

Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

DEPARTAMENTO: FILOSOFIA, Área TEORIA E HISTORIA DE LA
EDUCACIÓN

Grado en Educación Social

TRABAJO DE FIN DE GRADO

*La calidad de vida y la ayuda de las Tic's en personas con
discapacidad adquirida*

Presentado por: Rebeca Espinosa de los Monteros

Tutelado por: La profesora Margarita Nieto

Valladolid, 14 de Junio de 2018



Universidad de Valladolid

INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	5
CAPITULO I: DISCAPACIDAD	6
1.1. Concepto de discapacidad y su evolución	6
1.2. Tipos de discapacidad:	11
1.2.1 Discapacidad Física	11
1.2.2 Discapacidad Sensorial	13
1.2.3 Discapacidad Psíquica	15
1.3. Recomendaciones internacionales sobre discapacidad	16
1.3.1. A nivel internacional	16
1.3.2. A nivel de la Unión Europea	17
1.3.3. A nivel Nacional	18
1.3.4. A nivel autonómico (Comunidad Autónoma de Castilla y León)	18
CAPITULO II: DISCAPACIDAD ADQUIRIDA	20
2.1. Concepto de discapacidad adquirida y sus características	20
2.2. Tipos de discapacidad adquirida:	22
2.2.1. Daño cerebral adquirido (DCA)	22
2.2.2. Discapacidad Auditiva Adquirida	23
2.2.3. Discapacidad Visual Adquirida	23
2.2.4. Discapacidad Física Adquirida	23
2.2.5. Daño cerebral adquirido	24
2.2.6. Discapacidad Adquirida por Enfermedades Raras	24
2.3 Centros de atención a personas con discapacidad	25
CAPITULO III: CALIDAD DE VIDA	27
3.1. Concepto de calidad de vida	28
3.2 Calidad de vida y empleabilidad	28
CAPITULO IV: LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN	
¡Error! Marcador no definido.	
4.1. Definición de las Tic´s	30
4.2. Características de las Tic´s	31
4.3 Influencia de las Tic´s en las personas con discapacidad adquirida	32
4.3.1. ¿Cómo podemos ayudar con las TIC a las personas con discapacidad adquirida?	33

CAPITULO V: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	37
5.1. Contextualización	37
5.2. Objetivos	38
5.3. Fases de intervención	39
5.3.1. Fase inicial	39
5.3.2. Intervención	40
5.4. Actividades	40
5.4.1. Potenciar la autonomía	41
5.4.2. Potenciar la memoria	44
5.4.3. Desarrollo de la autoestima	47
5.4.4. Inserción socio-laboral	49
5.5. Temporalización	51
5.6. Responsabilidad del educador social	52
CONCLUSIONES	54
BIBLIOGRAFÍA	56

INTRODUCCIÓN

Tal y como afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de las personas a lo largo de su vida, pueden llegar a tener una discapacidad temporal o permanente. Así, desde diferentes instituciones, se pretende concienciar a toda la población sobre la discapacidad de las personas, creando una conciencia ética y moral. Por lo tanto deberíamos plantearnos trabajar en favor de una sociedad inclusiva que ofreciera soluciones a los problemas que tienen estas personas. Para ello es necesario contar con profesionales bien formados como por ejemplo educadores sociales, que sean capaces de dar respuesta a las situaciones que viven éste colectivo social.

El Informe realizado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas en 2006, señala las circunstancias que en todo el mundo sufren las personas con discapacidad, planteando medidas para fomentar su participación en la sociedad y evitar las desventajas que pueden surgir frente al resto de la sociedad, eliminando barreras.

Todas las instituciones que se ocupan de las personas con discapacidad, como por ejemplo, Naciones Unidas a nivel internacional o la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE), tienen como objetivo ayudar a mejorar las condiciones de vida de las personas discapacitadas, así como satisfacer sus necesidades.

También, se facilitan intervenciones específicas de cara a estas personas mediante profesionales como los educadores sociales, los pedagogos o los psicólogos, con el fin de facilitar herramientas y recursos para integrar a estas personas en la sociedad.

JUSTIFICACIÓN

La discapacidad, afecta a la calidad de vida. La calidad de vida de una persona que posee cualquier discapacidad, está condicionada por factores y aspectos sociales, físicos o personales. Pero..., ¿cómo definimos "la calidad de vida" de una persona discapacitada? Puesto que es una pregunta compleja deberíamos aclarar qué entendemos por calidad de vida. Según Calman (1987) sería la “Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente”. Esta definición está relacionada con el objetivo que el educador social tiene con las personas con discapacidad. Este objetivo es el de recuperar lo cotidiano y de que las esperanzas y sueños de estas personas estén en cierta manera por encima de la realidad actual.

Todas las personas tienen derecho a vivir con la misma calidad y dignidad de vida, a pesar de sus discapacidades, ya sean éstas genéticas o adquiridas. Schalock y Verdugo (2006), realizaron una investigación sobre la calidad de vida en torno a todos los bienestar de la persona, con o sin discapacidad. En sus estudios, la inclusión social tiene gran peso, 50%, mientras que las dimensiones de las relaciones interpersonales, de bienestar emocional y desarrollo personal ocupan entre un 20% y 30%, teniendo un 10% destinado al resto de las dimensiones como el derecho o la autodeterminación.

En dicha investigación participó un grupo homogéneo de 2.292 personas con discapacidad mayor de 45 años, donde se han tenido en cuenta los siguientes factores:

- Bienestar físico.
- Inclusión social.
- Bienestar emocional.
- Desarrollo personal y autodeterminación.
- Relaciones interpersonales .

- Bienestar material .

En esta investigación se observa que en lo que a las ayudas técnicas personales se refiere, la calidad media de vida de los sujetos es bastante baja. También, hay evidencias de que los problemas de salud disminuyen la calidad de vida en las personas que tienen cualquier tipo de discapacidad, influyendo además los aspectos personales y sociales, a los que se enfrenta la persona. Como educadores sociales, tenemos que atender a sus demandas e intervenir realizando programaciones y/o ofreciendo servicios y apoyo a estas personas para evitar que su discapacidad influya en su vida personal y social.

A la hora de realizar una intervención, debemos de analizar cada caso ya que cada individuo tiene una discapacidad diferente, pudiendo ser genética o adquirida, lo cual requiere diferentes maneras de intervención. Hoy en día, las formas de intervenir han ido evolucionando en gran parte debido a las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (a partir de ahora denominadas con las siglas Tic's), creando nuevos caminos para mejorar la vida de estas personas y adaptarlas de manera más específica a la discapacidad que la persona tenga.

CAPITULO I: DISCAPACIDAD

En los últimos años, se han realizado numerosas investigaciones sobre la situación de las personas con discapacidad y se ha comprobado que aún en el siglo en el que vivimos, existen numerosas barreras que no les permiten desarrollarse plenamente.

Si hablamos de barreras, de cara a la discapacidad, podemos hacer referencia a las siguientes situaciones:

- Una persona sorda la cual carece de un intérprete de lengua de signos.
- Una persona en silla de ruedas que no puede acceder por una rampa a un edificio o no hay ascensor en el mismo.
- Una persona ciega que usa un ordenador y carece de software para leer la pantalla.

Estas situaciones llevarían a pensar que, modificando el ambiente y las condiciones en las que viven las personas con discapacidad, se pueden suavizar ciertas deficiencias y/o discapacidades. Esto se puede realizar gracias a los avances tecnológicos y a las leyes que apoyan a estas personas.

Por otro lado, las personas con discapacidad también pueden encontrarse con actitudes negativas frente a la discapacidad, como:

- Bullying en el colegio.
- Discriminación en la empleabilidad.
- Personas que se burlan de las personas con discapacidad.

Todas estas actitudes generan frustración en la persona que posee la discapacidad. Es por ello que, muchas veces evitan salir a la calle o cambian sus rutinas.

1.1. Concepto de discapacidad y su evolución

Diferentes autores señalan la complejidad a la hora de definir el concepto de discapacidad y no existe unanimidad.

En los últimos años se han utilizado varios términos para definir a la persona con discapacidad: deficiente, limítrofe, discapacitado, o subnormal. Hoy el término discapacidad es el más extendido, mientras que antes era el de minusvalía.

Para **Martínez (2012)**, la discapacidad es “cualquier restricción o falta de capacidad para llevar a cabo una actividad en la forma, o dentro del rango, considerados adecuados para las personas que se estiman como “normales” o “no discapacitadas”. (p.29). Con esta definición observamos que se destacan los términos "falta", "restricción " y "normal" por lo que para nosotros ésta no estaría completa ya que, no incluye dentro de la definición, palabras que tengan un significado de inclusión.

Según la **OMS (1980)**, el término discapacidad hace referencia a “toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano”. (p.56). De esta definición destacamos los factores contextuales, como los factores educativos, laborales o sociales a los que el ser humano se enfrenta y las limitaciones que se encuentra debido a la discapacidad que tenga. Esta definición sería la más correcta ya que introduce los factores ambientales que en la definición de Martínez (2012) no se mencionaban.

Por otro lado, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)(2001) define la discapacidad como “un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad” (p.37). En esta definición aparece el término "participación" que en el ámbito de la educación social es un factor importante y más con este colectivo social ya que los educadores debemos facilitar el camino para dicha participación de una manera activa e inclusiva.

En los últimos años el término discapacidad, ha sufrido una nueva conceptualización. Antes de los años 90, las personas con discapacidad eran un grupo minoritario, mirado diferente, suponía una carga para la familia y eran desatendidos en cuanto a sus

necesidades, en muchas ocasiones. Estas personas eran infravaloradas, insultadas e incluso a veces maltratados. Se les solía denominar también subnormales o retrasados.

Puig de la Bellacasa (1990), plantea tres etapas en la evolución de la discapacidad :

- **Modelo tradicional:** La discapacidad era normalmente asociada a un castigo divino, a la brujería o una intervención del maligno.
- **Modelo de rehabilitación:** La persona con discapacidad asiste al médico como demanda de la persona discapacitada.
- **Modelo de la autonomía personal:** La persona con discapacidad busca acciones para lograr ser autónoma en la sociedad en la que vive.

