



Caso Práctico

SEMANA: 13

TEMAS: 36 y 40

MATERIAL ELABORADO POR: JOSÉ RAMÓN REBOLLOSO

- **Propuesta de Resolución caso práctico de la semana 04:
Detección de necesidades en una Unidad de Convivencia y
Organización del domicilio**

enseñanza
Preparadores
de oposiciones

Caso Práctico



NOTAS

enseñanza

Preparadores
de oposiciones

Caso Práctico

Nos encontramos con una unidad de convivencia formada por un matrimonio Manuel de 79 años de edad, M^a Luisa de 74 y su hijo Eloy de 35 años.

Eloy está afectado de una "esclerosis múltiple progresiva" desde hace tres años. Tiene afectaciones graves en su movilidad y en su desenvolvimiento cotidiano. El padre sufrió hace un año un "ACVA" (accidente cerebro vascular agudo) afectándole a su movilidad, circunstancia ésta agravada por una implantación de prótesis de cadera, y a la orientación. La madre, M^a Luisa, se ocupa del cuidado de la UC, no sin ciertas dificultades propias de la edad.

Habitaban en un pueblo de la sierra de Madrid¹ de 5.000 habitantes, en una vivienda sencilla de doble planta, construida hace 50 años. La parte baja, diáfana, dedicada a garaje y taller de bricolaje y con un aseo; y la planta habitable se encuentra en la planta superior, a la que se accede por una escalera de caracol. La vivienda no reúne las condiciones de accesibilidad óptimas, aunque cuenta con espacio suficiente.

Identifique las necesidades y Diseñe la organización del domicilio con referencia a la discapacidad del hijo y tome medidas que faciliten la movilidad del padre y por extensión las tareas de la madre.

⁽¹⁾ Este ejemplo de caso práctico está ubicado en la Comunidad de Madrid. El opositor debe considerar que los casos que se encuentren en su oposición estarán referidos a la Comunidad Autónoma por la que se presente, por lo que las referencias legislativas y de planes o programas autonómicos deberán ser los de dicha Comunidad.

Propuesta de resolución:

La evaluación del contexto, fase previa de toda intervención social, se ha llevado a cabo por un equipo multidisciplinar. Ésta ha consistido en la recogida de información del grupo diana (unidad de convivencia) y entorno, cuyo resultado puede observarse en el enunciado del supuesto. La recogida de información se ha llevado a cabo con técnicas e instrumentos, tanto cuantitativos (prueba estandarizada para medir el grado de discapacidad) como cualitativos (cuestionarios, entrevistas). A partir de ahora nos corresponde analizar la información e identificar las necesidades y carencias.

IDENTIFICACIÓN DE CARENCIAS Y NECESIDADES

Nos encontramos ante un doble caso de discapacidad física, definido por las características particulares de los individuos, por un lado, el joven de 35 años, afectado de "esclerosis múltiple progresiva" discapacidad sobrevenida con deterioro paulatino y progresivo, que tiene claras afectaciones motoras relativa a la movilidad y la falta de autonomía en el desenvolvimiento personal, dependiendo así de los padres, especialmente de la madre; y por otro lado, el padre de 79 años, con deterioro psicomotor derivado de un "ACVA" y por implantación de una prótesis de cadera, lo que le afecta particularmente a su movilidad y a la orientación espacio-temporal.

Las condiciones de la vivienda, ubicada en un entorno rural, tiene limitaciones en la accesibilidad a la misma y en la funcionalidad del espacio y mobiliario, no así en las dimensiones espaciales con las que cuenta. Todo lo anterior nos permite afirmar que la vivienda en la actualidad no se adapta a las necesidades que los miembros de esta unidad de convivencia presentan por su deterioro físico y neurológico debido a la enfermedad y a la vejez respectivamente.

El caso se plantea en un contexto altamente invalidante, donde la movilidad y la autonomía de los miembros se dificulta, sin embargo las características de la vivienda por su espacio y el entorno permiten realizar adaptaciones y reformas que puedan mejorar la calidad de vida de los miembros afectados, así como de los cuidadores (madre, profesionales u otros miembros de la familia extensa, en su caso).

