición corporal en la medida de lo posible.** Muchas veces, los usuarios/as suelen acostumbrarse a posturas que no benefician su comunicación ni su socialización. Reflexión: “recordemos que una posición adecuada, relajada, cómoda, amplía el espectro de interacción con los otros”.

- **Fomentar la calidad sobre la cantidad en el contacto y ofertas perceptuales.** Ello le abrirá al usuario un amplio abanico de posibilidades. Reflexión: El respeto por sus intereses, preferencias, iniciativas, ofrece calidad en el intercambio, crea un vínculo más fuerte y motivador.

- **Dar responsabilidades en el hogar adecuadas a sus potencialidades en forma progresiva.** Hacer la lista de la compra, poner la mesa, servir el agua, llevar la ropa sucia a la lavadora, regar las plantas, apuntar los recibos domésticos, grabar una película, son algunos de los múltiples ejemplos que se pueden desarrollar en el hogar. Reflexión: Eres una persona útil y éstas responsabilidades te ayudarán a tener mayor autonomía.

- **Reconocer y reforzar las adquisiciones.** Reflexión: sumar pequeños logros fortalece el camino de la convivencia.

- **La orientación en el hogar es fundamental.** Muchos usuarios/as presentan dificultades de memoria. Por ello, es conveniente, tener espacios para hacer esquemas orientativos, notas del día a día, etc. Reflexión: Recuperar su espacio vital ayuda a hacerlo propio, a ganar el espacio perdido en la memoria.

- **La orientación temporal es otro de los engranajes que no se debe olvidar.** Asociar las actividades a los días de la semana, anticipar, repasar lo que se hará en el día correspondiente, pueden reforzar la orientación. Reflexión: Hacer el día a día una situación placentera, potenciadora y no angustiante.

- **Generar nuevos retos.** Cuando las metas se van cumpliendo, se deben fomentar la adquisición nuevos aprendizajes, pero sin olvidar los anteriores. Reflexión: Los nuevos retos refuerzan la autoestima.

6.1. Indicadores de progreso

	Indicadores	Conseguido	No logrado	No iniciado	Observaciones e incidentes.
1	L. comenta una anécdota, un suceso..., utilizando la herramienta electrónica Palm.				
2	transfiere notas escritas a casa con el soporte de la agenda electrónica.				
3	señala palabras claves en un texto, utilizando el programa lector de texto.				
4	Realiza la lista de la compra de la semana.				
5	Se prepara un bocadillo para la merienda.				
6	Separa la ropa sucia para la colada.				
7	Apunta sus gastos semanales.				
8	Respetar el turno en la conversación familiar.				
9	Colabora para poner la mesa.				
10	Se enjabona solo.				
11	Guarda la ropa en el armario.				
12	Autocorrección de errores.				

* **Consigna familiar.** Cada uno de éstos indicadores responde a una habilidad adaptativa. Para valorar los progresos, es importante apuntar, si se han realizado, si se han podido generalizar y cuales han sido las incidencias, los obstáculos, en el caso de que no se ha logrado. Ello permitirá hacer los ajustes oportunos.

6.2. Reflexiones personales.

Sin duda son muchas las reflexiones que han dado vuelta por mi cabeza. Algunas han sido inducidas por la observación, otras han surgido a raíz de la indagación bibliográfica y revisión de artículos de periódicos que tratan el tema del TCE y daño cerebral. A modo de resumen, expondré algunas de ellas.

“Considero que es muy importante escuchar a la persona que se tiene en frente. En este caso, me ha llamado mucho la atención como se marcaban los tiempos, por parte del entrevistador, para avanzar en la anamnesis, ya que son 10 áreas a indagar y ello implica tener en claro las preguntas a realizar, como modificar las preguntas a un lenguaje más ameno, más juvenil para captar la atención del usuario”.⁴³

“Por otro lado, me ha interesado el respeto con el que se ha preguntado, dando la posibilidad de que si la persona afectada, no se siente en condiciones de responder, que lo manifestara”.⁴⁴

“Hablamos con el entrevistador, al final de la reunión, sobre la transición que viven usuarios/as que pasan de centros o hospitales (donde están protegidos y realizan actividades muy dirigidas a la estimulación neuropsicológica).

Muchas veces, arriban a los objetivos y se los deriva a Centros como Trace, en donde se trabaja en grupos, temas de interés de los usuarios/as, para estimular la autoestima, las habilidades sociales, etc., pero que requieren indiscutiblemente un abordaje grupal. De alguna manera, ese cambio lo viven como una readaptación, piensan que no es productivo, que no facilitará la integración en los contextos en donde se desenvolvían.

Este proceso requiere del seguimiento por parte del tutor que se le asigna, ya que en algunas ocasiones suelen caer en la apatía generalizada, la desmotivación”.⁴⁵

“Este Centro apuesta por las “transferencias de los aprendizajes al hogar”. Uno de los objetivos que aparecen reflejados en los PDP de los usuarios/as, está destinado a compartir con el hogar, situaciones de aprendizaje sencillas, cotidianas. Ello, progresivamente, fortalece la autoestima de la persona afectada de un TCE”.⁴⁶

“En un momento en que está reunido el grupo al completo, uno de los usuarios, comenta: “ que luego del accidente de moto, que tuvo hace dos años, nunca había vuelto a sacar una foto, porque se sentía diferente, como si no fuera él”. Algunos de los usuarios asiente con la cabeza, sumándose a ese comentario”.

“Pienso que en la cotidianidad de las actividades como por ejemplo: fotografía, cocina, huerto y jardín, está la posibilidad de que los usuarios, se puedan acercar con mayor facilidad, a las actividades de la vida diaria.”⁴⁷

“**No podemos ponernos el casco por tí**”. Bajo ese lema, la Dirección General de Tráfico inicia el día 16 de mayo, una campaña para concienciar a los conductores de motocicletas y

⁴³ Reflexión diario de prácticas, Trace, 2005.

⁴⁴ Idem anterior.

⁴⁵ Idem anterior.

⁴⁶ Idem anterior.

⁴⁷ Idem anterior.

ciclomotores de la importancia de llevar la protección adecuada; una protección que reduce las muertes en un tercio y evita dos de cada tres lesiones cerebrales.⁴⁸

7. Conclusiones.

Como hemos podido ver a lo largo del análisis documental y el estudio del caso, cuando hablamos de personas TCE y daño cerebral, nos encontramos frente a un contexto multifactorial. De allí, la importancia que los servicios sean polivalentes, que orienten, tengan una visión global de la diversificación de los contenidos y garanticen la continuidad del servicio.