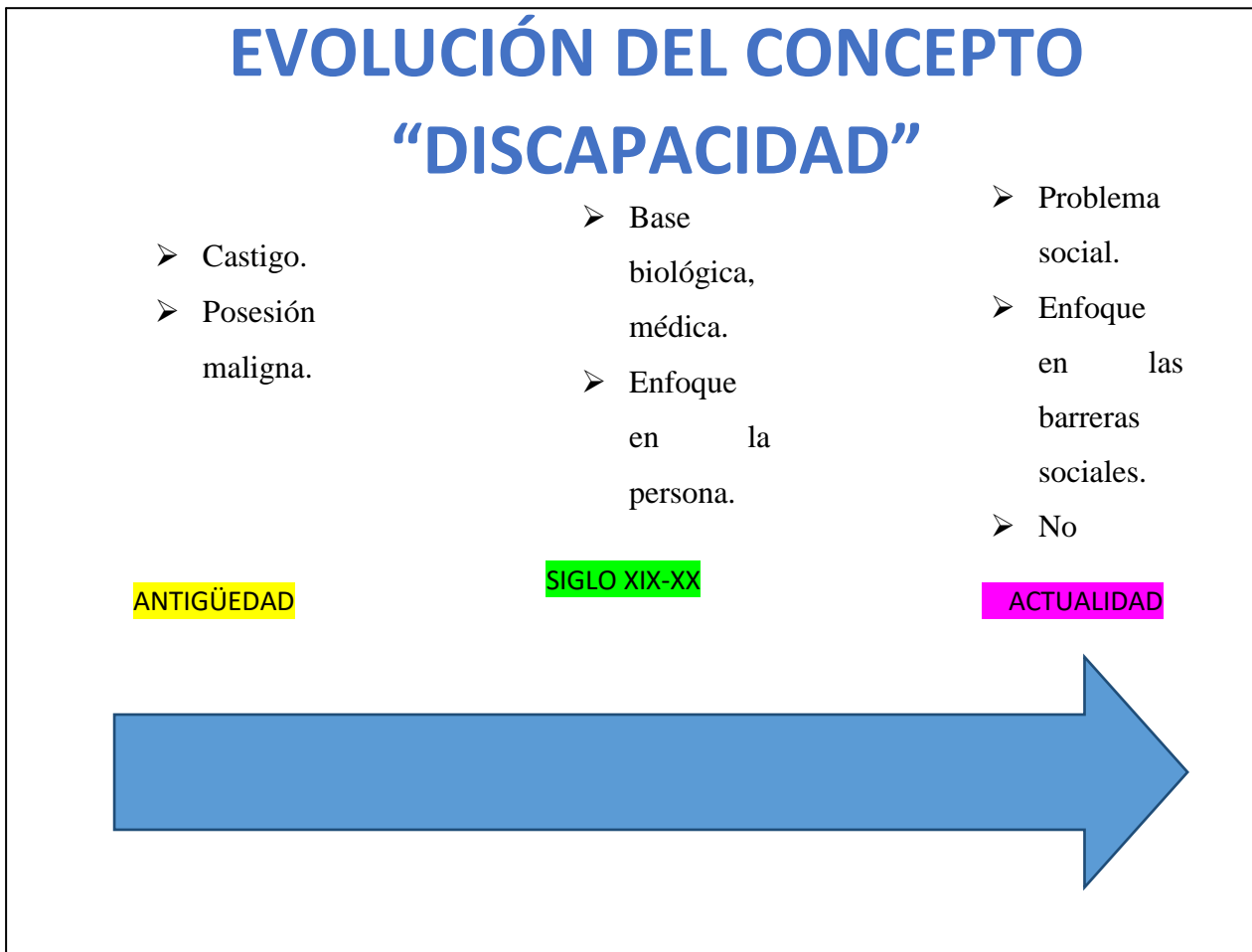


Tabla 1: Línea del tiempo de la evolución del término discapacidad.

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDD) de la OMS, hace referencia a los términos de deficiencia, discapacidad y minusvalía y define **deficiencia** como “la pérdida permanente o no de una función psicológica, fisiológico o anatómica. Esto incluye anomalías, pérdidas de extremidades, órganos o defectos en algún sistema funcional del cuerpo”. (p.45). En cuanto al término **discapacidad** la OMS recalca que este está evolucionando hacia una adecuación entre una persona y su medio social donde vive. Por último, el concepto de **minusvalía**, genera gran confusión con el de discapacidad. La OMS la define como “aquellos inconvenientes que posee una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia y/o discapacidad que le impide desarrollar diferentes funciones, según edad, sexo, factores sociales y culturales”.

Es importante diferenciar los tres términos por la confusión que se genera en la sociedad al hablar de ellos. La OMS lo ha definido muy detalladamente para que podamos distinguir y usarlas correctamente. A continuación, en la tabla nº 2, se ha realizado un esquema donde se puede observar claramente los desfases entre los términos deficiencia, minusvalía y discapacidad según la CIDD:

TEORIA DE LA CIDD (modelo organicista)

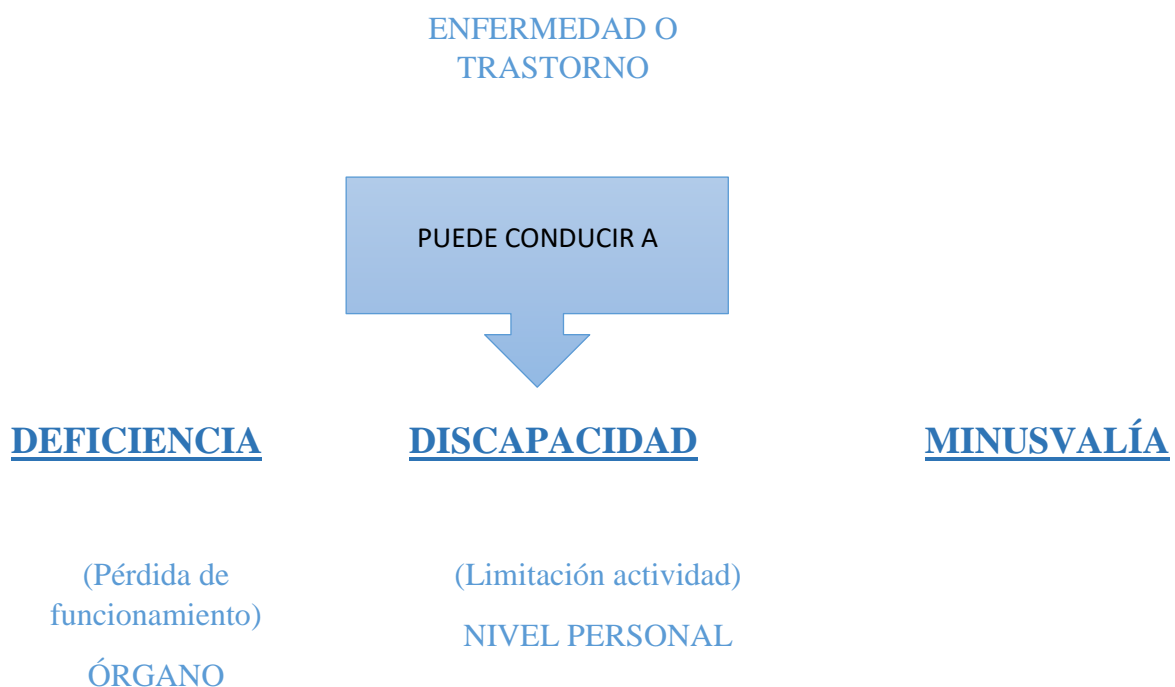


Tabla 2: Modelo organicista de la teoría de la CIDDMM.

Fuente: Elaboración propia

1.2. Tipos de discapacidad

A la hora de clasificar los diferentes tipos de discapacidad, debemos tener presente el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, por el que se determina el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía y el Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. Así pues podemos decir que existen tres grandes grupos, los cuales vamos a detallar a continuación:

- **Discapacidad Física**
- **Discapacidad Sensorial**
- **Discapacidad Psíquica**

1.2.1 Discapacidad Física

Las discapacidades físicas se encuentran relacionadas con el cuerpo, es decir una discapacidad relacionada con el aparato locomotor que puede afectar a cualquier parte de la musculatura no pudiendo moverse la persona voluntariamente.

Las personas que poseen una discapacidad física, tienen ciertas limitaciones en su vida diaria, pudiendo ser estas permanentes o temporales, dependiendo de la funcionalidad y la afectación de dicha discapacidad.

Aunque las causas de tener una discapacidad física pueden ser muchas, por norma general suele deberse a un daño en los músculos o en el sistema nervioso, como el pinzamiento de los nervios, la afectación de la médula espinal o la corteza motora. Del

mismo modo, existen malformaciones congénitas como la espina bífida que provoca esa discapacidad física.

Dentro de las discapacidades físicas podemos destacar la clasificación de Aguado y Alcebo (2002):

a) Según el momento de aparición.

- Prenatales.
- Perinatales.
- Postnatales.
- En la adolescencia.
- A lo largo de la vida.

b) Según la etiología.

- Transmisión genética.
- Infecciones microbianas.
- Accidentes.

c) Según la localización.

- Según el nivel
 - Monoplejia (parálisis de una sola extremidad).
 - Paraplejia (afecta a piernas y pies).
 - Tetraplejia (pérdida total de la movilidad de una extremidad inferior y pérdida total o parcial del movimiento de los miembros superiores).
 - Hemiplejia (parálisis en la parte opuesta a la dañada).
 - Espina bífida (dificulta o impide el movimiento de la persona).
 - Distrofia muscular (tono muscular débil perdiendo tejido a lo largo del tiempo).
 - Parálisis cerebral (graves efectos en la motricidad).
 - Amputación (discapacidad física al limitar el funcionamiento habitual de la persona).
- Según su extensión
 - Completa.
 - Incompleta.
- Según ciertos síntomas

- Espasticidad.
- Ataxia.
- Atetosis.

d) Según el origen.

- Cerebral.
- Espinal.
- Osteoarticular.
- Vascular.
- Muscular.

Las personas con discapacidad física representan un colectivo muy numeroso en la sociedad. Por otro lado también presentan una amplia diversidad en cuanto a las características de la discapacidad por lo que su estudio es muy complejo y esta clasificación de Aguado y Alcebo es la más completa para representar esa diversidad que existe en el ámbito de la discapacidad.

1.2.2 Discapacidad Sensorial

La discapacidad sensorial es aquella que está relacionada con alguno de los cinco sentidos, siendo la visión y la audición los más frecuentes a la hora de presentar problemas en la comunicación y el lenguaje. Las principales discapacidades sensoriales son:

➤ Discapacidad visual

La discapacidad visual es aquella que impide que la visión sea útil para adquirir algún conocimiento, constituyendo por lo tanto una desventaja. Esta discapacidad va desde una leve disminución en la capacidad visual, hasta la pérdida de la misma. Puede ser congénita o adquirida.

El CDC y la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluye dentro de la discapacidad visual una clasificación apoyada en la agudeza visual y deterioro:

- La agudeza visual baja significa visión entre 20/70 y 20/400 con la mejor corrección posible, o una visual de campo de 20 grados o menos.

- Ceguera se define como una agudeza visual peor de 20/400, con la mejor corrección posible, o un campo visual de 10 grados o menos
- Ceguera legal es la agudeza visual de 20/200 o peor con la mejor corrección posible, o un campo visual de 20 grados o menos.
- Agudeza visual de 20/70 a 20/400 (inclusive) se considera moderado deterioro visual o baja visión.

Si hablamos de discapacidad visual inmediatamente nos referimos a la ceguera como caso extremo pero esta clasificación según la OMS abre el abanico de posibilidades en relación con la salud visual y observamos que la baja visión, la pérdida del campo visual y la disminución de la visión central, también se considera una discapacidad visual aunque no se haya perdido la visión completamente.

➤ Discapacidad en la audición

La discapacidad auditiva puede afectar a la audición de manera total o parcial. Según el origen de la discapacidad ,ésta puede ser: congénitos o adquiridos.

Se han realizado mediciones con audiometrías por numerosos expertos, quienes categorizan los niveles de audición según el volumen mínimo en decibelios que el individuo puede oír. A continuación, se muestra una tabla con los diferentes niveles auditivos que una persona puede tener.

NIVEL	DÉFICIT AUDITIVO	EJEMPLO
Leve	Entre 21 y 40 decibelios	El paciente no oye bien a quien expone en una conferencia con público
Moderada	Entre 41 y 70 decibelios	Problemas para oír conversaciones normales
Severa	Entre 71 y 90 decibelios	Las personas se comunican con lengua de signos o usan audífonos
Profunda	Superior a 91 decibelios	Incapacidad de oír cualquier sonido

Tabla 3: Tabla con diferentes niveles auditivos que puede tener una persona

Fuente: <https://audifonosdigitales.net/discapacidad-auditiva-definicion-tipos/>

La adquisición de la lengua oral es el asunto de más importancia en la discapacidad auditiva. Según el nivel de pérdida de audición habrá más o menos problemas para adquisición del lenguaje. Éste no solo es un medio para comunicarnos, también sirve para el crecimiento personal, individual y racional del ser humano. Por otra parte, existe el ejemplo del lenguaje de signos que tanto ayuda, no solo a la persona con un nivel severo y profundo, en cuanto a déficit auditivo, sino también a los oyentes que gracias a dicha lengua pueden comunicarse con ellos.

1.2.3 Discapacidad Psíquica o intelectual

Las discapacidades psíquicas según Goldman y Cols (1981) las poseen “aquellas personas que sufren ciertos trastornos mentales o emocionales además de otros trastornos que pueden llegar a ser crónicos y erosionan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales sobre tres o más aspectos primarios de la vida cotidiana y menoscaban o impiden el desarrollo de la propia autosuficiencia económica”. (p.49).

Las principales causas de la discapacidad psíquica son: depresión, síndrome orgánico esquizofrenia, el trastorno bipolar, el síndrome orgánico y el autismo.