Sin menosprecio de otras intervenciones sociales que serían necesarias para dar una respuesta integral, *nuestro análisis y establecimiento de necesidades* se centrará (según lo requerido en el enunciado del supuesto práctico) en aquellas referidas a la adaptación y organización del domicilio.

Por lo tanto, caracterizaremos la discapacidad y las necesidades que se derivan.

Caracterización de la discapacidad

La **esclerosis múltiple** es una enfermedad neurológica que afecta al sistema nervioso central (cerebro y médula). Las lesiones o placas están formadas por lesiones inflamatorias y por áreas de pérdida de axones (nervios) y mielina (vaina que rodea a los nervios), esto repercute en la transmisión de los impulsos sinápticos que redundan en la pérdida de funcionalidad en los distintos aparatos y sistemas del ser humano. Se sabe que afecta a personas jóvenes y suele comenzar entre los 25 -30 años. Estas lesiones pueden estar repartidas a lo largo de todo el sistema nervioso, siendo su gravedad muy variable y dependiendo de cada paciente. Tras más de 10 años de evolución, puede comenzar una evolución progresiva y rápida. *Las formas progresivas* son las que dan lugar a secuelas graves, también en el ámbito cognitivo y otras esferas, según los expertos.

La esclerosis múltiple es una enfermedad muy variable, por lo que el caso de cada paciente es muy individual y diferente del resto. Esto supone una dificultad a la hora de dar un pronóstico, dado que no existen pruebas ni análisis que nos permitan predecir con exactitud cuál será la situación de un paciente dentro de un tiempo. Uno de cada tres pacientes (33%) evoluciona de una forma progresiva, ya desde el inicio o tras años de evolución, sufriendo unas secuelas graves, que limitan al paciente de forma importante. La esclerosis múltiple no es una enfermedad mortal (salvo en casos excepcionales), por lo que apenas modifica la esperanza de vida.

En nuestro caso, con la edad que presenta el afectado y el diagnóstico específico, suponemos que inició pronto el brote de la enfermedad y que la afectación actual está avanzada, lo que puede estar manifestándose en dificultades en la movilidad a nivel grueso y fino, imposibilidad de mantener el equilibrio y pérdida de control postural, pérdida progresiva de movilidad y destreza manual y ligeras disartrias con afectación también en la deglución. Si se trata de una enfermedad que no limita la esperanza de vida, a la corta edad de este joven, debemos garantizar el máximo en su calidad de vida y su autonomía personal.

El **accidente cerebro vascular agudo** (ACVA) que presenta el padre, conlleva una pérdida parcial de las destrezas motoras y afectaciones en la orientación espacio-temporal. Los términos ictus, infarto cerebral, derrame cerebral o, menos frecuentemente, apoplejía, son utilizados como sinónimos del ACVA. Este tipo de accidente puede iniciar un proceso de "demencia" en pacientes con edad avanzada como las del padre.

No me gustaría terminar esta caracterización de la discapacidad sin mencionar el **ENTORNO**. Este se presenta como deficitario en cuanto a instalaciones próximas, al menos el contexto no lo señala; la vivienda presenta falta de accesibilidad e instalaciones no adaptadas y con falta de accesorios para la vida cotidiana que favorezcan la autonomía, sin embargo cuenta con espacio para posibles actuaciones.

Necesidades que conlleva la discapacidad/enfermedad.

Según el estudio médico-psicosocial se ponen de manifiesto las siguientes carencias:

- **Movilidad.** Tanto en el joven afectado como en el matrimonio anciano, esta puede ser la primera necesidad, en cuanto a dificultades de desplazamiento dentro y fuera del hogar. Facilitar ayudas técnicas para los desplazamientos puede solucionar en buena medida las dificultades de ambos y facilitar la vida de la madre. Por otro lado, la adaptación de la vivienda y eliminación de barreras arquitectónicas, en el acceso e interior parece inexcusable.
- **Autocuidado y apoyo personal.** Nos referimos a la atención de las necesidades primarias de alimentación, aseo, vestido y calzado. Habrá de facilitarse ayudas técnicas que faciliten la autonomía y el trabajo de la madre como cuidadora y de contemplar la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio. Para cubrir el apoyo personal y emocional se requerirán de otros profesionales como el Técnico en Integración Social y otros de mayor cualificación, como el trabajador social o educador social o profesional relacionado con la salud, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta,...