El modelo ofrecido en el Espai TRACE, tiende a respetar la realidad biopsicosocial de la persona afectada y responder a las necesidades expresas por el núcleo familiar. Es un proyecto integral, ya que promueve la autonomía y su permanencia en la comunidad; respaldándose en el objetivo marcado por el Centro, en el que se pretende buscar el máximo de **calidad de vida** de la persona afectada. Cuando en el planteamiento, se sitúa en la cronicidad del TCE y daño cerebral, el concepto se profundiza, haciendo hincapié en la consecución de habilidades adaptativas e integración social (prevención de exclusión social, promoción de aspectos personales y sociales de la persona afectada, en su entorno).

He podido observar que se extiende una red interdisciplinaria en el Centro, la práctica basada en el intercambio, la comunicación y en el papel de dar respuesta al conjunto de necesidades de los usuarios/as.

Para promover las estrategias de compensación de las habilidades adaptativas de una persona con TCE en su hogar es relevante tener en cuenta a la hora de planificar: a la persona, la actividad y el entorno.

En cuanto a la persona: Promover las habilidades que conserva (inquietudes, potencialidades, intereses), saber cuales son las cosas que disfruta y cuales le irritan y el momento más idóneo para llevar las habilidades a término.

En cuanto a la actividad: se deben mirar que sean susceptibles de adaptarse, ajustarse a nuevos requerimientos, que le refuercen y le hagan sentir útil, que sean adecuadas para su progreso evolutivo.

En cuanto al entorno: Mirar siempre de planificar actividades seguras, que no generen situaciones peligrosas (por ej: dejar la comida en el fuego...) y que se utilicen objetos claramente identificables (que no espanten o le confundan).

En el caso de L., se ha podido observar todos los procedimientos para poder llevar a cabo la programación del PDP, se han planteado objetivos y plazos de intervención. El seguimiento y ajuste de los objetivos, son los elementos más significativos en el proceso.

⁴⁸ Campaña de divulgación. Dirección general de tráfico, 2005.

Considero que cuando se llevan a la práctica los indicadores de progreso, se puede focalizar más profundamente, la compensación de las estrategias en el ámbito familiar. Nos da una visión de cómo se desenvuelve en casa y que tipo de pautas requieren los integrantes de la familia para activar los indicadores.

Entendemos que la familia, es parte del problema y también parte de la solución. El impacto se ve reflejado en las secuelas del TCE, como afrontar el día a día.⁴⁹ En la observación directa de L., nos hemos encontrado que muchas veces, la familia se posiciona en posturas protectoras y expectativas no realistas, las que sería adecuado abordarlas, con el consentimiento de la familia, en grupos de terapia familiar.

Para finalizar, no debemos olvidar el papel que realiza la figura del psicopedagogo. El proceso de la intervención está basado en un referente constructivista, un modelo de orientación y intervención colaborativo.

El psicopedagogo favorece la colaboración entre todos los agentes que intervienen en el proceso y promueve las relaciones entre los diferentes subsistemas del Centro que nos ocupa; situando la actuación de la intervención en el **triángulo interactivo**:⁵⁰ usuario/contenido/tutor, desde el tratamiento del contexto en que se produce esta interacción. Se pretende dar soluciones sencillas siempre que sean posible.

8. Bibliografía

- Projecte educatiu Espai Trace, 2003.
- MONTON, M.J., REDÓ, M. (1996). La evaluación psicopedagógica: fases, procedimientos y utilización.
- C. Monereo i Isabel Solé (coords.). El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructivista. Madrid. Alianza.
- Muñoz M^a A, Murillo F. Traumatismos craneoencefálicos potencialmente graves. Traumatismo craneoencefálico grave. Net A, Marruecos L.- Springer-Verlag Ibérica, Barcelona, 1996.
- Del Rosario Dominguez, M. El modelo de rehabilitación CRECER para el daño cerebral adquirido. Minusval. Rehabilitación del daño cerebral. 2002
- García Peña M & Muñoz Céspedes JM. Apraxias e independencia funcional en personas con daño cerebral adquirido. Polibea 2000
- Revista del Instituto Guttman: “Sobre ruedas”, número 57.
- BLOCS 11 Título: La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar .Coordinadoras de edición: Montserrat Bernabeu, Teresa Roig. Autores: Helena Bascuñana, Montserrat Bernabeu y otros.

⁴⁹ Babeu M, Roig, T. La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar: blocs 11. Barcelona. Dación Institut Giuttman, 1999.

⁵⁰ Monereo, C., Solé, I. (1996) “El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructivisa” Alianza

- Interacción sensitiva en la vida diaria. F. Affolter, W. Bischofberger, “Wege von Anfang an. Frührehabilitierung schwerst hirngeschädigter Patienten”, Neckar Verlag, 1996
- AAMR, 1992. (Informe de las habilidades adaptativas de la Asociación Americana de Retardo Mental)
- <http://www.guttmann.com>
- http://www.sinapsis.org/trau_craneonc.html
- <http://www.infodoctor.org/neuro/cap13.htm>
- <http://www.uninet.edu/tratado/c1102i.html>
- <http://salud.discapnet.es/discapacidades+y+deficiencias/desarrollo+motor/trau+matismo+craneencefalico5/trauma.htm>

9. Glosario

ACCIÓN TUTORIAL.

Conjunto de acciones educativas que contribuyen al desarrollo y a potenciar las capacidades básicas de los alumnos, orientándolos para conseguir la maduración y autonomía y ayudarlos a tomar decisiones, con vistas a opciones posteriores, de acuerdo con sus necesidades, intereses y capacidades.

ACTITUD

Casi todas las definiciones del concepto de actitud -tal como ha sido elaborado por la psicología social- tienen en común el caracterizarla como una tendencia a la acción adquirida en el ambiente en que se vive y derivada de experiencias personales y de factores especiales a veces muy complejos. En general, el término actitud designa un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”.

Ander-Egg E., Técnicas de investigación social, Hvmánitas, Buenos Aires, 1987, 21 edición, pág. 251-252.

Tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación”.

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 614.

La actitud es la unidad de análisis de la psicología social (págs. 1-4), puede ser definida como orientación sistemática de la conducta hacia determinados objetos del mundo social, como pueden ser personas, hechos o grupos.

Las actitudes no son conductas sino predisposiciones adquiridas para actuar selectivamente, conducirse de determinada manera en la interacción social. Tienen que ver con una forma de actuar. Operan como parte de un sistema de representación de la realidad, una vez incorporadas regulan la conducta.