Como en las otras discapacidades, en la discapacidad psíquica, también existen diferentes tipos según los trastornos:

- Trastornos del estado de ánimo o afectivos (bipolaridad o depresiones).
- Trastornos de ansiedad (fobias, angustias...).
- Trastornos relacionados con las sustancias (alcoholismo o drogas).
- Trastornos mentales orgánicos (alteración orgánica que afecta a determinadas funciones cerebrales).
- Trastornos psicóticos (esquizofrenia, deliraciones o trastornos psicóticos).

Si nos basamos en el Cociente Intelectual de los sujetos, la OMS (1998) plantea la discapacidad intelectual de la siguiente manera:

- DI leve o ligera: 50-69
- DI moderada: 35-49
- DI grave o severa: 20-34

- DI profunda: Inferior a 20

A lo largo del tiempo se han propuesto, analizado y revisado numerosas definiciones sobre la discapacidad intelectual, puesto que es un concepto que tiene que ver con profesionales de varias disciplinas. Las clasificaciones basadas en criterios biológicos o médicos no son muy útiles en el campo de la educación. En cambio la clasificación por trastornos y la clasificación que se apoya en el cociente intelectual son de más ayuda para el ámbito socio-educativo y más concreto para los educadores sociales.

1.3. Recomendaciones internaciones sobre discapacidad.

Como bien sabemos, hay diferentes leyes referidas a los derechos y deberes de las personas con discapacidad a distintos niveles: a nivel internacional, a nivel europeo, a nivel nacional y a nivel regional.

1.3.1. A nivel internacional

La Convención de la ONU(2006) sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad tuvo como propósito asegurar que están en igualdad de derechos, promoviendo así el respeto y la dignidad hacia las personas con cualquier discapacidad, bien sea física, mental, intelectual... y que se eliminen todas las barreras arquitectónicas que se puedan encontrar en la sociedad impidiendo, su participación en ella, teniendo así igualdad de condiciones con el resto de las personas.

Los principios de la Convención fueron:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
- b) La no discriminación.
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.
- e) La igualdad de oportunidades.
- f) La accesibilidad.

- g) La igualdad entre el hombre y la mujer.
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el Grupo del Banco Mundial han desarrollado el Informe Mundial(2008) sobre la discapacidad, donde reúnen información acerca de la misma con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estas personas. El informe se ha basado en pruebas y análisis para poder recomendar las medidas adecuadas y oportunas a nivel nacional e internacional.

1.3.2. A nivel de la Unión Europea

Dentro de la Unión Europea, encontramos la Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación. En ella se trata de evitar la discriminación por motivos de desigualdades sociales como puede ser la discapacidad o la orientación sexual, dentro del ámbito de trabajo y/u ocupación, con el fin de que se aplique el mismo principio de igualdad para todos los individuos.

También destacamos la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras convocada en Bruselas el 15 de Noviembre del 2010 cuyo objetivo fue el de capacitar a las personas con discapacidad para que puedan disfrutar de todos sus derechos y beneficiarse plenamente de una participación en la economía y en la sociedad europea, especialmente a través del mercado único. Lograr este objetivo y asegurar una puesta en práctica efectiva de la Convención en toda la UE exige coherencia. La Estrategia identifica medidas a escala de la UE complementarias a actuaciones nacionales y determina los mecanismos necesarios para aplicar la Convención en la Unión, sin olvidar las propias instituciones de la UE. También expone el apoyo que se necesita para la financiación, la investigación, la sensibilización, la recopilación de datos y la elaboración de estadísticas. La Estrategia se centra en la supresión de barreras. La Comisión ha identificado ocho ámbitos primordiales de actuación: accesibilidad, participación, igualdad, empleo, educación y formación, protección social, sanidad y acción exterior. Estos ámbitos se eligieron por su potencial para contribuir a los objetivos generales de

la Estrategia y la Convención, así como a partir de los documentos políticos en esta materia de las instituciones de la UE y del Consejo de Europa, los resultados del Plan de Acción de la UE en materia de discapacidad (2003-2010) y una consulta de los Estados miembros. Las referencias a actuaciones en los Estados miembros tienen por objeto complementar las medidas a escala de la UE, y no pretenden cubrir todas las obligaciones nacionales derivadas de la Convención. La Comisión también abordará la situación de las personas con discapacidad a través de la Estrategia Europa 2020, sus iniciativas emblemáticas y el relanzamiento del mercado único.

1.3.3. A nivel Nacional

En España está el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social. En este documento, se defienden los derechos de las personas discapacitadas y su inclusión en la sociedad.

Por otro lado, existe la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social, donde se reconoce a estas personas sus derechos, de acuerdo a la Convención Internacional. Además, se definen una serie de infracciones y sanciones que garantizan la igualdad de oportunidad, la no discriminación y se establece la accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

1.3.4. A nivel autonómico (Castilla y León)

Existen leyes en la Comunidad Autónoma de Castilla y León que aseguran la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, siendo ésta la Ley 2/2013, de 15 de mayo, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Esta ley tiene como objetivo garantizar la igualdad de oportunidades, deberes, derechos y libertades a las personas que poseen alguna discapacidad, para promocionar su bienestar, autonomía, calidad de vida y su pleno desarrollo.

Esta Ley se organiza en Títulos, capítulos, secciones y artículos. En el Título 1, artículo 6, se trata la garantía de los derechos de las personas con discapacidad. En dicho artículo se presta más atención a las personas con mayores discapacidades y por tanto limitaciones, por estar en mayor riesgo de exclusión. En el Título 2 se encuentran las medidas de igualdad y oportunidades de las personas con discapacidad, tales como las

medidas contra la discriminación, medidas de promoción de autonomía personal o medidas de acción positiva entre otros. Por otro lado, la sección 4, hace referencia a los servicios sociales, los cuales defienden los derechos de las prestaciones sociales de las personas con discapacidad para que sostengan sus necesidades incrementando así su calidad de vida y su bienestar social. La siguiente sección 5 hace referencia a la integración de las personas discapacitadas en el ámbito social, siendo este la cultura, el deporte, el turismo, el ocio y el medio ambiente. En cambio el capítulo 3 hace referencia a las medidas de defensa y la protección jurídica que se emplea en los individuos con discapacidad.

Hay que destacar que según el Título III capítulo I, artículo 54, punto 2: la Junta de Castilla y León elaborará, cada cuatro años y con la participación de las entidades representativas de las personas con discapacidad en Castilla y León un Plan autonómico de accesibilidad, que se incluirá dentro del Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Este Plan incluirá:

- a) La evaluación de la aplicación de la normativa y sus efectos, así como las propuestas de modificaciones normativas, en su caso.
- b) Las actuaciones materiales que deben desarrollarse en consonancia con la evaluación realizada.

Además, hay que destacar la existencia de otra ley, la cual apoya a la comunicación y comprensión de las personas con discapacidad, siendo esta la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Se incluye posibilitar el aprendizaje, conocimiento y utilización de la lengua de signos .Se hará extensivo a las personas con otro tipo de discapacidad cuando favorezca su capacidad de comunicación.

CAPITULO II: DISCAPACIDAD ADQUIRIDA

Si nos referimos a personas con discapacidad, debemos tener en cuenta que existen diferentes tipos y clases de discapacidad. Es por ello que, debemos distinguir entre la discapacidad genética, es decir que se tiene por herencia y la discapacidad adquirida, la cual se tiene en alguna etapa de su vida y por último, las congénitas (complicación en el embarazo).

2.1. Concepto de discapacidad adquirida y sus características

Cuando una persona sufre un accidente, pueden quedar secuelas como por ejemplo que tenga que estar el resto de su vida en una silla de ruedas, o que no se valga por sí sola teniendo así que depender de personas que están a su alrededor.

Todo esto, va a suponer cambios respecto a la vida que antes llevaba, condicionándole para siempre, por lo que pueden darse estados depresivos. Llamamos discapacidad adquirida, a una discapacidad que no poseíamos pero debido a un accidente (por el motivo que sea), el individuo queda con secuelas, produciéndose una discapacidad. Puesto que anteriormente no se poseía esa discapacidad, no resulta fácil asimilarla, sino que existen dificultades de adaptación, donde los estados anímicos y emocionales juegan un papel importante sobre todo en la rehabilitación (si la hay, dependiendo de la discapacidad).

También debemos tener en cuenta la edad como variable en la discapacidad adquirida: (<http://www.ministeriodesarrollosocial.gob>).

- **Edades tempranas:** El niño adaptará su discapacidad a su vida diaria. Con la ayuda familiar y de los adultos de su entorno, lo van superando, pudiendo así desarrollarse de manera normalizada.
- **Adolescencia:** Es más difícil asimilar una discapacidad a estas edades, puesto que se encuentran en plena etapa de relaciones sociales.
- **Adulto:** Es muy difícil asimilar la discapacidad puesto que la persona se encuentra con unas limitaciones que antes no poseía. La aceptación por parte de los demás también juega un papel muy importante, ya que compara sus relaciones y experiencias anteriores con las nuevas, lo cual puede desembocar en frustración y en ocasiones en depresión.

Por otra parte hay que señalar que según la Doctora Elke Kurpiers (1987) existen diferentes etapas en cuanto a discapacidad adquirida:

- **INCERTIDUMBRE**

Hace referencia a una persona que posee síntomas pero aún no ha sido diagnosticado por un médico y se encuentra preocupado y haciéndose preguntas a sí mismo. Muchas veces da lugar a buscar información en la red, la cual puede ser errónea y generar mayor frustración, pues la incertidumbre nunca será resuelta.

- **SHOCK**

Responde a una reacción que se puede tener al escuchar un diagnóstico. Suele durar unos minutos, horas o días, es decir, no son periodos largos de tiempo. La persona no puede llegar a entender la gravedad de la discapacidad que tiene.

- **NEGACIÓN**

La negación es una de las primeras reacciones que surge en una persona al tener que asimilar una discapacidad adquirida como mecanismo de defensa. La negación es nociva sólo cuando interfiere con el tratamiento o los esfuerzos de rehabilitación. Con el

tiempo, la negación debe "suavizarse", esto es, el individuo reconoce emocionalmente que ha ocurrido una pérdida.

- **DEPRESIÓN**

La aceptación de una discapacidad no suele ser fácil. Es por ello que, muchas personas caen en depresión, disminuyendo así su autoestima. Estos sentimientos que conlleva la depresión pueden aumentar si no hay personas que ayuden a que esa depresión y esos sentimientos que el individuo tiene.

- **ACEPTACIÓN**

Después de un tiempo, el individuo suele aceptar su discapacidad. Pero ello no implica que sea feliz, sino que acepta y vive con la discapacidad, abandonando así las falsas esperanzas del futuro y siendo realistas con lo que se tiene. Trascurrido el tiempo la persona asimila su discapacidad y termina sintiéndose bien con ella.

2.2. Tipos de discapacidad adquirida

La discapacidad adquirida puede tener diferentes causas y consecuencias diversas. El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad CERMI (2015), ha realizado y sintetizado los diferentes tipos de discapacidad adquirida, siendo éstas:

- ✚ Daño cerebral adquirido (DCA).
- ✚ Discapacidad Auditiva Adquirida.
- ✚ Discapacidad Visual Adquirida.
- ✚ Discapacidad Física Adquirida.
- ✚ Enfermedad Mental.
- ✚ Discapacidad Adquirida por Enfermedades Raras.

2.2.1. Daño cerebral adquirido (DCA)

Supone una lesión cerebral posterior al nacimiento, la cual puede tener consecuencias a nivel físico, psíquico, conductual y sensorial, limitando la capacidad de las personas para seguir un ritmo de vida normalizado.

Entre las causas más comunes del daño cerebral adquirido se encuentran los tumores cerebrales o los traumatismos craneoencefálicos. Es por ello que estas personas que

adquieren este tipo de discapacidad, necesitan una atención especializada en el ámbito socio sanitario, bien sea de un psicólogo, de un pedagogo o de un educador social, quienes le ayudarán a adaptarse socialmente y promoverán cierta autonomía en el individuo.