- **Comunicación.** La propia enfermedad en el joven le limitará en un futuro la comunicación verbal y se harán necesarias medidas rehabilitadoras e incluso dotarle de sistemas alternativos de comunicación. Así mismo en el padre, su deterioro psíquico nos hace pensar que también puede ser un área de intervención. Estas medidas cuanto antes se faciliten mejor. Se ofertará la teleasistencia para apoyar la autonomía de la UC y apoyar de manera especial a la madre y la seguridad de los miembros.
- **Relaciones sociales con el entorno.** La posibilidad de acceder a los recursos del pueblo, mantener relaciones con amigos, vecinos y familiares más distantes se podría garantizar con las ayudas técnicas antes citadas para la movilidad. Su participación social puede ser otra área de trabajo, que será objeto de animación y facilitada por los Técnicos de la Intervención Social que participen.

➡ DISEÑO DEL DOMICILIO

El diseño del domicilio se hará desde criterios de ACCESIBILIDAD, ADAPTABILIDAD y FUNCIONALIDAD.

❖ DENOMINACIÓN

UNA CASA PARA TODOS: ¡ACCESIBILIDAD UNIVERSAL!

En función del proceso anteriormente descrito, desde los Servicios Sociales, a través de su equipo interdisciplinar, se decide la eliminación de barreras arquitectónicas y adaptación del mobiliario y enseres de la vida cotidiana (organización y adaptación de esta unidad de convivencia). Contaremos con la colaboración especial del CEAPAT y Asociación STOP esclerosis múltiple.

Esta actuación está enmarcada en el Plan de Accesibilidad y Eliminación de barreras de la Comunidad de Madrid y del Plan “sin barreras” del Ayuntamiento de la localidad.

❖ FUNDAMENTACIÓN

No hay mayor razón para una intervención social que evitar, disminuir o paliar las carencias, limitaciones o “problemas” detectados en el análisis de la realidad. En nuestro caso la motivación obedece a la necesidad de intervenir en la Unidad de Convivencia y sobre cada uno de sus miembros para que puedan alcanzar el máximo de autonomía y de acceso a los recursos comunitarios, permitiendo así su integración.

Desde un punto de vista ético: Actuar en pro de una mejora de las condiciones de vida y de la autonomía de las personas es uno de los planteamientos básicos de toda intervención social fundamentada en la defensa de los Derechos Humanos en el marco de un Estado de Bienestar, en el que se deben situar todas las actuaciones tendentes a garantizar la igualdad y la participación de todos los ciudadanos en su comunidad.

La Política Social en materia de Discapacidad persigue fomentar servicios especializados que, a través de programas, servicios y ayudas técnicas, así como de un incremento en la Investigación, potencien la calidad de vida de las personas con discapacidad y le permitan una mayor autonomía y mayor integración en la comunidad.

El término Discapacidad, es la personalización de la deficiencia. Según la OMS, en el ámbito de la salud, es "toda reducción, consecuencia de una deficiencia, parcial o total de la capacidad para realizar una determinada actividad de una manera, modo y límites considerados como normales para el ser humano". La discapacidad les puede situar en desventaja social, a lo que la OMS define como minusvalía: "Desventaja social o situacional del individuo, ocasionada por una deficiencia o discapacidad, la cual va a impedir el desempeño de un rol social (que puede estar relacionado con la edad, sexo, factores socio- culturales...). Es por ello que la INTEGRACIÓN SOCIAL es en este colectivo un objetivo de cualquier intervención que pasa por fomentar su autonomía y relaciones con el entorno.

Desde un punto de vista normativo legal: Amparamos nuestra actuación en:

A nivel español citamos:

- La Constitución Española de 1978:

Artículo 39.1: Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia.

Artículo 49: Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga.