Presenta cuatro características:

a- Direccionalidad: la actitud implica una relación sujeto- objeto que le da direccionalidad y la diferencia del rasgo de carácter o el hábito.

b- Adquirida: Aprendidas en interacción, no existen actitudes innatas.

c- Más o menos durables: son relativamente durables pero al mismo tiempo son factibles de ser modificadas por influencias externas.

d- Polaridad afectiva: De la aceptación, hasta el rechazo.

Toda actitud incluye 4 aspectos:

Toda actitud posee un aspecto cognitivo: Se basa en creencias y opiniones hacia diferentes objetos o situaciones. Información que el sujeto adquiere en el medio social.

Volviendo al ejemplo de los chicos en la plaza, el componente cognitivo estaría formado por las opiniones y creencias que los jóvenes poseen acerca de los viejos.

Un aspecto afectivo: Las creencias y opiniones poseen componentes afectivos que generan atracción o rechazo. Rechazo hacia la vejez por parte de los jóvenes.

Un aspecto normativo: como “debe” el sujeto comportarse ante determinada situación u objeto.

Un aspecto comportamental: En una situación específica estas creencias, opiniones, sentimientos y normas se traducen en acción. Por ejemplo, la discriminación.

Se considera a la actitud como el producto final del proceso de socialización, son aprendidas en el seno social y condicionarán las respuestas del sujeto hacia determinados grupos, objetos, hechos y situaciones. Se van construyendo y anclando en cada relación interpersonal. Los individuos incorporan valores, hacen atribuciones y actúan en función de ellas.

Muchnik G y Seidman S (1983): La Noción de actitud. Ficha de Cátedra de psicología social, Buenos Aires, Univ. De Belgrano

ADAPTACIÓN

“Interacción entre el individuo y el medio en que vive. La adaptación marca, por una parte, la modificación armoniosa de la conducta respecto de las condiciones del medio; por otra parte, la evolución del medio en el cual y sobre el cual el individuo actúa”.

Virel A., Vocabulario de psicoterapias, Barcelona, Gedisa, 1985, pág. 27.

AFASIA

El término afasia fue denominada por un médico francés Armand Trousseau y significa “a” falta “phasia” palabra. Es un estado patológico que consiste en la pérdida de la facultad de la palabra, con conservación de la inteligencia y de la integridad de los órganos de fonación.

La afasia constituye un trastorno del lenguaje que afecta tanto a la expresión como a la comprensión del mismo, después de que ha sido adquirido, producido por lesiones en áreas del Sistema Nervioso Central.

Entidad compleja en la cual el niño presenta severas dificultades para la adquisición de la audición, del habla e igualmente de la lectura y escritura. Muchos autores ubican la dislexia, en su forma más severa, dentro de la afasia . La afasia implica una alteración de la comprensión y expresión del lenguaje debida a lesión cerebral.

Condemarín Mabel y Blomquist Marlys, La dislexia. Manual de lectura correctiva, Ed. Universitaria SA, Chile, 1970.

"Trastorno del lenguaje que sobreviene como consecuencia de una lesión cerebral. Existe acuerdo en cuanto al carácter focal, y no generalizado o difuso, de las lesiones cerebrales que la origina. Por el contrario, hay desacuerdo sobre la descripción de la naturaleza de la afasia y qué trastornos lingüísticos deben incluirse bajo dicho término. Los síndromes afásicos pueden ser corticales o subcorticales".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 373.

AGNOSIA

Pérdida de la capacidad de reconocer los objetos, no obstante estar intacta la percepción de los sentidos.

Condemarín Mabel y Blomquist Marlys, La dislexia. Manual de lectura correctiva, Ed. Universitaria SA, Chile, 1970, p. 32.

Reconocimiento alterado de un objeto, no debido a defectos sensoriales, deterioro mental, desórdenes de conciencia, atención o desconocimiento del objeto. Este mismo debe ser reconocido por el sujeto por otro de sus sentidos.

Tamaroff L. y Allegri R., Introducción a la neuropsicología clínica, Ed. Libros de la Cuadriga, Bs. As., 1995, p. 48

AGRAMATISMO

"Alteración del lenguaje que se da en cuadros afásicos que se caracteriza por una dificultad para utilizar correctamente las relaciones gramaticales y sus reglas. Los pacientes agramáticos no pueden unir las palabras para formar secuencias sintácticamente correctas".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 373

AJUSTE DE LA AYUDA

Es un criterio de calidad de intervención, definido por la capacidad de dar respuesta óptima a las necesidades de los actores, en un contexto determinado, cuando se aconseja la intervención, consiguiendo de optimizar el proceso personal, para el que se le propone.

AMNESIA ANTEROGRADA

Incapacidad para adquirir nueva información.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 271.

AMNESIA FUNCIONAL

"Por oposición al síndrome amnésico, aquel tipo de amnesia que no tiene una etiología orgánica, siendo los factores emocionales los principales responsables de su ocurrencia".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 271.Ç

AMNESIA RETROGRADA

Incapacidad para recordar el pasado.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw Hill, 1995, pág. 271.

ANAMNESIS

“Anamnesis significa interrogatorio. Después de la entrevista clínica, el médico debe recoger de forma sistemática los datos que le permitan elaborar una patografía de su paciente. La anamnesis, parte de la historia clínica, recoge datos como la filiación, el motivo de consulta, los antecedentes familiares y personales, etc., aunque de algunos ya tendremos extensa noticia a través de la entrevista realizada anteriormente. El interrogatorio sistemático nos debe permitir conocer los síntomas más relevantes y su devenir en la biografía del paciente. Se trata de realizar una hipótesis diagnóstica que nos permita recoger los datos para confirmarla o no...”.

Vallejo Ruiloba J y otros, “Introducción a la psicopatología y la psiquiatría”, Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 84.

APRAXIA

Incapacidad de realizar, al ordenarlos, movimientos conforme con el fin propuesto. Cuando un individuo no es ni parálítico ni deficiente mental y, sin embargo, es incapaz de ejecutar correctamente los actos ordenados, se dice que es apráxico.

Condemarín Mabel y Blomquist Marlys, La dislexia. Manual de lectura correctiva, Ed. Universitaria SA, Chile, 1970. p. 32.

Según Benson y Geschwind (1985), y Assal (1994), es la inhabilidad para realizar actos motores, movimientos o habilidades aprendidas a pesar de tener un sistema motor y sensorial intactos, buena comprensión y toda la cooperación por parte del paciente.

Tamaroff L. y Allegri R., Introducción a la neuropsicología clínica, Ed. Libros de la Cuadriga, Bs. As., 1995. p. 92.