2.2.2. Discapacidad Auditiva Adquirida

La sordera se puede adquirir a lo largo de la vida. Puede ser por enfermedad o por accidentes. Diferentes estudios determinan que la población suele adquirir este tipo de discapacidad entre los 65 y los 80 años de edad, sufriendo una pérdida de audición la cual dificulta acceder a la información y a la comunicación de manera exitosa.

La discapacidad auditiva adquirida puede ser causada por infecciones o traumatismos (factores exógenos), o por causas genéticas.

2.2.3. Discapacidad Visual Adquirida

La ceguera severa se produce en más del 80% de la población. Esto quiere decir que ese porcentaje de población usa gafas o lentes de contacto para poder ver con claridad los objetos y llevar una vida más fácil. También, existe una alta incidencia de patologías como la miopía magna, el desprendimiento de retina y glaucoma.

Se dan más casos de pérdida de visión por accidente, bien sea de un ojo o de los dos, pero también se puede perder visión a causa de la edad o de una simple enfermedad.

2.2.4. Discapacidad Física Adquirida

Este tipo de discapacidad, se da cuando una persona tiene la dificultad de desenvolverse de manera normalizada en su vida diaria. Esta discapacidad puede ser causada por:

- Dificultades en el embarazo.
- Problemas genéticos.
- Accidente (discapacidad adquirida) .

La discapacidad Física Adquirida es una de las más comunes actualmente. En la mayoría de las ocasiones está causada por accidentes, como la pérdida de alguna extremidad o por causa de enfermedad.

2.2.5. Enfermedad mental

Se han registrado graves casos de enfermedades mentales, sobre todo en la juventud o a partir de la adolescencia. Al igual que otras personas con discapacidad, éstas necesitan una ayuda para la integración en la sociedad así como la reinserción en el mundo laboral y social.

Esta discapacidad es muy importante de tratar cuando la persona posee una discapacidad asociada ya que es muy difícil psíquicamente asumir un tipo de discapacidad. Además, dependiendo de la discapacidad que se haya adquirido, las consecuencias pueden afectar de una u otra manera a la persona. Entre las posibles causas de la discapacidad psíquica están: depresión, esquizofrenia, bipolaridad, trastornos de pánico, autismo y síndrome de Asperger.

2.2.6. Discapacidad Adquirida por Enfermedades Raras

La discapacidad adquirida tiene un problema asociado cuando el motivo es una enfermedad rara. Hay poca población que tiene este tipo de discapacidad, los servicios médicos sanitarios poseen dificultades para su diagnóstico y su tratamiento. En este caso se encargan los servicios sociales de evaluar las discapacidades que estas enfermedades provocan, valorando así sus limitaciones diarias y ofertándoles el apoyo necesario.

Los educadores sociales deben intervenir ante personas con una discapacidad adquirida al igual que otros profesionales, bien sean psicólogos, pedagogos, médicos especialistas, maestros de Educación Especial..., para tratar de dar una respuesta exitosa a las dificultades que estas personas poseen de cara a la reinserción social y laboral en sus vidas.

Es evidente que para tratar a una persona con discapacidad se necesitan varios profesionales, es por ello que, una adecuada y constante comunicación entre todos los especialistas que intervengan con el individuo, mejorará el desarrollo del mismo.

Existen actualmente numerosos centros en España que cuentan con educadores sociales con el fin de reeducar y facilitar a las personas con discapacidad los recursos y apoyos necesarios para que puedan proseguir con su vida de la mejor manera posible .

2.3 Centros de atención a personas con discapacidad

Existen centros públicos del estado que prestan servicios de formación profesional para insertar a personas con discapacidades en edad laboral, adaptándose a las necesidades de cada individuo. El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) cuenta con Centros de Atención a Personas con Discapacidad (CAMF) . Estos centros están destinados a la atención integral de aquellas personas con discapacidad física que carecen de posibilidades razonables de recuperación y se encuentran en serias dificultades para conseguir una integración laboral. El IMSERSO gestiona el CAMF con 613 plazas en total para estas personas. Estos centros se encuentran principalmente en La Rioja, Madrid, A Coruña, Albacete y Cádiz (http://www.imserso.es/imserso_01/centros) y prestan los siguientes servicios:

- Cursos de enseñanza ocupacional.
- Recuperación médico-funcional y psicosocial.
- Trabajo de autonomía y accesibilidad a las TIC.
- Desarrollo de las Tic's asociándolas a su discapacidad para ayudarles en relación con el mercado laboral.
- Integración social.
- Readaptación al mercado laboral de las personas con discapacidad que lo necesiten.
- Actividades para la reinserción laboral.

Podrán solicitar ayuda a estos centros las personas que reúnan las siguientes condiciones:

- Poseer un grado de discapacidad reconocido.
- No tener una enfermedad grave contagiosa.
- No poseer trastornos mentales que alteren la convivencia en el centro.
- Ser Español/a .
- Tener más de 16 años.

En cuanto a los servicios que ofrecen estos centros, pueden ser de alojamiento o de rehabilitación a la persona con discapacidad:

- De alojamiento
 - Residencia.
 - Manutención.

- Centro de día (rehabilitación)
 - Formación cultural y profesional.
 - Actividades de ocio, tiempo libre y deporte.
 - Comedor.

Todos estos centros poseen unas instalaciones y un personal competente para tratar que las personas con discapacidades se integren de manera exitosa en el mercado laboral. El educador social juega un papel importante en estos centros de atención a personas con discapacidad ya que tanto su integración en el mundo laboral como su integración social son dos de los objetivos principales en los que estos centros intervienen con ellos. También hay que hacer hincapié en los escasos educadores sociales que existen en estos centros y fomentar su contratación realizando programas de intervención y haciendo ver que es necesario la figura del educador para trabajar con personas con discapacidad.

CAPITULO III: CALIDAD DE VIDA

Cualquier discapacidad cambia el modo de vida de las personas, en mayor o menor grado, dependiendo de la misma. Así pues, afecta a su calidad de vida. Sin embargo, estas personas aseguran no sentirse discriminadas por su discapacidad, a pesar de que sí declaran que existen muchas barreras para acceder a sitios públicos o a sus propios domicilios, como escaleras, bordillos de acera, etc.

3.1. Concepto de calidad de vida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es:

Es el estado de complemento y bienestar físico, mental y social de una persona, y no sólo la ausencia de síntomas o de una afección determinada. Desde esta perspectiva, todo profesional de la salud debe entender a la enfermedad y procurar su tratamiento con base a los aspectos físico, mental y social. (p.34).

Lawton (2001) concluye que la calidad de vida es “la evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo”. (p.56). De la misma manera y basándonos en la definición de Ferrans (1990), la calidad de vida es “el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella”. (p.89).

Resulta esencial destacar el concepto de Calidad de Vida según Felce y Perry (1995), quienes la definen como “un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales”. (p.32).

La palabra "bienestar" se repite en muchas de las definiciones, un bienestar no solo físico sino mental, personal y social, es decir, existe una relación entre ellos y debe de existir una conexión y una armonía para llegar a un bienestar completo. En la sociedad actual estamos buscando constantemente mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y con las personas con discapacidad ocurre lo mismo aunque todavía existen problemas sobre todo en políticas de inclusión y atención ,ya sea porque son escasas o porque no se destinan suficientes recursos económicos para poder contratar a los profesionales necesarios en los que el educador social estaría. Por lo que ese bienestar que tanto se busca a lo largo de la vida, para personas con discapacidad, resulta más complicado ya no sólo por ser discapacitado, sino por la falta de compromiso y coordinación de las administraciones ante esta situación.

3.2 Calidad de vida y empleabilidad

En la Convención de Personas con Discapacidad (CDPD)en su artículo 27 se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones con el fin de tener un trabajo digno como cualquier otra persona, evitando así la discriminación y promoviendo la formación profesional así como la inclusión y la igualdad de oportunidades.

En este sentido los educadores sociales tratan de dar una respuesta adecuada a la persona con discapacidad, favoreciendo su reinserción social y laboral ayudándole a que su vida sea más fácil en todos los aspectos a través de una propuesta de intervención.

La discapacidad en la empleabilidad se ha visto de manera negativa y problemática, ya que implica a veces incapacidad o discriminación. Las personas con discapacidad suelen estar subempleadas o desempleadas en comparación con las personas que no poseen ningún tipo de discapacidad.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la tasa de paro de las personas con discapacidad a finales 2016, fue 28,6%, es decir, 185.200 personas, mucho más que la población sin ninguna discapacidad. (<http://www.ine.es/dyngs/>)

Entre ellos, las mujeres con discapacidad registran mayor tasa de desempleo que los hombres en las mismas circunstancias. Además, los que más empleabilidad suelen tener son aquellos que presentan discapacidades auditivas y visuales. Por el contrario, los que menos empleabilidad tienen son los que tiene problemas cognitivos o dificultades en el aprendizaje.

Existen centros especiales de empleo cuyo objetivo es dar trabajo a las personas con discapacidad. Entre estas discapacidades se encuentran: parálisis cerebral, personas con enfermedades mentales, discapacidad intelectual, grado de minusvalía igual o superior al 33% y discapacidad física o sensorial con un grado de minusvalía igual o superior al 65%.

Estos centros cuentan con profesionales ubicados en los Servicios Sociales de los Centros Especiales de Empleo que ayudan a superar las barreras que una persona discapacitada se puede encontrar de cara a un puesto de trabajo y su conservación.

A continuación se presenta una tabla de representación de los diferentes tipos de discapacidad en el empleo de los CEEs.
https://www.sepe.es/contenidos/personas/encontrar_empleo)

	OCUPACIÓN	EMPLEO EN CEE
Discapacidad física	58,9%	42,6%
Discapacidad intelectual	11,0%	36,4%
Discapacidad mental	9,7%	11,8%
Discapacidad sensorial	20,3%	9,2%

Tabla 4: Tabla con diferentes tipos de discapacidad en el empleo de los CEEs.

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas realizada por los CEEs.

Sea cual sea la discapacidad de la persona, cuando la persona no encuentra trabajo, se encuentra frustrada, llegando en algunos casos a la depresión. Por el contrario, cuando una persona con dificultades o discapacidades, encuentra un trabajo, se siente más satisfecha con ella misma, al ver que es capaz de hacer cosas y valerse por sí mismo, ser independiente económicamente o simplemente sentirse satisfecho por tener un trabajo a pesar de las dificultades que ello conlleva.

Además, existen leyes que tienen como objetivo el trabajo de las personas con discapacidad así como sus derechos. Esto se ve reflejado en el Real Decreto Legislativo 1/2013, “por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (art. 42) establece que toda empresa pública o privada con 50 o más trabajadores tiene que reservar el 2% de su plantilla para la contratación de personas con discapacidad”.

CAPITULO IV: LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

4.1. Definición de las Tics

La UNESCO (2011), define las Tecnologías de la Información y la Comunicación Tic's como “todos los medios técnicos que se utilizan para manejar la información y

facilitar la comunicación, incluyendo hardware de computadoras y redes, así como también todo el software necesario” (p. 197). Por otro lado, Cabrero (1998) al explicar qué son las Tic’s nos dice que las tecnologías “giran en torno a tres medios básicos: la informática, la microelectrónica y las telecomunicaciones; pero giran, no sólo de forma aislada, sino lo que es más significativo de manera interactiva e interconexiónadas, lo que permite conseguir nuevas realidades comunicativas”. (p.198)

4.2. Características de las Tic’s

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación tienen una serie de características (Cabrero,1998) que se muestran a continuación: (<https://www.uv.es>)

- **Inmaterialidad:** Las Tic’s realizan la creación, el proceso y la comunicación de la información. Esta información es básicamente inmaterial y puede ser llevada de forma transparente e instantánea a lugares lejanos.
- **Interactividad:** La interactividad es posiblemente la característica más importante de las Tic’s para su aplicación en el campo educativo. Mediante las Tic’s se consigue un intercambio de información entre el usuario y el ordenador. Esta característica permite adaptar los recursos utilizados a las necesidades y características de los sujetos.
- **Interconexión:** Hace referencia a la creación de nuevas posibilidades tecnológicas a partir de la conexión entre dos tecnologías. Por ejemplo, la telemática es el resultado de la interconexión entre la informática y las tecnologías de comunicación, propiciando con ello, nuevos recursos como el correo electrónico.
- **Instantaneidad:** Hoy en día, internet nos ha dado la posibilidad de transmitir información y permitir la comunicación entre nosotros ,desde lugares alejados, de una forma rápida.
- **Digitalización:** Su objetivo es que la información de distinto tipo (sonidos, textos, imágenes, animaciones, etc.) pueda ser transmitida por los mismos medios al estar representada en un formato único universal.
- **Innovación:** Las Tic’s están produciendo una innovación y cambio constante en todos los ámbitos sociales. Sin embargo, es de reseñar que estos cambios no

siempre suponen un rechazo a las tecnologías o medios anteriores, sino que en algunos casos se produce una especie de simbiosis con otros medios.