Artículo 50: Los poderes públicos garantizarán pensiones adecuadas [...]. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

- Real Decreto Legislativo 1/2013, Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social.
- Ley 39/2006, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- LEY 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local.
- La Ley de Servicios Sociales 11/2003, de la Comunidad de Madrid, contempla en el Título VI la atención social a la dependencia, entendida como aquella situación en la que se encuentran las personas que, por falta o pérdida de autonomía necesitan asistencia o ayudas para realizar las actividades de la vida diaria.
- Ley 8/1993 de 22 de junio, de promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas de la Comunidad de Madrid.

A nivel internacional resaltamos:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948
- Convención de la ONU sobre derechos de las personas con discapacidad de 2006

A nivel europeo destacamos:

- La Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010 - 2020
- La Estrategia española sobre Discapacidad 2012 – 2020

En estas estrategias se promocionan los derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad y se recomienda introducir en sus políticas medidas para facilitar todas las líneas de actuación propias sobre la discapacidad.

❖ **OBJETIVOS:**

- Finalidad:

- Favorecer la integración social de la Unidad de Convivencia en su entorno social así como del mayor grado de autonomía posible de sus miembros.

- General:

- Garantizar la accesibilidad y el uso de bienes y servicios a los miembros de la unidad de convivencia en situación de discapacidad y de necesidad psicosocial, para mejorar su calidad de vida.

- Específicos:

- Suprimir barreras arquitectónicas en la vivienda y de acceso a la misma que permitan la movilidad y la relación.
- Disponer de ayudas técnicas tendentes a mejorar la movilidad de los miembros y la realización de tareas y actividades de la vida cotidiana.
- Establecer las medidas de seguridad necesarias para el confort y bienestar global de los miembros.
- Incorporar el Servicio de Ayuda a Domicilio a efectos de apoyo para el cuidado y del servicio de Teleasistencia para la mejora de la comunicación (como un complemento al diseño del domicilio en el que nos centramos).
- Dar a conocer y fomentar la participación de los destinatarios en asociaciones y otros recursos comunitarios.
- [...]Entrenar a los destinatarios en el uso de las ayudas técnicas; mejorar las condiciones de salud; [...]

❖ METODOLOGÍA**■ Principios generales:**

Promover *intervenciones globales* dirigidas a la integración social y al bienestar integral de todos los miembros de la UC. La actuación desde esta propuesta no es sino un frente en la intervención global que conlleva otras actuaciones.

Partir de *la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo* como eje de la actuación que fomente tanto la *coordinación* interna (desde los diferentes profesionales que intervienen en el equipo con el fin de enriquecer la actuación y dar una respuesta completa), como externa (con otros profesionales, asociaciones, instituciones, etc).

Tener en cuenta siempre *la participación de los usuarios*; la percepción que ellos tengan de sus necesidades que puedan traducir en demandas es un paso importante para la intervención, sin menoscabo de la necesidad de reorientar su propio análisis del problema-situación desde la intervención profesional. Es así como es posible contar con su implicación.

■ Estrategias de intervención:

Para poder diseñar y organizar el domicilio e implementar las Ayudas Técnicas, con el fin de lograr el máximo de autonomía y bienestar, será necesario seguir los pasos o fases siguientes:

*** Fase de inicio y primeros contactos:**

- Valorar la/s minusvalía/s: tipo, grado, funcionalidad.
- Valorar la autopercepción de la persona/s con discapacidad.
- Analizar las necesidades del domicilio y personales de los miembros de la UC (físico, psíquico y social) aparezcan y establecer una prelación.
- Implicar a los destinatarios en la intervención.
- Contactos con personas e instituciones que van a colaborar.

*** Fase de diseño y desarrollo:**

- Diseñar el plan de actuación y buscar asesoramiento de los técnicos.
- En caso necesario, alojamiento alternativo mientras duren las reformas.
- Desarrollo de las distintas actuaciones: reformas y adecuación de la vivienda, equipamiento de Ayudas Técnicas y actuaciones médico y psíquico-sociales.
- Entrenamiento en el uso de ayudas técnicas y medio tecnológico.