Definiciones más modernas consideran a la apraxia como la alteración del gesto o de un conjunto de gestos del cuerpo sobre sí mismo, o hacia el mundo exterior y sus objetos. Existen diferentes tipos de apraxia, entre las cuales podemos citar la apraxia bucofacial o dificultad en controlar los órganos relacionados con la articulación (lengua, boca, etc.) o de emitir sonidos simbólicos. Está asociada a la afasia de Broca.

"Dificultad para realizar actividades que requieren cierto nivel de complejidad".

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 606.

“Puede definirse como un trastorno de la gestualidad, debido a lesión cerebral focal, aparecido en un individuo, cuyos aparatos de ejecución de la acción están intactos (ausencia de trastornos paralíticos, atáxicos, corcoatetósicos, etc) y que posee un pleno conocimiento del acto que ha de cumplir. De acuerdo con Barraquer Bordas (1983) se clasifican en: apraxias gestuales (ideatoria, ideomotora, melocinética), apraxia constructiva, apraxia del vestirse, apraxias electivas (bucofacial, de la marcha, de la mirada). Deben distinguirse entre las apraxias del adulto (adquiridas) y las apraxias infantiles o dispraxias de evolución” (pág. 198).

Tallis J y Soprano M (1991), Neuropediatría. Neuropsicología y aprendizaje. Buenos Aires: Nueva Visión.

APRENDIZAJE

Para los humanistas, y en particular para K. Rogers, el ser humano tiene una capacidad innata para aprender, y este aprendizaje llega a ser significativo cuando involucra a la persona en su totalidad (procesos afectivos y cognitivos) y se desarrolla en forma experiencial (que se entretaja con la personalidad del alumno). Para lograr esto, el aprendizaje debe ser autoiniciado, y debe ser visto por el alumno como algo importante para su desarrollo personal.

Hernández Rojas G., Paradigmas en psicología de la educación, Buenos Aires, Paidós, 1998, pág. 111.

“Modificación más o menos permanente en la conducta o capacidades de un organismo, como resultado de su experiencia en el entorno”.

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 614.

APROSODIA

Término que “se refiere a trastornos del lenguaje afectivo (prosodia y modulación emocional), que surgen en pacientes con lesiones en el hemisferio derecho [...]. Ross identificó aprosodias motora, global, transcortical, sensorial, etc.”.

Vallejo Ruiloba J y otros, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 234

ASERTIVIDAD

Alberti y Emmons (1970) definen la conducta asertiva como la que “permite a la persona actuar con su mejor interés, levantarse por sí mismo sin sentimientos de ansiedad indebidos, expresar sentimientos honestos de comodidad y ejercer sus derechos sin negar los de otros” (pág. 269).

Striegel-Moore R y Slaikeu K, (1993) Glosario de técnicas de terapia en crisis. Incluido en Slaikeu K, Intervención en crisis. México:El Manual Moderno.

Habitualmente se entiende por asertividad la disposición a emprender y a hacer algo que sea beneficioso para la persona o los demás, o bien a participar activa y entusiastamente de cualquier tarea. Implica entre otras cosas asumir una actitud "positiva", de "querer hacer algo" con ganas, buen ánimo y disposición. Algunos tests miden, entre otras cosas, la asertividad, y dan su propia definición operacional sobre este constructo. Por ejemplo, el NEO PI-R (un Inventario de Personalidad), describe la personalidad asertiva como un sujeto dominante, animoso y socialmente destacado que habla sin titubeos y a menudo se convierte en líder (en oposición a quien prefiere permanecer en la sombra y dejar hablar a los demás).

Cazau P (2002), Vocabulario de Psicología. Redpsicología.

ATENCIÓN

“La atención es un concepto teórico que engloba, a su vez, tres conceptos derivados de las investigaciones psicofisiológicas: 1) La alerta, respuesta comportamental fisiológica a la entrada de estímulos o bien receptividad incrementada a éstos. 2) La atención como efecto selectivo, subsidiario del primero, respecto de la categorización de los estímulos. 3) La activación (o intención) como una preparación o disposición psicológica (o cognitiva) para la acción”.

Vallejo Ruiloba J y otros, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson, Barcelona, 1999, 4º edición, pág 159.

Algunas alteraciones de la atención son las siguientes: 1) Fatigabilidad de la atención: modificación producida por el efecto de mantener la atención, acompañada por escasos

rendimientos y abundancia de errores; 2) Indiferencia atencional: "Término clásico que designa una considerable falta de atención para interesarse por los acontecimientos, siendo ineficaces los estímulos que despiertan interés en situaciones normales"; 3) Perplejidad atencional: "Alteración cualitativa de la atención que se caracteriza porque el sujeto no logra la síntesis del contenido de la atención, careciendo de la concreta significación de los fenómenos y sus efectivas relaciones, de suerte que no acierta a comprender sus actos y las circunstancias que le rodean". Véase también aprosexia.

Belloch A y otros, Manual de Psicopatología, Volumen I, Madrid, McGraw-Hill, 1995, pág. 183.

AUTOCONCEPTO

Este término suele definirse, en sentido genérico, como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Así, es posible diferenciar dos componentes o dimensiones en el autoconcepto: los cognitivos (pensamientos) y los evaluativos (sentimientos). Los primeros se refieren a las creencias sobre uno mismo tales como la imagen corporal, la identidad social, los valores, las habilidades o los rasgos que el individuo considera que posee. Los segundos, también llamados autoestima, están constituidos por el conjunto de sentimientos positivos y negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo.

Salvarezza L, Psicogeriatría, Paidós, Buenos Aires, 1999, pág. 98.

“El autoconcepto suele definirse, en sentido genérico, como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Pensamientos y sentimientos que, consecuentemente, permiten diferenciar dos componentes o dimensiones de los mismos: los cognitivos y los evaluativos (Rosenberg, 1979). La dimensión cognitiva hace referencia a las creencias sobre varios aspectos de sí mismo, tales como la imagen corporal, la identidad social, los valores, las habilidades o los rasgos que el individuo considera que posee. Los aspectos evaluativos del autoconcepto, a los que también se suelen denominar autoestima, están constituidos por el conjunto de sentimientos positivos y negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo (McCrae y Costa, 1988). En la determinación de la influencia de ambos componentes (cognitivos y evaluativos), va siempre a representar un papel importante la imagen que el sujeto considera que los demás tienen de él: la dimensión social que considera que merece”.

Salvarezza Leopoldo (comp) (1998) La vejez: una mirada gerontológica actual. Paidós, Buenos Aires, pág. 98.

Para C. Rogers, el autoconcepto está compuesto de aquellas percepciones y valores concientes de ‘mí’ o ‘yo’, algunas de las cuales son un resultado de la propia valoración por parte del organismo de sus experiencias, y en algunos casos fueron introyectadas o tomadas de otros individuos significativos o importantes. El autoconcepto es la imagen que el individuo percibe de sí mismo.