- **Diversidad:** El impacto de las Tic's no se refleja únicamente en un individuo, grupo, sector o país, sino que, se extiende al conjunto de las sociedades del planeta. Los propios conceptos de "la sociedad de la información" y "la globalización", tratan de referirse a este proceso.

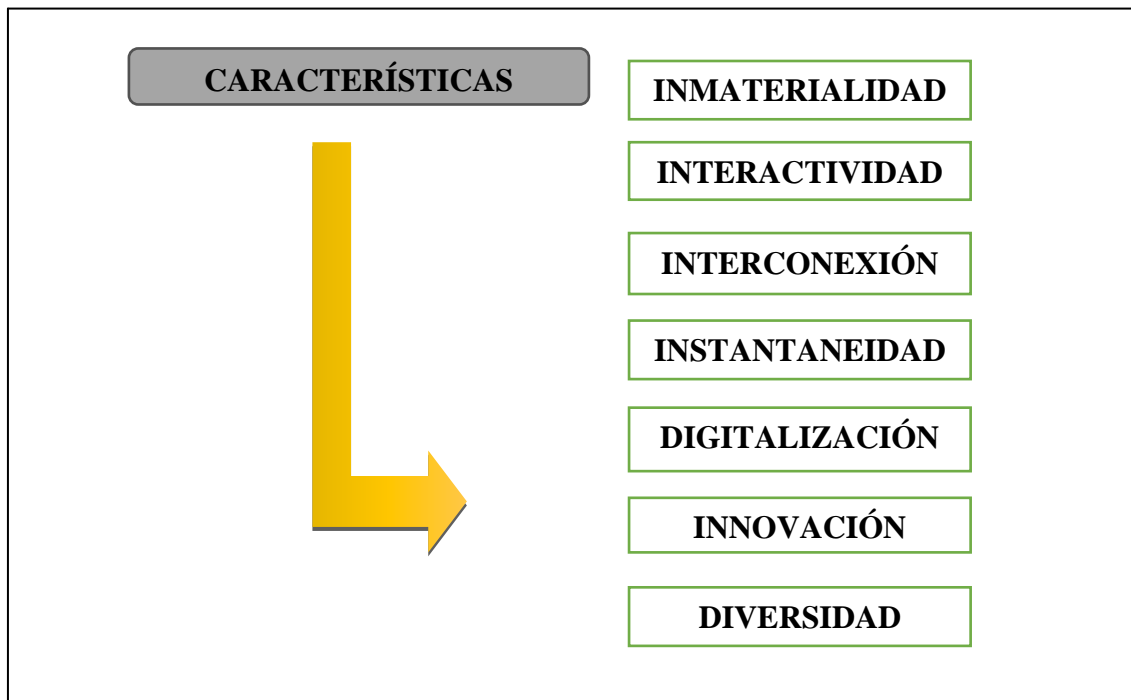


Tabla 5: Esquema de las características de las Tic's.

Fuente: Elaboración propia

Dentro de todas las características señaladas hay dos de ellas que destacan para realizar nuestro proyecto de intervención: interactividad e interconexión. Ambas fomentan la inclusión de las personas con discapacidad, con la finalidad de innovar en soluciones que promuevan la inserción de estas personas en los ámbitos social y laboral. La interconexión facilita que las personas con discapacidad puedan conocer los proyectos y servicios que se desarrollan para mejorar la vida en diferentes ámbitos. Para ello, las instituciones y organizaciones deben innovar en las Tic's y difundirlas correctamente de manera que la información llegue a todas las personas.

4.3 Influencia de las Tic's en las personas con discapacidad

Las Tic's ofrecen un gran apoyo a los servicios sanitarios en cuanto a prestación de servicios. Es así como las personas con discapacidad se están viendo afectadas por la tecnología, de la misma manera que cualquier otro ciudadano. Hoy en día, una persona que no dispone de manos, puede escribir en un ordenador, un ciego puede leer, un mudo hablar y una persona que no se mueve puede controlar la televisión o las persianas de su casa.

Los centros, cuyo objetivo es intervenir con las personas con discapacidad, potencian y utilizan la tecnología para actividades de uso cotidiano, adaptados a su puesto de trabajo y a las necesidades de cada individuo. Así pues, las Tic's nos proporcionan muchos recursos tecnológicos para trabajar con personas con discapacidad potenciando la comunicación, desarrollando el potencial cognitivo, favoreciendo la autonomía y el ocio y es un recurso para facilitar las posibilidades laborales.

A continuación, se exponen algunos recursos y herramientas, Tic's, que son utilizadas por personas con discapacidad:

A- Discapacidad física:

- Problemas visuales: estos se pueden solventar con ayuda de las Tic's a través de lectores de texto, lectores de Braille, calculadoras parlantes, impresora Braille, detectores de obstáculos para guiar a las personas, luces amplias en la pantalla o programas standard manejados por voz.
- Problemas auditivos: las Tic's también pueden ayudar a solventar los problemas auditivos a través de programas para la conversión de voz en texto, el e-mail y chat o un sistema de ampliación para hipoacusias.

B-Discapacidad motriz:

Encontramos recursos o herramientas que van a intentar ayudar y facilitar la vida de estas personas, como: teclados adaptados, punteros, carcasas, programas reconocedores de voz, control de luces u otros interruptores.

C- Discapacidad psíquica:

Existen en la red gran cantidad de recursos y actividades para desarrollar la mente y las capacidades cognitivas, así como actividades de refuerzo o programas específicos para diagnósticos y tratamiento de algunas deficiencias.

Existen numerosas herramientas tecnológicas para facilitar la comunicación y el desarrollo de las actividades diarias, de manera más cómoda. La existencia de tantos recursos en nuestra sociedad, han ido evolucionando a lo largo del tiempo, pero sigue siendo un tema muy desconocido para estas personas como para aquellas que no poseen ninguna discapacidad

4.3.1. ¿Cómo podemos ayudar con las Tic's a las personas con discapacidad?

Hoy en día, gracias a los últimos avances en las Nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación, son numerosos los recursos de los que disponemos para trabajar con personas que poseen alguna discapacidad. A continuación mostramos diferentes programas para trabajar con diferentes discapacidades:

Programa Azahar(<http://www.proyectoazahar.org>)

Esta aplicación se desarrolla a través de pictogramas que facilitan la lectura, fotos de sus familiares o incluso voces. También puede adaptarse a las preferencias del individuo, pudiendo cambiar los pictogramas según los vaya comprendiendo.

El proyecto Azahar tiene una serie de aplicaciones gratuitas las cuales se pueden personalizar y permiten a las personas con autismo o discapacidad intelectual o psíquica, mejorar su comunicación, planificar sus tareas y disfrutar de su tiempo libre.

Esta herramienta es compatible tanto con Windows como con Android y está inspirada en el programa TEACCH, donde a través de los pictogramas las personas se pueden comunicar más fácilmente sin sentirse frustrados.

Programa E-miniza

Supone un sistema tecnológico personalizable dirigido a personas con autismo o con dificultades en la comunicación tanto a nivel oral como a nivel escrito.

Actualmente, se encuentra disponible para iPad, Android y Windows, por lo que posee una serie de pictogramas asociados para mantener una comunicación directa y sencilla.

Al tener pictogramas, puede ser muy útil para personas con sordera, dado que se puede personalizar y adaptar a las necesidades del individuo. También a personas con síndrome de Down ya que éstas a veces presentan dificultad en el lenguaje.

Proyecto emociones (<https://autismodiario.org/>)

Es un software que ayuda a la mejora de la empatía de las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Así pues, tiene como fin crear actividades para el desarrollo de las habilidades sociales. Hay 5 niveles de uso, dependiendo de su complejidad, los cuales también se utilizarán para manifestar estados de ánimo.

COMPLEJIDAD		ESTADOS DE ÁNIMO
NIVEL 1	Actividades con pictogramas	Alegría
NIVEL 2	Pictogramas de color	Ira
NIVEL 3	Imágenes reales	Aburrimiento
NIVEL 4	Actividades sobre relación entre la situación y emoción	Miedo
NIVEL 5	Actividades sobre relación entre creencia y emoción	Sorpresa
		Tristeza
		Frustración

Tabla 6: Tabla con diferentes niveles de uso y complejidad para manifestar estados de ánimo.

Fuente: Elaboración propia

Sistema de Formación BIT

Para las personas con Síndrome de Down o discapacidades psíquicas, existe el Sistema de Formación BIT, una herramienta tecnológica diseñada para hacer más fácil el día a día de los niños que poseen este trastorno.

Este proyecto posee una metodología innovadora para acceder a las Tic's. Estas metodología varía según la edad y siempre es dirigida e instruida por un profesorado.

Existen juegos interactivos para el desarrollo intelectual. Puesto que la tecnología en cuanto a los teléfonos respecta, ha crecido mucho los últimos años, se ha creado un juego llamado CITI, para mejorar las habilidades cognitivas a la par que se genera diversión.

También existe un CD llamado el ARCA (Aprender, Resolver, Comprender y Aplicar), donde sus actividades tienen el objetivo de que el individuo piense y aprenda, desarrollando así la memoria, el razonamiento, la visión y la audición.

Estos programas abarcan diferencias discapacidades tales como: el Síndrome de Down, el Autismo, la ceguera o discapacidad visual, la dislexia..., son las discapacidades más comunes y más conocidas, por lo que para ellas se han desarrollado diversos programas y proyectos ya que su demanda es bastante elevada. Pero no hay que olvidar que existen numerosas discapacidades tanto innatas como adquiridas que son tristemente menos conocidas y que necesitan ayuda de las Tic's .

Cognifit (www.cognifit.com)

Es un programa orientado a la evaluación y mejora de la salud cognitiva. Todas las herramientas de exploración y estimulación de las funciones cerebrales han sido probadas y validadas clínicamente. Trabajan con hospitales, universidades, fundaciones y centros de investigación de todo el mundo. Actualmente CogniFit es un programa líder, reconocido y utilizado por la comunidad científica y compañías a nivel internacional. Consta de una completa batería online de tareas que permite evaluar 22 funciones cognitivas fundamentales. Cada habilidad cognitiva está perfectamente definida y es evaluada de forma precisa mediante test estandarizados y resultados normalizados en edad y criterios demográficos en base a miles de sujetos. Mediante los datos cognitivos obtenidos a través de la exploración y la normalización de resultados por edad y países, CogniFit entiende cuál es la situación cognitiva particular de cada individuo y puede ofrecer un programa de ejercicio cerebral personalizado.

Este programa lo utilizaremos en el proyecto de intervención dentro del bloque de actividades para potenciar la memoria para mejorar las habilidades cognitivas del paciente.

CAPITULO V: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1 . Contextualización

El Centro Hospitalario P. Benito Menni de Valladolid (España), es una institución sin ánimo de lucro, de ideario católico y de naturaleza privada, con personalidad jurídica propia, que pertenece a la Congregación de Hermanas Hospitalarias, fundada en 1881 por San Benito Menni, Sor M^a Josefa Recio y Sor María Angustias Jiménez.

El objetivo principal del centro es la promoción y formación integral de las personas con discapacidad intelectual para lograr su integración sociolaboral. Desde la asociación lo que se busca es que los usuarios alcancen un grado de autonomía personal y que posteriormente puedan acceder a una empresa para tener acceso al mundo laboral.