*** Fase de cierre y evaluación:**

- Ajuste del medio tecnológico.
- Evaluación de la intervención(Plan)
- Evaluación y seguimiento continuo de la UC.

■ Metodología Organizativa:

- **Equipo Coordinador del Proyecto:** Un trabajador social (coordinador), un TIS (mediador), un arquitecto o arquitecto técnico (edificación) y un profesional de la medicina (condiciones físicas y psiquiátricas).

Este equipo de proyecto realiza reuniones quincenales con el objeto de hacer el seguimiento y evaluar la INTERVENCIÓN. Informarán de lo acordado a la *unidad de convivencia, equipos de ámbito y colaboradores externos* como el CEAPAT, Servicios sociales, Asociación Discapacidad,...

- **Equipos de Ámbitos:** Se conformarán tantos equipos como Instituciones y/o Programas colaboren. Nosotros inicialmente promovemos tres: a) Edificación y eliminación de barreras, b) Equipamientos y Ayudas técnicas, c) Servicios de apoyo psicosocial. De esta forma cada ámbito trasladará al equipo de proyecto sus iniciativas y dificultades y viceversa.
- **Nuestros Técnicos:**

Las funciones del TSIS, considerando lo establecido en el RD 1074/2012, de 13 de julio, por el que se establece el título de Técnico Superior en Integración Social y se fijan sus enseñanzas mínimas, en relación a esta intervención serían:

Competencia general.

Programar, organizar, implementar y evaluar las intervenciones de integración social aplicando estrategias y técnicas específicas, promoviendo la igualdad de oportunidades, actuando en todo momento con una actitud de respeto hacia las personas destinatarias y garantizando la creación de entornos seguros tanto para las personas destinatarias como para el profesional.

Cualificaciones profesionales y Unidades de competencia:

- a) Educación de habilidades de autonomía personal y social:

UC0252_3: Programar, organizar y evaluar las intervenciones de integración social.

UC0253_3: Desarrollar las intervenciones dirigidas al entrenamiento y a la adquisición de habilidades de autonomía personal y social.

d) Promoción e intervención socioeducativa con personas con discapacidad:

UC1448_3: Detectar, generar y utilizar recursos sociales y comunitarios para la realización de intervenciones socioeducativas con personas con discapacidad.

UC1449_3: Organizar y realizar el acompañamiento de personas con discapacidad en la realización de actividades programadas.

UC1450_3: Organizar, desarrollar y evaluar procesos de inclusión de personas con discapacidad en espacios de ocio y tiempo libre.

UC1451_3: Organizar y desarrollar el entrenamiento en estrategias cognitivas básicas y alfabetización tecnológica para personas con discapacidad, en colaboración con profesionales de nivel superior.

UC1452_3: Actuar, orientar y apoyar a las familias de personas con discapacidad, en colaboración con profesionales de nivel superior.

Por otra parte, *las funciones del TAPSD*, teniendo en cuenta el RD 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y las correspondientes enseñanzas mínimas, en relación a esta intervención serían:

Competencia general:

Atender a las personas en situación de dependencia, en el ámbito domiciliario e institucional, a fin de mantener y mejorar su calidad de vida, realizando actividades asistenciales, no sanitarias, psicosociales y de apoyo a la gestión doméstica, aplicando medidas y normas de prevención y seguridad y derivándolas a otros servicios cuando sea necesario.

Cualificaciones profesionales y Unidades de competencia:

a) Atención sociosanitaria a personas en el domicilio:

UC0249_2: Desarrollar intervenciones de atención física domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención socio-sanitaria.

UC0250_2: Desarrollar intervenciones de atención psicosocial domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención socio-sanitaria.

UC0251_2: Desarrollar las actividades relacionadas con la gestión y funcionamiento de la unidad convivencial.

b) Gestión de llamadas de teleasistencia:

UC_1423_2: Atender y gestionar las llamadas entrantes del servicio de teleasistencia.

UC_1424_2: Emitir y gestionar las llamadas salientes del servicio de teleasistencia.

UC_1425_2: Manejar las herramientas, técnicas y habilidades para prestar el servicio de teleasistencia.