Engler Barbara, Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill, pág. 330-331.

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS BB.AA

Se refiere a aquellos obstáculos ambientales de carácter físicos, que impiden o dificultan el desplazamiento de las personas.

COMPETENCIAS COMUNICATIVAS

“Término empleado por la sociolingüística para referirse a los conocimientos y aptitudes necesarios para que un individuo pueda utilizar todos los sistemas de signos de su comunidad sociocultural. Se trata del conocimiento de las reglas psicológicas, culturales, sociales y lingüísticas que rigen en su cultura. Incluye la competencia lingüística en cuanto ésta es el conocimiento del léxico y de las reglas combinatorias de una lengua, pero va más allá de ella en cuanto es el conocimiento del uso apropiado del lenguaje en distintas circunstancias. Incluye la competencia textual y la competencia discursiva, pero va más allá de ellas porque la comunicación incluye el conocimiento acerca de las estructuras textuales y de la selección del discurso apropiado para la situación comunicativa”.

Marín Marta (1997) Conceptos claves. Gramática, lingüística, literatura. Buenos Aires: Aiqué, pág. 25.

COMUNICACIÓN ALTERNATIVA Y AUMENTATIVA (saac)

Ámbito interdisciplinario, que incluye un extenso conjunto de elaboraciones teóricas, estrategias de intervención, sistema de signes (manuales, tangibles o gráficos) y ayudas técnicas (comunicadores electrónicos, libretas de comunicación) que se dirigen a sustituir y/o aumentar el habla natural en las personas con discapacidad.

COMUNICACIÓN

“Proceso por el cual las personas se transmiten información, ideas, actitudes y emociones”.

Vander Zanden James, Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 616.

CONDUCTA ADAPTATIVA.

Grupo de habilidades conceptuales, sociales y prácticas, que las personas han aprendido, para funcionar en su vida diaria y que permiten responder a las circunstancias canviantes de la vida y a las exigencias contextuales.

DISARTRIA

La palabra disartria deriva del griego: dys significa defecto y arthon quiere decir articulación, por lo tanto podremos decir que se trata de un defecto de articulación en la palabra. PERELLÓ Y PONCES dicen que la disartria es una dificultad de la expresión oral del lenguaje debida a trastorno del tono y de movimientos de los músculos de los órganos fonatorios, secundaria a lesiones del Sistema Nervioso Central.

Perturbación de la pronunciación de un fonema por causa motriz: el niño no puede realizar correctamente el movimiento o postura requerida por el fonema, sea por una razón central (parálisis o paresia) o periférica (malformación ósea o muscular de los órganos articulatorios). El educador deberá evitar que este defecto altere la integración social del niño.

Monfort Marc y Juárez Sánchez Adoración, "El niño que habla", Ed. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, Madrid, 1993. p. 75.

“Trastorno del lenguaje ocasionado por perturbaciones centrales motoras de los músculos fonadores. A menudo se la denomina ‘habla espástica’ por estar relacionada con la parálisis espástica de los músculos de la articulación”.

Wallin J (1974) El niño mentalmente deficiente. Incluido en Wallin J y otros, El niño deficiente. Buenos Aires: Paidós, pág. 61.

EMPATÍA TERAPÉUTICA.

Como técnica cognitiva, el objetivo de la empatía es para dar al paciente la oportunidad de manifestar las emociones y sentirse comprendido. Se realiza muy poco o ningún esfuerzo en retar o refutar cualquier cosa que este diciendo el paciente. Mas bien, el objetivo es proveer aporte emocional e intentar ver el mundo a través de los ojos del paciente. Intentar mostrar al paciente que se es su aliado y que puede apoyarse - a un nivel intelectual y emocional- en uno para lo que tenga que afrontar.

El terapeuta puede usar tres poderosas habilidades de escucha para conseguir estos objetivos. Estas son:

La Técnica del Desarme: el terapeuta se introduce en lo que dice el paciente. El terapeuta encuentra parte de verdad en lo que afirma el paciente, incluso si esas afirmaciones parecen ilógicas y poco razonables.

Empatía de Pensamientos y Emociones: el terapeuta se muestra comprensivo en lo que dice el paciente parafraseando las palabras (Empatía de pensamiento); el terapeuta también se muestra comprensivo de como el paciente se siente, mostrándose como se expresa el paciente (empatía de sentimientos)

Exploración: El terapeuta también, de forma amable, usa dos poderosas habilidades de auto-expresión cuando empatiza con el paciente. Estas son:

Afirmaciones "Me siento": El terapeuta expresa con tacto sus sentimientos desde un nivel de lenguaje apropiado y profesional.

Apoyo: El terapeuta expresa respeto por el paciente, incluso si el paciente y terapeuta se sienten frustrados o disgustados entre sí.

Dominar de forma apropiada estos cinco métodos supone un gran reto que requiere un considerable entrenamiento. Incluso aunque puedan parecer muy normales sobre el papel, pueden ser increíblemente difíciles de aplicar en las situaciones de la vida real, especialmente cuando el terapeuta se siente atacado por la ira del paciente o cuando las afirmaciones del paciente parecen completamente irrazonables desde la perspectiva del terapeuta.

La empatía es particularmente importante en tres fases cruciales de la terapia: 1) Al comienzo del tratamiento, cuando el paciente tiene que contar su historia. La catarsis emocional puede proporcionar una importante unión entre terapeuta y paciente. 2) En cualquier momento de las sesiones de terapia cuando el paciente repentinamente se siente abrumado por una emoción -tal como miedo, pánico, ira, o desesperación- El terapeuta debería inmediatamente poner todas las técnicas cognitivas-conductuales a un lado y ofrecer apoyo emocional. Una vez que el paciente ha expresado esos sentimientos y verse entendido y aceptado, se puede volver a la intervención terapéutica de nuevo. 3) En cualquier momento que haya una ruptura de la alianza terapéutica debido a que el paciente se siente disgustado con el terapeuta. Esto puede ser debido a que el paciente se siente herido, airado, desconfiado, no comprendido, juzgado, rechazado o criticado por el terapeuta.

Burns D, Técnicas cognitivo-conductuales

<http://users.servicios.retecal.es/jureva/tecnicasburns.htm> Traducido al castellano por: Juventino Reguera Baños.

ENFOQUE CONTEXTUALIZADO Y MULTIMODAL

Planteamiento para la actuación psicopedagógica, que incluye diferentes contextos y aplicaciones de procedimientos. Está basada en la coordinación de todos los agentes implicados y en la individualización del tratamiento adaptándolo a las características y necesidades de cada persona en concreto.