Con cada uno de los usuarios se lleva a cabo un Proyecto de Intervención donde se ajustan a cada una de las necesidades de la persona y se plantea un proyecto de manera individualizada. El educador social, cuando está trabajando en un centro con estas características, su función u objetivo no debe ser otro que ayudar a las personas con discapacidad a su reinserción tanto social como laboral.

El centro trabaja en diferentes áreas:

1- Salud mental: Destinada a la atención integral e interdisciplinar de personas adultas con problemas de salud mental. Se tratan casos de: trastornos psicóticos, esquizoide, afectivos, depresiones, ansiedad, fobias, conductas agresivas, alcoholismo, trastorno de conducta alimentaria (anorexia, bulimia) problemas de relación, etc. Desde esta unidad se ayuda al enfermo mental a recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales y demandas, que supone vivir, trabajar y relacionarse. Se interviene mediante actividades diarias de carácter ambulatorio como talleres y vivencias, orientadas hacia las áreas de autoestima y autocontrol; psicomotricidad; actividad lúdica; valoraciones y planes terapéuticos individualizados; y coordinación con tutores y familiares.

2- Atención a la dependencia: Se ofrece una atención residencial para personas con deterioro físico o psíquico con un amplio programa terapéutico y de ocio (talleres de jardinería y horticultura, informática, grupo de teatro, cine, etc....).

3- Psicogeriatría: A través del área se ofrece atención residencial para personas con deterioro de las funciones superiores y patologías asociadas que requieren cuidados permanentes y programas de rehabilitación neuropsicológica.

4- Área de cuidados continuados: Este área atiende a pacientes en periodo de convalecencia, rehabilitación o en fase terminal.

5- Neurorehabilitación: El área de daño cerebral está especializado en la rehabilitación integral de personas afectadas por lesión cerebral: traumatismos, accidentes cerebrovasculares (ACV), tumores, infecciones, etc...

Tras conocer las áreas que se trabajan en el centro y el objetivo de promocionar e integrar a las personas que ingresan aquí, vamos a realizar nuestro proyecto de intervención con una persona que presenta las siguientes características:

- Se trata de una persona con 33 años que ha sufrido un accidente de tráfico, en el cual ha perdido parte de la memoria además de su brazo. Así pues, tiene ahora una discapacidad física adquirida a través de un accidente y una discapacidad psíquica leve por pérdida de la memoria.

En primer lugar, como educadores sociales, debemos atender al individuo desde una rehabilitación comunitaria comprometiéndonos a que la persona pueda ser lo suficientemente autónoma como lo era antes de tener este accidente.

Es importante el proceso de rehabilitación psicosocial y el apoyo que se le pueda proporcionar a esta persona.

5.2. Objetivos

Generales:

- Mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad adquirida.

- Potenciar la autonomía de las persona con discapacidad adquirida.

Específicos:

1. Mejorar la autonomía del individuo a la hora de realizar las tareas diarias.
2. Desarrollar las capacidades cognitivas, así como la memoria de las personas con discapacidad adquirida.
3. Profundizar y trabajar el concepto de autoestima, ayudándole a que este se vea incrementado.
4. Ayudar a las personas a que posean una buena reinserción sociolaboral así como informarles de sus posibilidades.

5.3. Fase de intervención

5.3.1. Evaluación inicial

La fase de evaluación inicial será la primera que tengamos que hacer antes de intervenir socialmente con una persona con discapacidad ya que supone el pilar básico a través del cual vamos a decidir y fijar los objetivos que se recogerán en este proyecto de intervención. La evaluación se debe realizar atendiendo a todo tipo de factores, como la familia, los informes médicos, una entrevista con el propio usuario, información del mismo desde otras fuentes... Así, todos los profesionales del centro, bien sean psicólogos, educadores sociales, pedagogos o maestros, se deben reunir con el objetivo de discutir y debatir los apoyos más oportunos que se le pueden proporcionar a la persona para lograr atender y adecuarse a las necesidades que necesita estableciendo conjuntamente los objetivos de intervención.

Tras haber realizado la fase de evaluación inicial, se observa que el paciente sí recuerda algo de su infancia y adolescencia hasta aproximadamente los 25 años de edad (recordamos que el individuo posee 33 años). Sin embargo, no recuerda ni el accidente que ha tenido ni eventos tan importantes como su boda que fue 3 años antes del accidente, pero en cambio reconoce a todas las personas de su alrededor, su mujer, sus padres, el resto de su familia, amigos... Por otro lado, el brazo izquierdo ha tenido que ser amputado, de tal modo que solo tiene la parte hasta el codo, faltándole la mano, el

radio y el cúbito. Como esta persona es diestra y el brazo afectado es el izquierdo, va a tener mejores posibilidades de reinsertarse en el mundo social y laboral, pero para ello necesita la ayuda de los especialistas, entre los cuales nos encontramos nosotros, los educadores sociales.

El individuo, trabajaba como comercial en una empresa de harinas, por lo que se pasaba el día conduciendo haciendo visitas a fábricas o panaderías. Su trabajo se centraba a conducir y tener entrevistas con los clientes, así como pasar los pedidos a la fábrica vía correo electrónico a través de su Tablet.

5.3.2. Intervención

Una vez realizada la evaluación inicial en cuanto a los aspectos del paciente, se pone en marcha el plan de intervención, el cual debe quedar escrito y acordado tanto por el usuario como por la familia. El pilar, de esta fase, es la intervención individualizada de cada profesional que atiende al paciente. Esta intervención puede ser:

- **Intervención individual:** Es llevada a cabo de manera individual por parte de un tutor o coordinador que será quien guíe en todo momento al individuo, encargado éste de supervisar y coordinar todas las actividades, así como asesorar a las familias.
- **Intervención grupal:** Se realiza en grupo, con el objetivo de aumentar las interacciones sociales, la integración en una comunidad o desarrollar el afrontamiento personal.

Una vez que ya se han alcanzado los objetivos de una manera satisfactoria y la persona esté ya reinsertada en el mundo laboral y social, se le hace un proceso de seguimiento. Sin embargo, si surge alguna nueva necesidad, se retomará la intervención volviendo así a la fase anterior.

5.4. Actividades

Se van a organizar en torno a: potenciar la autonomía, potenciar la memoria, desarrollo de la autoestima y reinsertación socio-laboral.

5.4.1. Potenciar la autonomía

Uno de los aspectos más importantes que se debe trabajar con una persona con discapacidad adquirida como es en nuestro caso, es la autonomía, ya que antes poseía los dos brazos, pero ahora no. Así pues, es necesario reunirse con el conjunto de coordinadores y grupo de profesionales para realizar un brainstorming sobre la autonomía del paciente. No se puede establecer un tiempo de trabajo concreto, puesto que debemos ver la evolución del paciente así como sus necesidades.

Para potenciar la autonomía de esta persona, sin parte del brazo izquierdo, debemos proponerle retos (de menor a mayor dificultad), para que así vea que sí es capaz de hacer lo que le propongan, generando así una mayor autoestima y un afán de superación.

Una vez que acabemos el trabajo con esta persona, debemos realizar un informe acerca del trabajo realizado para informar a sus familias sobre los progresos realizados con el mismo así como para mostrárselo al equipo directivo. Es muy importante que existe una coordinación entre profesionales y Centro y colaboración de la familia.

A continuación presentaremos las actividades en 4 bloques, cada bloque relacionado con el aspecto que se va a tratar.

BLOQUE 1: AUTONOMIA

Actividad 1

Nombre de la actividad	Hacemos la compra
Objetivo	- Potenciar la autonomía de la persona a la hora de sus rutinas: haciendo la compra...
Tiempo	- Una sesión de hora y media.
Recursos	- Charla (recursos humanos).
Descripción	Hablaremos con los pacientes en general, si tienen alguna dificultad para ir a hacer la compra, valoraremos sus dificultades. En cuanto el individuo que tiene

	<p>discapacidad adquirida y le falta medio brazo, encontrará más dificultades que anteriormente. Una vez que haya ido a la compra, nos comentará sus problemas. Entre todos podemos hablar y buscar soluciones.</p>
--	---

Actividad 2

Nombre de la actividad	Preparamos comidas
Objetivo	- Desarrollar habilidades para realizar la rutina: preparar comida.
Tiempo	- Una sesión de hora y media.
Recursos	- Charla (recursos humanos).
Descripción	Al igual que en la actividad anterior, hablaremos con los pacientes sobre las dificultades que pueden tener a la hora de preparar comidas, una actividad diaria que crea autonomía. Así pues, intentaremos buscar soluciones entre todos. Luego una vez realizada la tarea, el paciente nos dirá las dificultades que ha encontrado en la actividad, intentándole buscar soluciones y buscar otras opciones para hacerlo más fácil.

Rúbrica de evaluación

	1 Nada	2 Poco	3 Suficiente	4 Mucho
Participa en la charla de grupo				

Propone soluciones a los problemas que los demás aportan				
Pone interés en el tema y aporta información				
Potencia la autonomía haciendo la compra poniendo soluciones a los problemas que se le puedan presentar				
Potencia la autonomía a la hora de preparar una comida dando respuesta a los problemas que se le presentan				

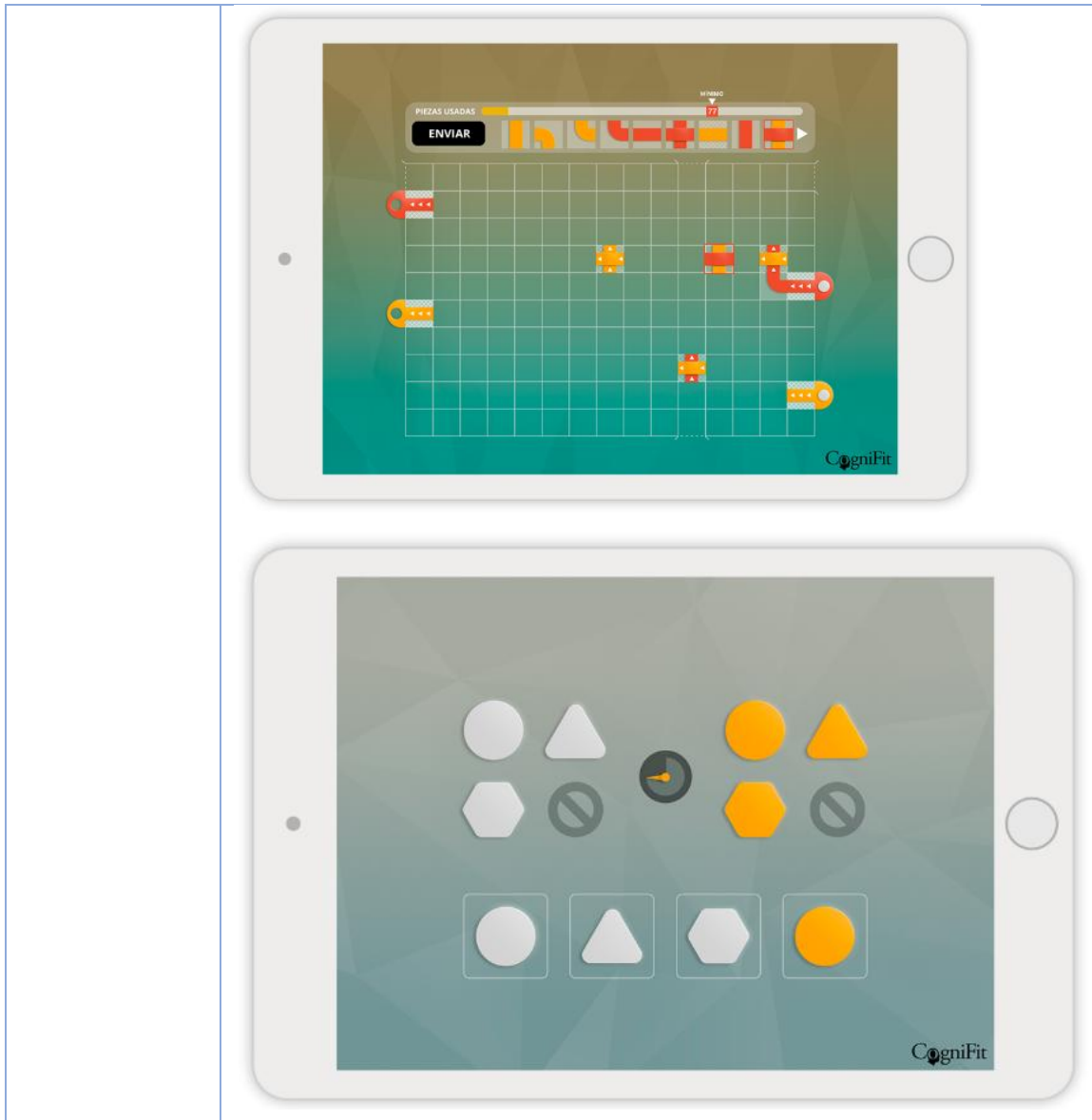
5.4.2. Potenciar la memoria

Puesto que el paciente ha perdido parte de la memoria, debemos intentar que desarrolle habilidades cognitivas, es decir, debe tratar de entrenar el cerebro. Esto se puede hacer a través de actividades como: el ajedrez, sudokus, juegos interactivos para desarrollar la memoria, puzles y leer habitualmente.