❖ RECURSOS

■ Institucionales:

- MINISTERIO DE SANIDAD y POLITICAS SOCIALES.
- IMSERSO.
- Consejería de Servicios Sociales de la CM.
- Ayuntamiento y SSG y Específicos de la mancomunidad.
- Asociaciones locales de discapacitados y/o personas mayores.
- Asociación de Esclerosis Múltiple de Madrid (C/ Santa Isabel, 15, 1º. Centro, B. 28012-MADRID. Telf. 91-4504545).
- CEAPAT.

■ Profesionales:

En el marco del equipo interdisciplinar, dependiente de Servicios Sociales, nos encontraremos los siguientes profesionales:

- Desde el ámbito de la arquitectura: arquitecto, arquitecto técnico, técnico superior en edificación y obra civil, albañiles, fontaneros, electricistas,...
- Desde el ámbito sanitario: médicos especialistas, DUE, fisioterapeuta,...
- Desde el ámbito psicosocial: psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, TIS, TAPSD.

■ Materiales: Ayudas técnicas.

Entendemos por "ayudas técnicas", los utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones, producto de la tecnología, aplicados a suplir o completar las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad. Su objeto es incrementar la autonomía personal y social a través de medios de fácil utilización, adaptados y económicamente viables.

Desde la normativa ISO 9001-2015 (*International Standarization Organization*) [Entidad internacional encargada de favorecer normas de fabricación, comercio y comunicación en todo el mundo. Con sede en Ginebra, es una federación de organismos nacionales entre los que se incluyen AENOR en España] que maneja el CEAPAT, podemos encontrar respuesta técnica a nivel:

- Terapéutico.
- Cuidado personal.
- Tareas domésticas.
- Muebles y elementos de edificación.
- Comunicación, información y señalización.
- Manejo de productos y mercancías.
- Esparcimiento, etc.

■ Financieros:

Contamos con la subvención total a través del Plan “sin barreras” del Ayuntamiento. No obstante podrían demandarse otras subvenciones, si aquellas no cubrieran todas las necesidades o aparecieran otras no contempladas actualmente, a través de los Servicios Sociales y de Organizaciones / Fundaciones para tal fin.

❖ ACTUACIONES: DISEÑO Y ORGANIZACIÓN DEL DOMICILIO

Tras el análisis de la situación, fundamentada la intervención y fijados los objetivos y estrategia metodológica, y disponiendo de los recursos necesarios, podemos plantear:

a. TAREAS:

Accesibilidad a la vivienda: Se eliminarán las barreras arquitectónicas de acceso al interior y en la propia vivienda a través de:

- Construcción de una rampa en la entrada principal, barandilla para agarre y adaptación de puertas, picaportes y timbres a la altura de la silla de ruedas.
- Construcción de un ascensor de dimensiones suficientes para una silla de ruedas, que se ubique en la parte diáfana de la planta baja y conecte con la vivienda; o en su defecto una plataforma salvaescalera.
- Puertas y pasillos más anchos.

Movilidad:

- Silla de ruedas automática (que pueda manejar el propio joven);
- Muletas y/o bastones para el anciano y andadores si el deterioro avanza.
- Tablas de transferencias para el baño, cama y otras superficies que permitan al joven cambio de la silla de ruedas a otros espacios.

Funcionalidad y adaptación en las tareas de la vida cotidiana:

- *Para el sueño-descanso:* cama articulada con los distintos accesorios (colchón antiescaras, funda y lencería) para el joven; adaptadores de asientos.
- *Para el aseo e higiene personal:* asiento anatómico de inodoro, asiento abatible para ducha y tabla de transferencia. Construcción de plato de ducha adaptado.
- *Para el vestido:* calzador de calcetines, gancho para vestirse, tirador de cremalleras, esponjas y peines de mango largo...
- *Para la alimentación:* cubertería de mango antideslizante, vasos con tapa y asa, pajitas, platos con fondo inclinado, cerco para plato, bandejas adaptables...
- *Otras actividades de desenvolvimiento cotidiano:* menaje adaptado, abrebotellas, abrebotes, tijeras adaptadas para la pérdida de tono muscular y prensión.