Entrevista Gerente Asociación TRACE, Lourdes Andreu.

1 ¿Por qué el traumatismo craneoencefálico se considera “una epidemia silenciosa”?

Porque es poco conocida y afecta a un gran número de personas. Una de las principales causas del TCE son los accidentes de tráfico. Generalmente, la población cree que después de un accidente hay tres consecuencias:

- Que sólo haya sido un susto
- Que el accidentado haya tenido mala suerte y queda postrado en una silla de ruedas
- O, que haya fallecido en el accidente.

Es poco común pensar en un TCE.

2 ¿Cuáles son las secuelas más evidentes del TCE? ¿y las no evidentes?

No existe un TCE igual. Una persona que sufra un daño cerebral sobrevenido puede tener unas secuelas totalmente distintas a otra que haya pasado por las mismas circunstancias.

Las secuelas son físicas y psíquicas a la vez, dependerán de la gravedad del accidente de la zona afectada, del tiempo que se haya permanecido en coma. Las secuelas más evidentes son las físicas puesto que es lo primero que vemos (dificultades motrices, de equilibrio...) y las menos evidentes son las cognitivas (déficit de memoria inmediata, lentitud en la comprensión, dificultades en el área del lenguaje, desinhibición, agresividad...). No olvidemos también que en la mayoría de casos aparecen situaciones de depresión, culpabilidad, apatía...

Es importante recordar que muchas de las personas que han sufrido un TCE, pueden recordar su vida anterior por lo tanto pueden comparar la situación actual con su vida pasada, esto es una situación muy dura que hay que saber afrontar.

3 ¿Cuál es la diferencia entre “aceptar” y “convivir” con un TCE?

Aceptar es estar de acuerdo con la situación que se está viviendo. No tengo claro que nadie acepte un TCE, ni quien lo vive en primera persona ni la familia. Aceptar una discapacidad siempre es difícil, especialmente si es sobrevenida. La dificultad se acentúa ya que para la persona afectada la vida da un giro inesperado y no deseado de 180°.

Seguir estudiando, incorporarse al trabajo o mantener el círculo social llega a ser una misión imposible. Por lo tanto creo que más que aceptar, se acaba conviviendo con la situación.

4 ¿Cómo se produce el proceso de transición de una persona con TCE, desde un centro hospitalario a su hogar?

La salida de un centro hospitalario para volver a casa, es un momento de crisis importante en el ciclo vital del TCE. Para las familias supone organizar todas las horas del día, montar sus propios equipos multidisciplinarios, dar solución a aspectos del día a día además de los económicos, legales, etc.

Las familias y especialmente aquel miembro que cuida al familiar con daño cerebral se convierten en un auténtico gestor y buscador de recursos. Muchas veces creo que algunos cuidadores, sin haber pasado por las aulas universitarias aprenden, en muy poco tiempo a ser educadores sociales, trabajadores sociales, etc...

Para la persona que ha sufrido un TCE también es un momento duro volver a casa. Es justo el instante dónde vuelven a la realidad que conocían, al entorno que controlaban, pero con una realidad personal totalmente distinta.

5 ¿Cuál es el perfil global de un usuario TCE?

Varón, entre 16 y 35 años. El TCE acostumbra a ser causado por accidente de tráfico. Aunque este es el perfil más con más incidencia, hay que tener en cuenta que el Daño Cerebral Sobrevenido no entiende de edad, ni sexo ni clase social ni origen cultural.

Los accidentes de tráfico, además, no son las únicas causas de los TCEs: accidentes laborales, atropellos, caídas, deportes de riesgo, agresiones, son algunas de las circunstancias que originan esta patología.

6 ¿Por qué el punto de partida son las habilidades adaptativas?

En nuestra Entidad estamos desarrollando un proyecto pedagógico en el que el punto de partida son las habilidades adaptativas. Para nuestro equipo es la manera más lógica de trabajar con personas que han adquirido una discapacidad, por varias razones:

- Son personas que han vivido anteriormente una vida totalmente normalizada
- Por que el objetivo de trabajar con estas habilidades es fomentar el máximo de autonomía, a través de actividades de la vida diaria
- Por que en realidad, no tiene mucho sentido inventarnos actividades que no sean útiles para resolver los conflictos del día a día

De qué me sirve buscar una receta de cocina en internet si no soy capaz de cocinarme yo solo ese plato

7 ¿Cuáles son las conductas que la familia de la persona afectada de un TCE se deberían modificar?

Es difícil decirlo, ya que realmente es fácil aconsejar desde fuera, pero difícil cuando se vive la situación en primera persona. Sería aconsejable que a familia se cuidara, fuera sincera con sus sentimientos y emociones, que se dedicara tiempo, que se diera espacios de

respiro. Igual de importante sería que se repartieran responsabilidades, con el fin que no recayera toda la responsabilidad sobre una misma persona, la cual acostumbre a estar sobrepasada.

En cuanto a cómo debería actuar un familiar respecto a la persona afectada sería deseable que evitaran la sobreprotección, puesto que esta actitud crea más dependencia. También es beneficioso aprender a arriesgarse, dejar que hagan las cosas por sí mismos, aunque les cueste esfuerzo, es una buena manera de avanzar.

De todos modos, nadie está preparado para aceptar una situación sobrevenida. Todo el mundo pasa por una situación de shock que ayuda a florecer emociones de miedo, ansiedad, culpabilidad, sobreprotección, casi de manera automática e instantánea.

Una buena manera de poder sobrellevar una situación de estas características es con ayuda psicológica desde un primer momento, tanto para acompañar en el duelo como para poder establecer estrategias para resolver la situación. De igual manera son muy recomendables los grupos de terapia, puesto que ayudan a compartir la situación con personas que están pasando por el mismo trago, ofrece visiones distintas y respuestas a la infinidad de dudas que todas las familias se plantean.

8 ¿Qué sucede cuando la familia de la persona afectada se posiciona en posturas que entorpecen el proceso de rehabilitación?

No se puede ayudar a quien no quiere la ayuda.

Los profesionales no somos Dioses, sino acompañantes, colaboradores de las familias. Si una familia entorpece un proceso de rehabilitación hay que preguntarse ¿por qué están tomando esta postura?. ¿Qué les hace reaccionar así?.

No hay fórmula magistral para dar solución a esta resistencia, pero quizás la tranquilidad, la empatía, la sinceridad para poder plantear en el momento adecuado con la familia esta fricción, pueden ayudarnos.