BLOQUE 2: MEMORIA

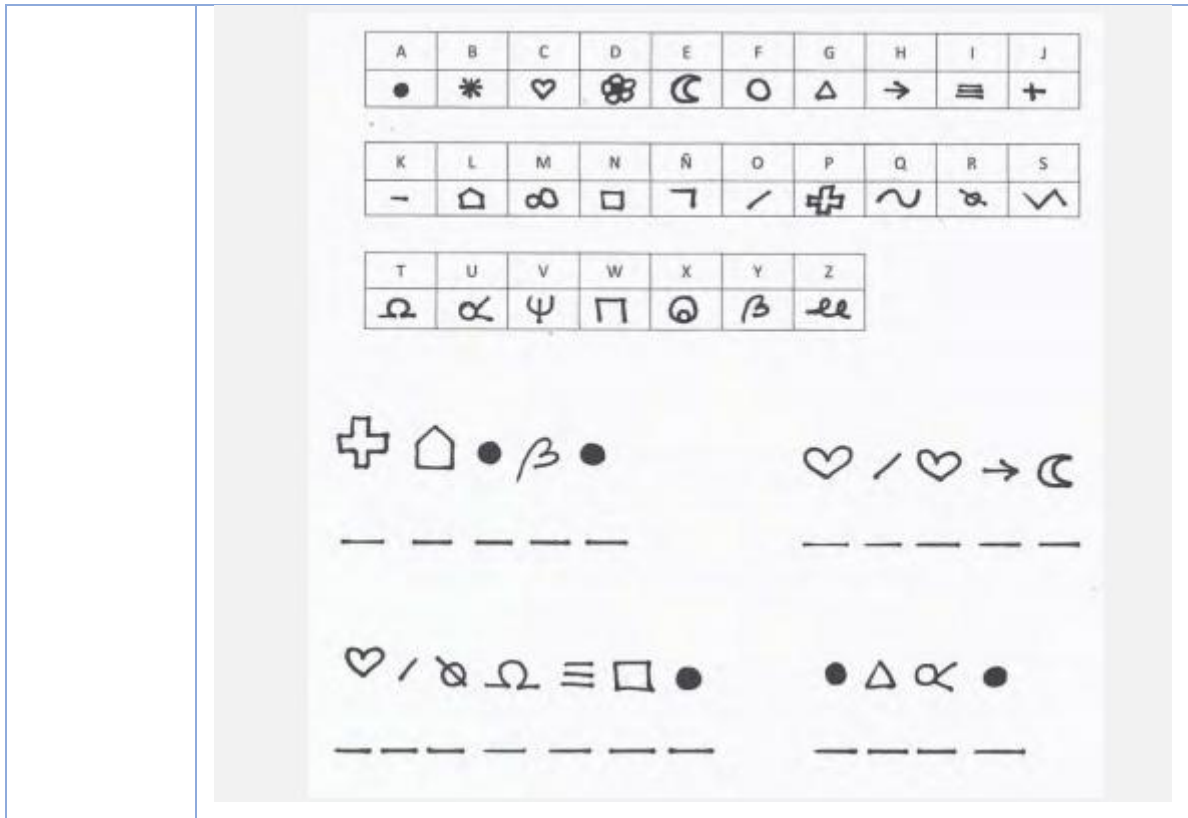
Actividad 3

Nombre de la actividad	CogniFit
Objetivo	- Entrenar la memoria.
Tiempo	- Una sesión de 1 hora, dos veces a la semana.
Recursos	- Tablet u ordenador .
Descripción	Se trata de una serie de juegos clínicos online. Todos ellos están diseñados para estimular y rehabilitar las habilidades cognitivas. Se pueden adaptar a la dificultad y las exigencias del entrenamiento de manera automática, consiguiendo así una intervención personalizada. Además, permiten entrenar muchos de los principales procesos y habilidades cognitivas implicadas en las tareas de retener, codificar y recuperar información.



Actividad 4

Nombre de la actividad	Descubre
Objetivo	- Prestar atención a cada uno de los símbolos que aparecen para formar la frase.
Tiempo	Una sesión de 30 minutos.
Recursos	Papel y bolígrafo.
Descripción	Descubre las siguientes palabras a partir de los símbolos correspondientes:



Puesto que la actividad digital es una autoevaluación, observamos los resultados en el ordenador o Tablet, donde cada uno individualmente haya realizado la actividad.

Rubrica de evaluación

	SÍ	NO
Ha desarrollado sin ninguna dificultad la actividad.		
Ha mantenido la suficiente concentración para su resolución.		
Ha tenido dificultades de tiempo para su resolución.		

5.4.3. Desarrollo de la autoestima

Mantener una autoestima positiva resulta esencial para la propia identidad. Asimismo, debemos diseñar actividades con el fin de potenciarla ya que en muchas ocasiones estas personas solo tienen presente el negativismo hacia ellos mismos.

Del mismo modo, debemos ayudar a estas personas a conocer cuáles son sus limitaciones así como minimizando sus fracasos. Tenemos que dar la oportunidad al sujeto de equivocación, para que aprenda de sus propios errores y desarrollar así su capacidad de superación, realizando un refuerzo positivo cuando realice una cosa bien.

Por último, el trabajo cooperativo es muy importante de cara al desarrollo de la autoestima, puesto que los individuos se sienten una parte integrante del grupo, es decir, se sienten útiles en un grupo de cara a la sociedad.

A continuación se muestran una serie de actividades para trabajar la autoestima.

BLOQUE 3: AUTOESTIMA

Actividad 5

ACTIVIDAD	Sonríe a la vida
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">- Hacer uso del recuerdo y la memoria de sus antiguas vivencias.- Trabajar el autoestima.
MATERIAL	Cartulina, papel de empapelar, cartón, fotos de sus antiguas vivencias, lazo, cola, tijeras, frases e imágenes animadas.
DESARROLLO	<p>En grupo, vamos a crear un álbum de fotos donde, dependiendo de las capacidades de cada uno, vamos a asignar una función a cada uno, como uno recortar, otro pegar, otro doblar...</p> <p>Cada persona debe escoger una fotografía que le traiga muy buenos recuerdos y va a explicarle al resto por qué les trae esos recuerdos (trabajando la memoria). Además, se</p>

	<p>puede hacer también con una biografía personal. Estas fotografías se pegarán en un álbum donde se pondrán frases motivadoras que el individuo pueda leerlas y mejoren su autoestima tipo: lo que tú tienes, muchos lo pueden tener... pero lo que tú eres nadie lo puede ser.</p>
--	--

Actividad 6

Nombre de la actividad	Me autoregalo
Objetivo	Fomentar el autocuidado, autorrespeto hacia nosotros mismos.
Tiempo	5 minutos cada día.
Recursos	Papel, bolígrafo y una cajita pequeña.
Descripción	<p>El individuo realizará todos los días una lista de las cosas buenas que pueden hacer por ellos mismos.</p> <p>Se trata de poner cosas que impliquen pensar en ti mismo, cuidarte o cosas que te causen bienestar. Una vez que se tengan todas las cosas en la lista, se recortarán, se meterán en una cajita para hacer un sorteo. Cada día se debe sacar un papelito de la caja y el individuo tiene que darse “el premio” que le haya tocado.</p> <p>Por ejemplo: preparar tu plato preferido o hablar con tu mejor amigo.</p>

Rubrica de evaluación

	1 Nada	2 Poco	3 Suficiente	4 Aceptable	5 Mucho
Muestra interés en participar en la actividad					
Aporta ideas para realizar la actividad					
Pone entusiasmo y por lo tanto realiza la actividad satisfactoriamente					
Intenta fomentar y trabajar la autoestima así como el autocuidado.					

5.4.4. Inserción socio-laboral

No es fácil volver al trabajo después de haber adquirido una discapacidad, puesto que en muchas ocasiones no puedes seguir desarrollándolo de manera efectiva, debido a esa discapacidad. Ante esta situación el educador social debe dar pautas a la persona con discapacidad, haciendo de mediador con la empresa y la sociedad. El educador debe sensibilizar, dirigir e informar a la persona sobre el entorno laboral. En este caso, como el sujeto con el que intervenimos trabajaba como comercial de harinas viajando, podrá seguir ejerciendo su empleo sin la mano izquierda, pero el coche que utilice, debe estar adaptado a sus condiciones físicas.

En cuanto a la memoria, no le ha afectado en lo respecta a su trabajo, por lo que un simple repaso de los clientes y de los tipos de harina que lleva su empresa, será suficiente para volver a integrar en el mercado laboral lo más pronto posible.

BLOQUE 4: INSERCIÓN SOCIO-LABORAL

Actividad 7

Nombre de la actividad	Gestionamos el tiempo
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">- Valorar y gestionar el tiempo que tenemos, así como priorizar tareas o solicitar ayuda.
Tiempo	Una sesión de dos horas.
Recursos	Recursos humano.
Descripción	<p>Cada individuo debe escribir a qué dedica su tiempo cada semana y cuánto tiempo dedicado a cada cosa. Luego rellenará otra hoja donde ponga dónde verdaderamente desearía emplearlo.</p> <p>Esto lo compartirá con el resto del grupo, cuales cree que son sus ladrones de tiempo como falta de su organización, no priorizar tareas, dejar demasiado tiempo al descanso, delegar tareas...</p>

Actividad 8

Nombre de la actividad	Hacemos LINKEDIN
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">- Utilizar las Tecnologías de la Información y Comunicación para facilitar la búsqueda de trabajo a personas con discapacidad.
Tiempo	Dos sesiones de hora y media
Recursos	Ordenador
Descripción	Primeramente explicaremos la importancia que tiene vivir en sociedad y no perder los contactos a la hora de buscar empleo.

	<p>A continuación realizaremos una explicación sobre la estructura de una carta de presentación y como se puede poner en el extracto de la red social LinkedIn, en la que todas las empresas pueden consultar tu perfil.</p> <p>Finalmente, cada uno creará su perfil.</p>
--	--

Rúbrica de evaluación

	SÍ	NO
Conoce el valor del tiempo para emplearlo en priorizar tareas		
Pone interés en intentar encontrar trabajo a través del desarrollo de plataformas como LinkedIn		
Conoce los diferentes medios de búsqueda de trabajo así como sus posibilidades		

5.5. Temporalización

Este proyecto de intervención tendrá una duración de 6 meses con posibilidad de prolongación de 3 meses dependiendo de si la persona lo necesitara.