Seguridad en el diseño:

- Proporcionar superficies antideslizantes en los distintos espacios/suelos de la vivienda, fundamentalmente en la entrada y los baños.
- Uso de esterillas antirresbalón en el acceso a ducha y dentro de ésta.
- Instalación de agarradores en la ducha y junto al inodoro.
- Asegurar cierres que se puedan abrir desde el exterior en caso de emergencia.
- Evitar las alfombras en la casa o fijar estas si las hubiere.
- Instalación de alarmas de humo e incendio.
- Instalación de extensiones telefónicas en los dormitorios, salón y cocina, conectado con la teleasistencia.
- Reubicar la colocación de muebles para permitir el desplazamiento del anciano y del usuario de silla de ruedas.
- Utilización de cojines antiescaras en aquellas sillas adaptadas a los usuarios.

Otras ayudas dirigidas a la rehabilitación (estimable por el fisioterapeuta).

Instalación de la Teleasistencia a través del Servicio de Ayuda a Domicilio que contemplará en otras áreas de intervención los servicios de apoyo personal y de gestión domiciliaria precisos para responder a las necesidades de esta UC.

b. CRITERIOS DE REALIZACIÓN:

- La disposición del mobiliario y elementos básicos se realiza asegurando la accesibilidad y buen uso del usuario, respetando sus gustos decorativos.
- La asignación de herramientas o utensilios permite su utilización y adaptación.
- La explicación del uso de las diferentes ayudas técnicas y sistema de telealarma tienen en cuenta las características de los usuarios y permiten a estos su uso racional, eficaz y cómodo.

❖ TEMPORALIZACIÓN

Aunque se han ido indicando los momentos concretos de realización de las distintas actuaciones, de modo global, la presente intervención se contempla a un año vista. Habrá de tenerse en cuenta que los primeros contactos y valoraciones, periodo de diagnóstico y diseño, nos ocuparán tres meses y que tras su ejecución se evaluará el cumplimiento de objetivos, aplicando los criterios de evaluación que más adelante se señalan y elaborando informes, tiempo estimado de un mes, aproximadamente.

El TIS visitará y supervisará esta UC semanalmente, elaborando un calendario que se irá actualizado periódicamente. En este se indicarán los días que una persona formada en voluntariado de la Asociación STOP Esclerosis Múltiple la visitará. Las tareas de apoyo de la vida cotidiana se realizarían por el TAPSD o el Ayuda a Domicilio, en sesiones de 2 horas diarias de lunes a viernes. Igualmente se establecerá el calendario de los otros profesionales de la salud.

❖ EVALUACIÓN

Esta intervención será evaluada por el Equipo Multiprofesional constituido al efecto, *equipo coordinador de proyecto*, y los miembros de la unidad de convivencia. Se trata de una Evaluación Interna. Si el equipo lo desea solicitará una Evaluación Externa.

Se hará respondiendo a criterios de: contexto, diseño y funcionalidad, eficacia, comodidad y grado de satisfacción de los usuarios, mejora de la autonomía.

En la evaluación debemos contemplar:

- a) Los estándares de calidad de las distintas ayudas técnicas que se han instalado o utilizado comparándolos con la normativa actual.
- b) Igualmente con lo relativo a la eliminación de barreras arquitectónicas según la Ley señala y otras disposiciones al efecto.
- c) Grado de coherencia y respuesta de las medidas adoptadas (modificaciones y elección de mobiliario y enseres) con las necesidades que presentan los distintos miembros de la unidad de convivencia.
- d) Grado de consecución de los objetivos (eficacia de la propuesta)
- e) Grado de participación y satisfacción de los usuarios en las medidas adoptadas para el diseño y organización del domicilio.

Los procedimientos y técnicas son los propios del trabajo social: historia sociofamiliar, informes médicos, informe técnico de edificación y de las ayudas técnicas,.... Y entrevistas, registros.

Al finalizar realizaremos un informe con los puntos fuertes y débiles de la intervención, así como con propuestas para el seguimiento de la unidad de convivencia a partir de esta intervención.

“Si se quiere también se puede aplicar una adaptación del modelo CIPP”