Como profesionales debemos dar la posibilidad de expresarse a la persona afectada y a la familia. Muchas veces caemos en el error de actuar y de resolver sin tener en cuenta quien tenemos delante.

Todos los profesionales debemos hacer un ejercicio tanto para analizar nuestros estereotipos, cómo una cura a la frustración profesional.

De hecho con las familias lo que hay que buscar es la resolución del conflicto. Este es un momento fascinante y enriquecedor para el profesional, puesto que es una gran oportunidad para aprender a ceder parte de nuestro poder, dejamos de ser los expertos en la materia para empezar una nueva aventura: tener en cuenta todos los actores; familia y afectado.

Profesional, afectado y familia tienen información muy valiosa para llegar a un objetivo común: **Mejorar la calidad de vida del afectado y de la familia**

9 Entonces...¿Quién cuida al cuidador?

Desde hace varios años este es uno de los títulos más recurridos en los cursos de formación que se ofrecen por los centros educativos.

Realmente, creo que es una situación no resuelta. Desafortunadamente creo que en nuestro país el cuidador se sigue cuidando así mismo, si es que cae en la cuenta que debe hacerlo. Hay un gran déficit social para estas situaciones.

Las ayudas que existen son muy pocas y además económicamente son ridículas. No está recompensado el arduo trabajo del cuidador, se anima las familias a ser cuidadoras pero a cambio de bien poco.

10 ¿Qué estrategias y recursos son los más viables para sensibilizar a la comunidad profesional?

Para mí la comunidad profesional debe estar muy alerta de la realidad.

Parece ridículo lo que acabo de decir, pero tengo la sensación de que se invierte mucho tiempo y esfuerzo en aprender fórmulas teóricas sobre cómo hay que hacer las cosas y poco en fomentar el sentido común, en ver las potencialidades de las personas con discapacidad, en trabajar con contacto directo con la vida, con la realidad.

Todos tendemos a analizar con precisión dónde están las dificultades y a etiquetarlas con tesón, nos cuesta ver aquello que no es un déficit. Tampoco nos acostumbramos a pedir opinión a las personas con discapacidad y eso es un error.

11 Según su criterio, ¿Qué papel debería abordar un logopeda, en el proceso de intervención de una persona TCE?

El papel del logopeda es importantísimo, puesto que interviene en uno de los aspectos más imprescindibles: la comunicación.

¿Qué sería nuestro mundo sin comunicación?

Crear vías de comunicación en personas que han estado un mínimo de dos años rehabilitándose y aisladas del mundo, es un privilegio. Poder comunicarse, les vuelve a ofrecer la posibilidad de relacionarse, de expresarse y de dar su opinión. Creo que es muy importante que la logopedia pueda ser trabajada en grupo. A las personas con TCE les cuesta mucho establecer una conversación y no sólo por sus secuelas sino porque no están acostumbrados a relacionarse un logopeda debería ayudar a resolver esta dificultad.

La mayoría de personas afectadas priorizan en su proceso de rehabilitación “poder hablar bien”. Se sienten impotentes tanto porque no los entendemos cómo porque quieren expresar una idea, una palabra “pero no me sale”

12 ¿Por qué es tan necesario el abordaje profesional interdisciplinario?

Porque no hay nadie que tenga la verdad absoluta y no hay ninguna disciplina que pueda abordar ella sola situaciones tan complejas como el daño cerebral sobrevenido.

13 ¿Es que beneficia a una persona con TCE participar de un “grupo de ayuda mutua”? En todo. Aprende a darse cuenta de su capacidad “efecto espejo”. Aprende a relacionarse de nuevo, a gestionar un grupo. A resolver situaciones sin la necesidad de intervención de un profesional. Hace nuevos amigos. Puede hablar de temas que le preocupan sin necesidad de explicarse más de la cuenta, sus compañeros le entienden perfectamente. Aprende a superarse, a fijarse en el proceso de recuperación de sus compañeros.

14 La página www.tracecatalunya.org ofrece un amplio abanico de respuestas a las inquietudes de familiares de personas afectadas... ¿qué aporta en concreto a las personas con TCE?

Nuestra página web ofrece la posibilidad de dar respuestas on line, para aquellas personas que por razones geográficas o de otra índole no puedan desplazarse a nuestra instalaciones.

Pueden optar a participar en la actividades de nuestro proyecto pedagógico, siempre con un tutor virtual que le marcará el plan de trabajo. Puede optar a utilizar nuestros juegos para trabajar la motricidad fina, memoria inmediata..., participar de un foro y del grupo de ayuda mutua on line.

15 Y para cerrar la entrevista ¿Podría recordar alguna frase de una persona TCE que la haya conmovido?

Muchas, pero la más reciente fue la de una persona que participa en la actividad de huerto urbano, aunque muerta de frío, esbozó una sonrisa y dijo:
“Ir al huerto es la terapia que mejor me sienta”

ANEXO 2

Número de referència

ANAMNESI PEDAGÓGICA. HABILITATS ADAPTATIVES

Dades personals.

Nom:

Data anamnesi:

Anamnesi contestada per:

0. ORIENTACIÓ

Orientació en persona (nom i cognoms.data naix)

Orientació en espai (lloc, barri ciutat)

Orientació en temps (dia, data, mes, any)

Orientació en casa:

Orientació en carrer:

1. COMUNICACIÓ

Nivell verbal:

Com es pot considerar globalment el seu llenguatge? (fluid, estructurat, imprecís, tr.afàsic, ús de mimica...)

Llenguatge espontani:

Comprensió oral:

Utilitza SAC?

Continguts comunicatius:

Ho fa espontàneament? Es comunica si se'l pregunta o se l'anima? En quines situacions?

Comunica desitjos, necessitats, emocions, vivències...Quines? Explica més coses d' abans que d'ara. No expresa desitjos

EXPECTATIVES :

2. CURA PERSONAL

Autonomia motriu:

Desplaçaments i acomodació

Limitacions motrius :

Pot passar del llit a la cadira de rodes?

Pot anar al lavabo?

Pot desplaçar-se per casa autònomament (amb o sense cadira)

Part del cos especialment sensible (peus, cap...)?

S'entopa amb les portes o amb objectes? Es mou patosament?

Sap seure i aixecar-se correctament de la cadira?

Vestir

Vestir: Què es posa sol i en què necessita ajut al vestir-se?

Desvestir: què es treu sol i en què necessita ajut?

Té clar l'ordre en què es posen les peces de roba?

Reconeix dret/revés i davant/darrera ?

Puja i baixa cremalleres? sol / amb ajut / amb molt ajut

Corda i descorda botons? sol / amb ajut / amb molt ajut

Es posa les sabates ? sol / amb ajut / amb molt ajut

Es corda les sabates ?