LUNES:

- Actividad 1: 10:30-12:30 *Potenciar la autonomía.*
- Actividad 3: 16:30-18:30 *Potenciar la memoria.*

MARTES:

- Actividad 2: 10:30-12:30 *Potenciar la autonomía.*

- Actividad 4: 16:30-18:30 *Potenciar la memoria.*

MIÉRCOLES:

- Actividad 5: 10:30-12:30 *Desarrollo de la autoestima.*
- Actividad 7: 16:30-19:00 *Inserción socio-laboral.*

JUEVES:

- Actividad 6: 10:30-13:00 *Desarrollo de la autoestima.*
- Actividad 8: 16:30-18:30 *Inserción socio-laboral.*

5.6 . Responsabilidad de educador social

El comportamiento de los educadores es de gran importancia, ya que lo que podemos transmitir al individuo se intolerantes, tener prejuicios o ser irrespetuosos entre otros, lo cual va a repercutir en la intervención con la persona con discapacidad.

Es imprescindible pues, crear un clima basado en la confianza, la sinceridad y sobre todo el respeto. Además, debemos guardar confidencialidad respecto de todo lo que hablemos con el paciente , ya que éste está depositando en nosotros toda la confianza. Resulta indispensable, tener iniciativa como educador social, ya que resulta necesario crear estrategias y técnicas de intervención innovadoras que motiven al paciente.

En este sentido el educador social posee un Código Deontológico, el cual, es un conjunto de principios y normas que orienta la acción y la conducta profesional y que ayuda y mejora al educador social en el ejercicio de su profesión. El educador social parte de unas competencias para producir efectos educativos de cambio, desarrollo y promoción en personas, grupos y comunidades. La finalidad es la de proporcionar una serie de servicios y recursos socioeducativos. El código representa la responsabilidad profesional de las acciones socioeducativas, la autonomía que la profesión exige.

La práctica educativa diaria del educador social corresponde a 3 categorías:

- 1- Actuaciones de contexto, definidas como acciones y tareas que se dirigen a crear espacios educativos, mejorarlos y darlos recursos.
- 2- Actuaciones de mediación, entendida como el el trabajo que el educador social realiza.

3- Actuaciones de formación y transmisión.

A la hora de trabajar con una persona con discapacidad adquirida , tenemos el objetivo de atender sus necesidades. Así pues, el educador social tiene que hacer esfuerzos para tratar de que la intervención se realice adecuadamente. Por ejemplo el hecho de estar continuamente hablando, relacionándose con la persona, es un esfuerzo mental ya que la persona a la que se está tratando, debe entender de manera adecuada al educador para que el discurso tenga efectividad.

Por otro lado, el saber cómo intervenir y cómo decidir qué hacer con el sujeto en cada una de las situaciones a las que nos enfrentamos diariamente, es clave para que la intervención sea efectiva. A través de la experiencia, esto va siendo más fácil. No obstante, día a día, el educador social será evaluado por sus superiores y siempre expondrá su manera de actuar con los individuos estando expuestos al cambio.

Es importante tener una mente abierta, ya que muchas veces las personas que poseen discapacidades, se obcecán y mantienen una actitud negativa, por lo que en estas situaciones el educador actuará como mediador.

También es una responsabilidad importante, que el educador tenga que redactar constantemente informes para mantener al corriente a los coordinadores y a su grupo de trabajo, para así poder facilitar el trabajo en conjunto.

CONCLUSIONES

Durante todo este Trabajo de Fin de Grado, hemos visto, cómo una persona con una discapacidad ,está amparada por varias leyes a diferentes niveles ,pero los retos más importantes que una persona discapacitada debe afrontar son los relacionados con la vida cotidiana, el día a día.

Existen muchos recursos como centros especializados o talleres que ayudan a la integración en la sociedad . También ,se están eliminando cada vez más barreras ,no sólo arquitectónicas, sino sociales ya que su integración no depende de ellos, depende de la sociedad en general. Pero donde hay que incidir es precisamente en el aspecto de la integración.

El papel del educador social es clave para que estas personas adquieran una actitud positiva . Esta actitud positiva debe contagiarse al ámbito familiar. La familia es un factor clave , es el apoyo diario de estas personas y la razón de ir hacia delante, por lo que el trabajo del educador no solo se queda en el aula impartiendo un taller ,sino que abarca mucho más.

A lo largo de nuestra vida siempre se habla de calidad de vida y cómo cada individuo lo representa o lo interpreta de una manera ,pero la línea general es la felicidad, el sentirte realizado. Para las personas discapacitadas no es menos. Existe una relación entre calidad de vida e integración donde interviene el factor de la empleabilidad.. El sentirse realizado, el mantener una actitud positiva es la manera de que la inserción socio-laboral sea efectiva. Por lo tanto vemos que el hilo del que hay que tirar es muy largo y sigue un proceso: primero la administración debe financiar el mayor número posible de programa de intervención o proporcionar ciertas ayudas económicas para que el gasto del paciente sea leve. Debe existir la figura del educador social en dicho proceso y trabajar junto con otros profesionales, por lo que debe haber una coordinación interdisciplinar durante toda la intervención. Se tiene que facilitar todos los recursos disponibles e innovar, no estancarse. Hay que evolucionar nuestra manera de trabajar ya que en la actualidad vemos como las tecnologías abarcan nuestro día a día y de eso tenemos que aprovecharnos y utilizarlo a nuestro favor. Se debe investigar y estudiar nuevos métodos de enseñanza y aprendizaje para las personas con discapacidad y que

no sean fruto de una casualidad sino que el objetivo de estas investigaciones sea hacia ellos.

Quiero terminar incidiendo en que cualquier persona puede tener un accidente, una parada cardiaca, un ictus...,y esto llevarte a ser una persona con una discapacidad ya sea física o intelectual. Desgraciadamente, unos segundos pueden cambiarte una vida entera. No debemos mirar hacia otro lado, es un problema de todos y hay que invertir en ello. Debemos presionar a las instituciones a dar notoriedad a la figura del educador social ya que no se encuentra en todos los centros e instituciones y su trabajo es clave en este tipo de intervenciones .

BIBLIOGRAFÍA

Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Fontanil, Y., Arias, B., Verdugo, M. A. y Badía, M. (2006). *Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal: estudio sobre el incremento de necesidades y el descenso de calidad de vida en el proceso de envejecimiento prematuro de las personas con discapacidad*. Informe de investigación no publicado, IMSERSO y Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo.

Acosta Hernández, I. et al (2006): *Rehabilitación del Daño Cerebral Adquirido en Bizkaia: Análisis del estado actual y consideraciones sobre un Modelo asistencial de calidad*. Górliz. Osakidetza.

Almada, J., y Montaña, J.M. (2012). El impacto emocional de las discapacidades en el afectado como en la familia del afectado. Recuperado el 27 de Abril de 2018 de: http://es.slideshare.net/chuyimau/el-impacto-emocional-de-las-discapacidades-en-el-afectado-como-en-la-familia-del-afectado?next_slideshow=2

Arrazola A, Beguiristain JM, Garitano B, Mar J, Elizalde B. Atención hospitalaria a la enfermedad cerebrovascular aguda y situación de los pacientes a los 12 meses. *Rev de Neurol*. 2005; 40 (6):326-330.

Autismo Diario, (8 de Julio de 2013). "*Proyecto emociones*" *Una aplicación que ayuda al desarrollo de la empatía en los niños con Autismo*. Recuperado el 20 de Abril de 2018, de <https://autismodiario.org/2013/07/08/proyecto-emociones-una-aplicacion-que-ayuda-al-desarrollo-de-la-empatia-en-los-ninos-con-autismo/>

Belloch, C. *LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (T.I.C.)*. Valencia: Universidad de Valencia.

Cabrero, J. (2000). Recuperado el 18 de Abril de 2018, de *Características de las TICs*: <https://creately.com/diagram/hh7056fk1/Caracteristicas%20de%20las%20TICs%20%28Cabrero%202000%29%20>

De Lorenzo, R. (2007). Discapacidad, sistemas de protección y Trabajo Social. Madrid: Alianza.

Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación. <https://www.boe.es/doue/2000/303/L00016-00022.pdf>

Echeita, G. (2010). Alejandra L. S. o el dilema de la inclusión educativa en España. En Arnaiz, P.; Hurtado, M^a D. y Soto, F.J. (Coords.). 25 Años de Integración Escolar en España: Tecnología e inclusión en el ámbito educativo, laboral y comunitario. Murcia: Consejería de Educación, Formación y Empleo

Europea, C. (2010). *COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras*. Bruselas.

Hierro, I., Verdugo, M.A., Gómez, L.E., Fernández, S. & Cisneros, P. (2015). Evaluación de la calidad de vida en personas con discapacidades significativas: aplicación de la Escala San Martín en la Fundación Obra San Martín. *Revista Española de Discapacidad*, 3(1), 93-105. doi: 10.5569/2340/5104.03.01.05

Hombrados, M^a I., García M.A., Martíportugués, C. (2004) Grupos de apoyo social con personas mayores: una propuesta metodológica de desarrollo y evaluación. *Anuario de Psicología*. Vol.35, nº3, 347-370

Kielhofner G. Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación humana: teoría y aplicación. 3^a ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2004.

León Carrión, J. (2006). *Daño cerebral: una guía para familiares y terapeutas* (2^a Ed.) Madrid: Delta Publicaciones Universitarias Mateo, A. (2013). Tema 2: Tipos de discapacidad. Extraído el 4 de Abril de 2018 de: http://es.slideshare.net/amateotinez/tipos-de-discapacidad-28517501?next_slideshow=1

Ley 2/2013, de 15 de mayo, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.. <https://www.boe.es/boe/dias/2013/06/06/pdfs/BOE-A-2013-5998.pdf>

Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-18476-consolidado.pdf>

Luque, D.J. & Rodríguez, G. (2009). Tecnología de la Información y la Comunicación aplicada al alumnado con discapacidad: un acercamiento docente. *Revista iberoamericana de educación*, 49(3), 1-8.

Martín, B. (2002). Metodología de la investigación socioeducativa: propuesta de acción para el educador social. En F. López y T. Pozo, *La investigación en educación*, pp. 115-125. Sevilla, España: Universidad de Sevilla.

Moruno Miralles P. Introducción al marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y procesos. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [8 de marzo de 2018]; Vol.6, Supl. 5: p. 89-104. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num5/marco.pdf>.

Patiño, E., & Augusto, S. (2005). *North Central Florida Post-Polio Support Group*. Recuperado el 30 de Marzo de 2018, de "Etapas de la Adaptación Psicológica a la Discapacidad": <http://www.postpoliomexico.org/AdaptacionPsicologica.html>

Ponce, A. (2008). *De padres a padres*. Madrid: FEAPS, Cuadernos de Buenas Prácticas.

Quezada, M. (2011): "El Daño Cerebral Adquirido (DCA) en España: principales resultados a partir de la Encuesta EDAD-2008", *Boletín del Observatorio Estatal de la Discapacidad*, nº 3, Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2011, págs. 39-59.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. <https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>

Rodríguez Cabrero, G. (coord.) (2012). *El sector de la discapacidad: realidad, necesidades y retos futuros. Análisis de la situación de la población con discapacidad y de las entidades del movimiento asociativo y aproximación a sus retos y necesidades en el horizonte de 2020*. Madrid, España: Cinca.

Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. *Siglo Cero*, 38, 21-36.

Tamarit, J. (2015). La transformación de los servicios hacia la calidad de vida. Una iniciativa de innovación social de FEAPS. *Siglo Cero*, 46(3), 47-71.

Verdugo, M.A., Gómez, L.E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, Daniel, T., y Cuadrado, J. (2013). Escala INICO-FEAPS: Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo. Salamanca. Recuperado el 8 de marzo de 2018 de: <http://sid.usal.es/26363/8-1>

Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D. y Tamarit, J. (2014). *Escala INICO-FEAPS* Verdugo, M. A. y Schalock R. L. (2013) *Discapacidad e Inclusión. Manual para la docencia*. Salamanca: Amarú

Villalba, C. (2006). El enfoque de resiliencia en Trabajo Social. Dialnet. Extraído el 07 de Febrero de 2018 de <https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/ais/article/viewFile/479/472>

Wehmeyer, M. y Schalock, R. (2002). Autodeterminación y calidad de vida: implicaciones para los servicios de educación especial y para los apoyos. *Siglo Cero* 33(201), 15-31.

. *Evaluación objetiva y subjetiva de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo*. Salamanca: Universidad de Salamanca, Publicaciones del INICO/FEAPS.