Tria de la roba que combina ?

Àpats:

Ús dels estris de menjar:

Com utilitza la tassa o got? sol / amb ajut / amb molt ajut

Utilitza adequadament el tovalló? sol / amb ajut / amb molt ajut

L'utilitza per pròpia iniciativa?

Usa cuberts adaptats?

Utilitza la cullera... sol / amb ajut / amb molt ajut?

Utilitza la forquilla... sol / amb ajut / amb molt ajut

Utilitza el ganivet ... sol / amb ajut / amb molt ajut

Menjar:

Mastega tot el menjar o cal tallar-li, o triturar-li?

Mastega bé o engulleix el menjar?

Es serveix ell mateix aigua o menjar?

Higiene / Aspecte personal:

Es banya/dutxa sol / amb ajut / amb molt ajut.

En què li cal ajut? (posar sabó, ensabonar, usar dutxa...)

Es renta les mans sol / amb ajut / amb molt ajut.

En què li cal ajut? (Obrir l'aixeta, rentar mans amb sabó, esbaldir, assecar, tancar aixeta)

Es renta les dents sol / amb ajut / amb molt ajut.

En què li cal ajut? (destapar tub, posar pasta, raspallar, esbaldir boca, netejar raspall, usar aixeta)

Es moca sol / amb ajut / amb molt ajut.

Ho fa per iniciativa pròpia?

S'afaita

En què li cal ajut?

Amb quin sistema s'afaita?

Wc:

Té control d'esfínters? S'adona de si necessita anar al lavabo?

A vegades és “massa tard”?

EXPECTATIVES :

3. VIDA A LA LLAR / AUTOGOVERN

Neteja i ordre:

Endreça les coses que ha utilitzat?

Té cura de la seva roba? (plegar-la, penjar-la, roba bruta al seu lloc)

Sap on trobar les seves coses? (roba, llibres, música.)

Sap posar una rentadora? Sap plegar/planxar roba?

Frega, treu la pols, neteja l' WC, passa l'aspiradora, escombra o alguna d'aquestes coses?

Àpats:

Ajuda a parar taula? Què fa?

Ajuda a fer la llista de la compra i a comprar?

Pot preparar-se ell sol alguna cosa de menjar o alguna beguda?

Ús d'aparells:

Sap utilitzar/utilitza electrodomèstics de la llar? (secador de cabell, l'aspiradora, la cafetera, cuina, l'estufa, el calentador...)

Sap encendre la TV ? Sap seleccionar canals?

Sap utilitzar el telèfon?

Sap utilitzar un aparell de música?

EXPECTATIVES :

4.HABILITATS SOCIALS

Reconeix a les persones?

Busca la relació amb els altres?

Com és la seva presa de contacte amb els altres?

Quina actitud pren davant els altres? (tolerant, comunicatiu, rebuig, tancament...)

Té capacitat de resolució de conflictes?

Manté l'antic grup d'amics?

Té amics nous?

EXPECTATIVES :

5. ÚS DE LA COMUNITAT

Sap fer ús tot sol dels transports públics (bus, taxi, metro...)?

Pot anar a comprar sol?

Fa ús dels serveis d'oci del barri (cine, gimnàs, teatre...)?

EXPECTATIVES :

6. OCI I LLEURE

Feia esport?quin/s?

ARA:

Quina música li agrada?

Li agradava llegir? . Quin tipus de llibres?

Té autors preferits?

Llegia el diari? Quin?

ARA:

Li agrada la TV? Quin tipus de programes (notícies, reportatges, pelis...)dibuixos ,

Va al cinema? Pel.lis i autors preferits?

Li agradava viatjar?

ARA:

Animals domèstics a casa:

Manualitats, “xapuques”, reparacions:

ARA:

Així el seu temps lliure l'empleava principalment en...

Aficions mantingudes després de l'accident i noves aficions (dins i fora la llar) :

Demandes / queixes sobre activitats d'oci que voldria fer i que ara no fa ?:

EXPECTATIVES

7. HABILITATS LABORALS

Professió abans de l'accident?

Tasca desenvolupada abans de l'accident?

Situació laboral actual:

Domina l'ús del diner?

Sap utilitzar l'ordinador?Internet?

EXPECTATIVES :

8. AUTOGOVERN

Acaba les tasques que comença?

Resol dificultats tot sol? (ex. Si necessita alguna cosa, sap com aconseguir-la)

Sap seguir un horari?

Sap escollir entre diferents opcions?

Té dificultats de memòria?

Quin nivell d'acceptació té del seu traumatisme? Com ho viu?

Si hagués de parlar del seu caracter abans i després de l'accident, què en diria?

EXPECTATIVES :

9. SALUT I SEURETAT

Sap identificar situacions de perill? (ex-foc, endolls...)

Respecta les normes vials? (caminar per la vorera, semàfors, passos zebra...)

Té "adiccions?" (tabac, café, alcohol, drogues...)?

EXPECTATIVES :

10. HABILITATS ACADÈMIQUES

Estudis realitzats:

Assignatures preferides/menys apreciades:

Era "bon estudiant?":

Centre educatiu/ formatiu en l'actualitat:

Nom del tutor :

Telèfon centre:

Llegeix i escriu?

Sap omplir formularis i sol.licituds?

Reconeix els números i calcula?

EXPECTATIVES :

Planning d'activitats que realitza durant la setmana:

	DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOURS	DIVENDRES
MATÍ					
	XXXXXXXXXX XXXX	XXXXXXXXXX XXXX	XXXXXXXXXX XXXX	XXXXXXXXXX XXXX	XXXXXXXXXX XXXX
TARDA					

RESUM DELS ASPECTES IMPORTANTS A TENIR EN COMPTE EN EL DIA A DIA

ANEXO 3

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Data de l'informe:

Nom del tutor:

INFORME de SEGUIMENT DEL P.D.P

Avaluació inicial (mes 'any):

(descriure les 10 habilitats!)

Comunicació:

Cura personal:

Vida a la llar:

Ús de la comunitat:

Habilitats socials:

Oci i lleure:

Habilitats laborals:

Autogovern:

Salut i seguretat:

Habilitats acadèmiques funcionals:

Expectatives:

(de la família/usuari)

Objectius (mes – mes 'any):

(explicar també els objectius a la llar)

- Objectiu 1 (habilitat adaptativa)

- Objectiu 2 (habilitat adaptativa)

Pauta metodològica:

(procediment que s'ha seguit)

Actitud:

(de l'usuari vers els objectius i la metodologia de treball)

Evolució:

Altres aspectes a destacar

Nova proposta d'objectius: