



## **Centros de Apoyo a la Integración en Asturias ¿Inclusión o Institucionalización?**

**PONENTE:** Carmen Gómez Amago

**Terapeuta ocupacional**

**Centro de rehabilitación integral de daño cerebral Reintegra**

**MODERADORA:** Juncal Matilla Pizarro

**Terapeuta ocupacional**

**FECHA:** 12 de marzo de 2016

**LUGAR:** Salón de Actos del Hospital Monte Naranco- Oviedo

**Transcripción:** Carmen Gómez Amago

**Revisión:** Gabriel Sanjurjo Castelao

V CICLO DE SESIONES CLÍNICAS

*MODERADORA:* Buenos días a todos. Hoy le toca el turno a Carmen Gómez Amago, que nos va a hablar sobre los Centros de Apoyo a la Integración en Asturias ¿Inclusión o Institucionalización?

Carmen es graduada en Terapia Ocupacional en la promoción 2007-2010 y cursó el Grado en 2010-2011. Me gustaría destacar que su Trabajo Fin de Grado trató sobre la inclusión de la figura del terapeuta ocupacional en los Centro de Apoyo a la Integración.

Actualmente trabaja en el centro de rehabilitación integral de daño cerebral Reintegra, en Oviedo. Anteriormente, durante cinco años, trabajó en el Centro de atención integral de COCEMFE en Gijón, también como valoradora de la dependencia en el área II de Asturias durante cinco meses.

Es también redactora de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional y tutora del practicum de Terapia Ocupacional desde que terminó sus estudios en 2010. Carmen nos va a exponer su experiencia laboral en este recurso, y nos dará una explicación del funcionamiento actual de los Centros de Apoyo a la Integración en Asturias.

*PONENTE:* Buenos días a todos y gracias a Juncal por la presentación. Os aviso que tengo tendencia a hablar muy rápido pero intentaré controlarme. Si en algún momento no entendéis, avisadme, para ir más despacio.

La ponencia la quiero enfocar a explicar como está ahora mismo el tema de los Centros de Apoyo a la Integración (CAI), pero me pareció un poco aburrido meterse de lleno en ello y me pareció más interesante contaros primero mi experiencia profesional y en qué punto a mí me interesó y porqué; el cómo está la legislación de los CAI, cuál es su funcionamiento y demás. Así que voy a empezarlo por ahí, contando cómo lo hice yo, el porqué me interesó y luego os cuento como está ahora mismo el sistema.

Como ya dijo Juncal yo terminé mi carrera en 2010 y justo ese verano un amigo me informó de una oferta de empleo que salía en un Centro de atención integral en Gijón. Os pongo en contexto, el Centro pertenece a COCEMFE, es un Centro que consta a su vez de residencia y de CAI. La residencia tiene plazas para 21 usuarios y el CAI una capacidad de 30 usuarios. Tiene dos plantas, la planta de arriba es la residencia en donde se centran principalmente en el tema asistencial y luego el CAI es la planta baja y lo que hacen es llevar a cabo todos los talleres que luego os explicaré.

V CICLO DE SESIONES CLÍNICAS

Para ello los profesionales que estaban cuando yo llegué eran, en la parte de residencia, solo personal asistencial, auxiliares de enfermería; y en el CAI había dos educadoras que eran las que se encargaban de llevar a cabo todos los talleres que se hacían. Además en COCEMFE tienen una parte de rehabilitación física y tienen fisioterapeutas y logopedas, no los incluyo dentro del CAI porque a pesar de encontrarse en las mismas instalaciones y que los usuarios sí se benefician de este tipo de rehabilitación. Estos profesionales no solo están para los usuarios del Centro sino que también acuden usuarios externos a esos Servicios, por lo que no funcionan como un buen equipo multidisciplinar que solamente trabajan con y por los pacientes del CAI, sino que al final está un poco disgregado por el hecho de que tienen demasiados pacientes externos a través de su plan “Mejora” que lleva COCEMFE.

Yo en esta ponencia me voy a centrar en lo que es el CAI, pero os explico, grosso modo, el funcionamiento para que sepáis que sí hay una parte de rehabilitación. Pero cuando yo fui a la entrevista y me contrataron no iba a la parte de rehabilitación física ni al plan “Mejora”, sino que iba en la parte del CAI, es decir, a la parte de abajo con las educadoras.

Los usuarios eran más o menos los que os comenté y las patologías, allí es un CAI para personas con discapacidad física y orgánica, por lo que las patologías que se tratan principalmente son enfermedades degenerativas como esclerosis múltiple, corea de Huntington, también hay parálisis cerebral, hay lesionados medulares, traumatismos craneoencefálicos, ictus... más o menos esas son las patologías que trataban en el día a día. Con respecto al funcionamiento general, por una parte como ya dije, la residencia es meramente asistencial, pero una gran mayoría de estos usuarios bajaban a los talleres que se impartían en el CAI además de estos, había otras personas que venían externas que iban desde sus casas al CAI. En ese momento externos había unos 15/16 usuarios y que bajaran de residencia todos los días a los talleres eran unos 15, por lo que más o menos rondaban los 30 usuarios. A día de hoy fueron entrando más usuarios externos, por lo que en la actualidad hay más usuarios.

La organización del CAI con respecto a los horarios, son horarios rígidos donde empiezan a las 10 de la mañana y acaban a las 5 de la tarde los que vienen externos, con un periodo de comida en el propio Centro y descanso, y luego los de residencia siempre bajan por la mañana con el resto de compañeros que vienen externos pero por la tarde

V CICLO DE SESIONES CLÍNICAS

tienen sus talleres aparte, porque su descanso es más grande y sus talleres de tarde son de 5 a 7. Entonces espero que con esto os hayáis hecho una pequeña imagen de cómo funciona el Centro.

Cuando yo llegué ya sabía que había habido otras terapeutas antes que yo, y yo entré por una subvención de primer empleo a 4 horas durante 9 meses.

El día que yo empecé por tanto ya me dejaron claro que mi contrato tenía fecha de inicio y fin, y que entraba para apoyar lo que había, es decir, los talleres que estaban llevando a cabo las educadoras ya que así lo habían hecho las terapeutas ocupacionales que habían estado hasta la fecha. Pero la tipología de los talleres que iba a impartir, quedaba a mi elección. Bueno, yo los primeros días me dediqué a observar el funcionamiento, a observar el trabajo de las educadoras, cómo gestionaban ellas los talleres, que al final eran todos muy enfocados a lo cognitivo: con talleres de memoria razonamiento y demás, por lo que yo quise abordarlo desde un punto de vista más funcional. Entonces abordé a la directora explicándole que como los talleres no empezaban hasta las 10 y yo entraba a las 9, le expliqué que me gustaría intervenir en residencia para comenzar a valorar e intervenir, primero a través de la observación con las auxiliares para ver si podía aportar algo. Y ella aceptó.

Esa primera semana empecé a ver un poco el funcionamiento en residencia. Era todo muy asistido y los talleres del CAI muy enfocados a lo cognitivo. En cambio a nivel de actividades de la vida diaria, de participación social, que yo pensaba que iba a haber un poco más del tema de integración a la comunidad, no se veía gran cosa. Por lo que comprendí que había mucho que hacer y desarrollar desde la Terapia Ocupacional.

En ese momento le planteé a la directora el valorar a todos los usuarios ya que no podía realizar ningún taller sin una valoración previa, explicando que la valoración era básica y que a través de la observación veía que había gran potencial a nivel de actividades básicas de la vida diaria. Esa es mi profesión y que si me lo permitía lo enfocaría por ahí. Quedé con ella en hacer la valoración durante una semana y a partir de ahí programar los talleres, aceptó sin tener muy claro cuál iba a ser nuestra valoración.

Yo realicé una valoración de las nuestras, básica, valorando actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y movilidad, equilibrio, coordinación muy básica

## V CICLO DE SESIONES CLÍNICAS

porque además yo acababa de salir de la carrera y mis conocimientos no eran muy extensos

Por lo que fui cogiendo a los usuarios uno a uno y valorándolos recuerdo esta semana como una de las peores, porque tuve que valorar a mucha gente en poco tiempo y como nadie sabía qué era lo que iba a hacer ni valorar... La directora entraba en mis valoraciones, me preguntaba. Imaginaros mis primeras valoraciones, en las que todavía andas un poco perdido, la presión de a ver si lo hago bien, la directora. Las auxiliares iban pasando por allí para ver lo que estaba haciendo... pero bueno, salió bastante bien.

Yo explique que durante las valoraciones observaba bastante movilidad y buenas capacidades cognitivas para los asistidos que estaban los usuarios y que lo que yo veía era que el funcionamiento era todo muy asistido.

Se lo enfoque así a la directora; que me gustaría una intervención más individualizada en residencia hasta el inicio de los talleres a las 10, poder meterme yo con las auxiliares en las habitaciones y, poco a poco, ir quitando su presencia en las habitaciones para poder quedarme yo con el usuario enseñando y entrenando estrategias para ver si podíamos sacar algo. Ganar funcionalidad.

Por otra parte con respecto a los talleres negocié con la directora para, ya que intervenía con los de residencia por las mañanas, si podía también intervenir algunas horas durante la mañana con los usuarios de centro de día de forma individual. Para trabajar lo mismo. Como por mi horario no podía coger a todos los pacientes, plantear unos talleres fuera de lo cognitivo a nivel de movilidad general, destrezas manipulativas y demás.

Al ser todo propuestas nuevas, vienes desde fuera no parecía fácil. Pero la directora aceptó, además las compañeras educadoras en ese sentido me dejaron total libertad y me apoyaron en todas las nuevas propuestas. En ese sentido tuve mucha suerte. Por lo que al final por las mañanas a primera hora subía a residencia trabajaba con los usuarios, pautaba y poco a poco iban viéndose mejoras. Y como no había sala de Terapia Ocupacional conseguí que me dejaran una habitación de las que quedaban libres en residencia y lo utilizaba como sala de Terapia Ocupacional. En ella tenía una cama, una mesa y un baño, para mí en ese momento todo lo necesario. Luego por otra parte, realicé talleres ya que era para el tema que me habían contratado. Entonces tenía

## V CICLO DE SESIONES CLÍNICAS

dos talleres, o así, semanales y el resto todo terapias individuales destacando que solo tenía cuatro horas por lo que tenía que seleccionar los pacientes, eso era un poco *rollo* pero ya se veían mejoras qué era lo importante. Pasados unos 4 o 5 meses tuve suerte y me ampliaron el horario laboral a jornada completa por lo que los talleres los relegué para la tarde, pude introducir más gente en talleres individuales por la mañana y pude mantener ese funcionamiento

Cuando acabó mi contrato de 9 meses me tenían que echar porque se acababa la subvención, pero bueno en ese momento a la directora le pareció que era un básico ya que en esos 9 meses había visto muchos resultados y tuve suerte y mantuvieron la figura del terapeuta ocupacional. Es en este momento cuando empezaron los problemas, no los de ellos, sino los míos. Ya que cuando me dijeron que me iban a renovar estaba encantada porque además el campo de actuación era maravilloso. Pero en el primer contrato me dijeron que me iban a hacer un contrato por un año pero había un problema, no me podían poner como terapeuta ocupacional, sino que me tenían que poner como monitora de taller por cómo estaba en ese momento la legislación, pero me iban a poner un complemento de terapeuta ocupacional. No os voy a engañar, en ese momento me dio igual; tenía mi dinero, mi trabajo estaba saliendo adelante y no le di gran importancia.

Pasó ese primer año pero para el siguiente contrato ya tenían que, o bien que echarme, o hacerme indefinida. En esa tesitura decidieron hacerme indefinida pero en este caso el problema todavía era mayor, me mantenían el contrato de monitora de taller pero me quitaban el complemento de terapeuta ocupacional. En ese momento ya no me gustó tanto y le di más importancia. Me lo tomé a nivel más personal porque estaban viendo mejoras y aquí nadie ni lucha, ni hace nada. Entonces en ese momento le dije a la directora que me lo iba a pensar y me fui. Ella al rato apareció en mi despacho con un montón de documentación del BOPA, que yo hasta el momento tampoco les había hecho mucho caso, y me explicó que no me podían poner como terapeuta ocupacional, no porque no quisieran, sino que porque la figura del terapeuta no se incluye dentro de los criterios de acreditación y *“no te podemos poner, yo si en algún momento se cambian te contrataremos como terapeuta pero ahora no podemos”*.

Es en ese momento cuando me empecé a interesar y a buscar en el BOPA en busca del objetivo de esta tipología de Centros ¿Qué es lo que buscan? ¿Cómo es

V CICLO DE SESIONES CLÍNICAS

posible que me hayan contratado a través de una subvención, pero que realmente la figura del terapeuta no se contemple? Fue ahí cuando empecé a indagar en lo que posteriormente os voy a contar, que en su momento a mí me pareció bastante interesante y que cinco años más tarde sigue igual...

Esta sesión la titulé *los Centros de Apoyo a la Integración en Asturias ¿Inclusión o institucionalización?* Este fue el título que le puse yo, luego me comentáis si estáis a favor, si estáis en contra, si hice bien en poner este título o no.

Los CAI no aparecen de la nada, sino que tienen su origen en unos Centros Ocupacionales que aparecen en España alrededor de los años 80, por la necesidad de un recurso específico para las personas con discapacidad que hasta ese momento estaban agrupadas en centros de asociaciones, centros de beneficencia y demás. Entonces se creó este recurso para que una vez terminado el periodo de escolarización, las personas con discapacidad, fueran a este tipo de Centros que ya poseían unas estructuras más concretas de cara a una inserción laboral.

En estos Centros los talleres se llevaban a cabo a través de monitores de taller, que eran personas que no tienen formación específica sino que poseen conocimientos de oficios como cestería, jardinería..., y otras labores donde cuya finalidad era la de enseñar esos oficios a los usuarios de cara a su inclusión laboral.

En esta diapositiva, me centro un poco en las definiciones de los Centros Ocupacionales. Os pongo las dos, una es del 1982 y la otra de 2013, donde lo que cambia principalmente es la nomenclatura, que ya veis que arriba (1982) aparece la palabra “minusvalía” y en 2013 ya aparece la palabra “discapacidad” pero al final lo que me llamó la atención, cuando empecé a indagar, fue que te aseguraban los Servicios de Terapia Ocupacional (TO). Todos sabemos que lo que significa la TO en 1982 y más en 2013, pero la definición se mantiene, entonces lo que sí pone es que se aseguran los Servicios de TO a las personas con discapacidad con el objeto de desarrollar el máximo desarrollo personal y facilitar en lo posible el acceso al empleo, en resumen que través de los servicios de TO favorecer el empleo a la personas con discapacidad.

Pero ¿Qué pasaba? Que a pesar que los Centros y sus programas estaban enfocados al acceso del empleo esto no se estaba consiguiendo. Empezaron a aparecer una serie de problemas, ya que no se estaba consiguiendo el objetivo y se observaba que

además había una escasa inserción laboral. El usuario se mantenía más tiempo en el Centro Ocupacional apareciendo así mayor discapacidad y envejecimiento de este. Además había una carencia de evaluación y revisión de los planes individualizados y no se ajustaban a esta población, que cada vez estaba más envejecida y con mayor discapacidad.

Además de esto había una heterogeneidad en esta metodología, es decir, los CAI del oriente y los del occidente o los dos CAI en Oviedo no funcionan de la misma forma. Cada uno tenía su metodología de trabajo y funcionaban como les parecía. Además se veía que no había inserción laboral y las estancias en los Centros se estaban convirtiendo en indefinidas. Alargándose en exceso, lo que provocaba un aislamiento de la comunidad en vez de la inclusión que estaba buscando con estos Centros. Los programas que se estaban llevando a cabo no eran nada inclusivos.

Añadido a esto, los profesionales que llevaban a cabo estos talleres presentaban desgaste ya que estaban haciendo continuamente lo mismo repitiendo un recurso sin actualizar los programas.

Por último: estos Centros se gestionaban con unos horarios relativamente rígidos. Entonces que tenía más peso ¿La autonomía personal? ¿La integración socio-laboral? No, lo que tenía realmente mayor peso era la descarga familiar. Yo tengo a un familiar en un Centro desde la mañana hasta por la tarde y, aparte de estar cuidado, está haciendo *cosinas*. Realmente pasaba a ser más objetivo a favor de la familia que del propio usuario. Esto estaba provocando, en vez de una inclusión y una participación social, todo lo contrario.

Cuando se empezaron a ver todos estos problemas, en 2002, se trató de buscar un cambio. La Consejería editó un documento técnico, el N°12 llamado de los Centro Ocupacionales a los Centros de Apoyo a la Integración. Que buscaba el cambio para dar soluciones a los problemas, cambiando el nombre del recurso y traer una serie de mejoras para intentar conseguir los objetivos con los que se habían creado los iniciales Centros Ocupacionales.

Haciendo por tanto un resumen rápido, los Centros Ocupacionales no están cumpliendo sus objetivos, se cambia la nomenclatura a CAI que son Centros de Apoyo a la Integración, se cambia la definición, los criterios y condiciones de acreditación, el

## V CICLO DE SESIONES CLÍNICAS



plan de intervención y se genera una guía de buenas prácticas. Ahora os voy explicando un poco cada cosa:

La definición se agranda, eso no es malo ya que añade más cosas. Lo primero que acota es la edad. Para que no haya estancias indefinidas se marca un límite que está entre 18 y 50 años, así que pasan a ser Centros de atención y formación para una edad determinada.

Además el objetivo ya no es sólo la integración socio-laboral sino que se marcan otros objetivos como son la promoción de la autonomía, la independencia laboral y el incremento de calidad de vida y bienestar. Todo esto lo pone a través de unos programas personalizados *“vamos a poner unos programas individualizados para ver si conseguimos mejorar los objetivos”* y, además, no deja la discapacidad, así sin más, sino que amplía el abanico y separa entre distintos tipos de discapacidad. Ya que en los Centros Ocupacionales estaban muy enfocados a la discapacidad intelectual. Casi todos los programas e intervenciones estaban enfocados a este tipo de discapacidad, quedando el resto relegados a un segundo plano en sus domicilios... Aquí se nos amplía el abanico presentando la discapacidad física y orgánica, la sensorial, la intelectual, la asociada a la enfermedad mental y personas con pluridiscapacidad.

Comienza el cambio con una definición más concreta con programas personalizados y determina todos los tipos de discapacidad y crea unos criterios y condiciones de acreditación y ¿Por qué crea esto? Porque como estábamos viendo la heterogeneidad en la intervención era muy diversa, por lo que crearon los criterios y condiciones para que rijan a todos los CAI, con un equipo mínimo que van a regir estos CAI, que luego expondré. Además introduce unos protocolos de actuación, de comidas, traslados, quejas y reclamaciones a los que tienen derecho por estar allí, en el que llama la atención el protocolo de actuación de comidas donde explica que *“se preverá la asistencia a la alimentación a quienes lo precisen, utilizando, en su caso, las ayudas técnicas oportunas”*, esto ahí lo dejo.

Por otro lado se crean unos programas de atención especializada, donde amplían la programación en función de los objetivos que marcan en su programa.

Además dentro de estos criterios y condiciones de acreditación, marcan algo que me llamó mucho la atención *“las personas usuarias tendrán a su disposición, en número*

suficiente, productos de apoyo para la deambulaci3n, movilizaci3n y restantes actividades b3sicas de la vida diaria”, esto lo marca como condici3n que tiene el usuario por estar en el CAI.

Por lo que cambian la definici3n, introducen unos criterios y condiciones de acreditaci3n, ampli3n las 3reas y programas de intervenci3n, pero en este ya observamos que ya no s3lo van dirigidos a la persona con discapacidad, sino que tambi3n incluyen a la familia y el entorno o ambiente.

Centr3ndonos en las personas con discapacidad se crean en funci3n a las tres 3reas principales en funci3n de los objetivos. Estas son; el formativo ocupacional, la de autonom3a funcional y salud, y la de desarrollo social integraci3n y participaci3n comunitaria y dentro de estas 3reas se marcan varios programas. Por ejemplo dentro de la formativo ocupacional, programas de orientaci3n personal y laboral formaci3n prelaboral etc. o dentro del de autonom3a funcional y salud, programas de autonom3a personal mantenimiento psicof3sico, envejecimiento positivo. Y en el de desarrollo social integraci3n y participaci3n comunitaria, programas de autodeterminaci3n educaci3n afectivo-sexual, participaci3n comunitaria entre otros. Y dentro de los propios programas, por ejemplo en el de autonom3a personal, se trabajan las actividades de la vida diaria. Y, como ya dije, no solo se crean los programas para las personas con discapacidad, sino que tambi3n crean unos programas de orientaci3n y apoyo familiar, programas de intervenci3n ambiental, formaci3n a profesionales e intervenci3n hacia la comunidad, que al final es otro de los objetivos principales.

Y adem3s de todo esto, para amparar el buen funcionamiento, y hacer que todo se cumpla, se crea en 2009, una “Gu3a de buenas pr3cticas en Centros de Apoyo a la Integraci3n de personas con discapacidad”, como gu3a para los profesionales, cuyo objetivo es el de dirigir la forma de actuar con respecto a los usuarios que van a acudir a los CAI. En ella se exponen un poquito los derechos y deberes tanto de los profesionales como de los usuarios pero muy enfocado al buen trato del profesional hacia el usuario.

Esta gu3a est3 en Internet, luego os paso el enlace si os interesa. Y se basan en unos puntos claves o centrales, estos son: el ejercicio de derechos que explica que todo usuario que entra en el Centro, tiene derecho a la informaci3n, a la toma de decisiones con respecto a su propio programa, adem3s tiene que participar tanto en la intervenci3n

V CICLO DE SESIONES CL3NICAS

de los programas como en el apoyo a las familias, como en su plan personalizado de apoyo. Siempre a través de la búsqueda de su bienestar emocional, teniendo en cuenta su imagen personal, con trato personalizado, marcando una gestión de conflictos, en el caso de que los hubiese...

Dentro de los puntos clave, además de centrarse en el derecho participación y bienestar emocional del paciente. También tiene en cuenta la intervención profesional, marcando un equipo interdisciplinar con una figura profesional de referencia para el usuario. Y por último, también tiene en cuenta el entorno, este tiene que ser accesible, amigable y en búsqueda del máximo confort del usuario.

En resumen, observamos que los Centros Ocupacionales no cumplían sus objetivos, por lo que se crean los CAI, en búsqueda del cambio. Para ello, amplían y mejoran su definición, modifican los criterios y condiciones de acreditación junto con el plan de intervención y todo ello amparado por la creación de una guía de buenas prácticas para que todo esto salga adelante. Con todo esto nos surge una pregunta ¿Se han conseguido con todos estos cambios rectificar los problemas que aparecían en los antiguos Centros Ocupacionales, objetivo por el cual se realizaron todos estos cambios?

Vamos a ir viéndolo la antigua problemática y si hay, o no, mejoría con el cambio.

En el Centro Ocupacional observábamos que uno de los problemas eran la escasa inserción laboral observando que en la actualidad se mantiene, observado esto ya en el documento técnico número 12. Que de todas las experiencias que en él refleja, no aparece ninguna de inserción laboral. Además de esto, dentro de mi experiencia en mi Centro, de todos los pacientes que estaban y por allí pasaron, no se consiguió en ningún caso la inserción laboral. También he de decir que creo que no era uno de los objetivos que se buscaba. Y del resto de Centros que yo conozco tampoco tengo referencia de ninguna inclusión laboral.

Además de esto se observaba, que en los Centros Ocupacionales había un cambio de las características del usuario, con pacientes con mayor discapacidad y mayor envejecimiento. Por otro lado en los actuales CAI la edad sigue sobrepasando el límite señalado. En el Centro donde yo trabajaba, la horquilla del mayor número de usuarios se encontraba entre 45 y 55 años, encontrándonos con usuarios de hasta 65

años en la actualidad, de estos no hay muchos pero sí los sigue habiendo y, no sé qué va a pasar en cinco años con los usuarios que hoy en día tienen aproximadamente los 55 años. Pero ya estamos hablando de usuarios con 55 años y no los 50 que se marcaba en los nuevos objetivos.

Además de esto remarcaba que, dentro de las problemáticas de los Centros Ocupacionales, se encontraban carencias en cuanto a la evaluación y revisión de los planes individualizados. Estos no se ajustaban a la realidad de la población a la que se dirigían, con el cambio deberían ajustarse, pero se comprueba que no, que en la actualidad se mantienen las programaciones muy grupales, con estructuras fijas, con una intervención no centrada en las características individuales del usuario, sino más centradas en el grupo. Por lo que se divide a los usuarios por grupos, en función de la valoración que hago sobre sus capacidades y, a partir de ahí, se generan los talleres. Sí que te obligan a tener unos planes individuales de atención, pero esos planes nadie los revisa. Por lo que la carencia en la evaluación y revisión sigue siendo la misma. Ya que se puede hacer un *copia pega* de un año para otro y nadie lo revisa, y vemos que es lo que está pasando.

En los Centros Ocupacionales las estancias se volvían indefinidas en los Centros, y comprobamos qué en la actualidad sigue pasando lo mismo. Las estancias en los centros se prolongan, debido a esa falta de inclusión e integración social que se debería de buscar, ya que se mantienen los horarios y programas rígidos donde el usuario entra a una hora determinada por la mañana, y sale por la tarde. Nadie revisa nada y van pasando los años y los usuarios siguen institucionalizados.

En mi caso, desde que empecé a trabajar, todos los usuarios que estaban en aquel momento se mantienen, seis años más tarde y los que van llegando nuevos ahí siguen. Y la mentalidad no era la de participar más en la comunidad, sino que el pensamiento era el de poder estirar la estancia en este tipo de Centros como otros de los compañeros que hay de 65 años, y así retrasar la entrada en un Centro de Día de Mayores.

En los Centros Ocupacionales también se veía un aislamiento con respecto a la comunidad, con programas no inclusivos, y en la actualidad se observa lo mismo, ya que si los programas se llevan a cabo en un Centro cerrado y aislado de la comunidad, con falta de programas inclusivos... ¿Dónde me dices que vas a hacer, por ejemplo, un programa de inclusión social yendo a las piscinas municipales, a realizar un taller de

V CICLO DE SESIONES CLÍNICAS

natación y te marcan una hora en la que en la piscina está cerrada únicamente para las personas con discapacidad y vas asistido por cinco cuidadores para los trayectos y la estancia allí?. Lo que consigue es que sigamos aislados y cuando salimos vamos con nuestro séquito a otro sitio, dónde está todo cerrado para nosotros. Eso NO es inclusión NI integración. Por tanto se mantiene el aislamiento, a pesar de que exista algún programa fuera del Centro.

Y, por último, el mayor peso que se veía en los Centros Ocupacionales era en la descarga familiar más que en la propia autonomía personal, observando que ahora pasa lo mismo. Poco ha cambiado. Tener unos programas con horarios rígidos y estructuras tan marcadas, hace que acabe sucediendo lo mismo. El familiar se va a trabajar y durante ese tiempo el usuario está atendido. Además, con los nuevos criterios, va a tener servicio de comidas, transporte y unos programas a los que añadirse por lo que la situación se reproduce.

Lo que pasa es que, a pesar de todos los cambios en los objetivos, en los criterios y condiciones de acreditación, cambio en los planes individualizados, junto con la creación de una guía de buenas prácticas, seguimos comprobando que hay gran trabajo detrás del cambio. Pero observamos que, con todo ello, los problemas que surgían en los antiguos Centros Ocupacionales se mantienen.

Hasta aquí os he expuesto la realidad de los hechos, ahora voy a empezar con mis conclusiones y las dudas que a mí me surgen con respecto al tema. La primera es ¿El plan general de intervención y el desarrollo de la buena praxis que marca la guía de buenas prácticas, es posible llevarlo correctamente a cabo con los profesionales que se marcan como "indispensables" en los criterios para la acreditación de los Centros de Apoyo a la Integración? Para mí esa es la pregunta más importante. Vamos a recordar los profesionales que se marcaban como indispensables los criterios y condiciones de acreditación.

El director, que como todos sabemos se encarga principalmente de todas las gestiones del Centro.

El psicólogo o pedagogo, que en muchos casos es la misma persona que el director, por lo menos en algunos de los que yo tengo constancia, y si no es así, el psicólogo o pedagogo en el documento técnico, marca que sus funciones son la de

valorar al usuario, y posteriormente coordinar los programas que se lleven a cabo en el Centro de Apoyo a la Integración.

Luego están los cuidadores, que van a asistir tanto en los talleres como en las actividades de la vida diaria y luego, por otra parte te marca y equipara los monitores de taller y los educadores. El monitor de taller es una persona que no tiene que tener ninguna formación específica. Estamos hablando de personas que se les da bien hacer diferentes labores, cestería, jardinería, etc. Estos los equiparan al educador, que sí es una formación reglada. Es una diplomatura que ellos mismos en su Colegio Profesional lo definen como " la educación no formal, educación de adultos, incluida la tercera edad, inserción social de personas desadaptadas y minusválidos, así como en la acción socio-educativa". Esta es su definición. En definitiva estos perfiles profesionales, director, psicólogo o pedagogo, cuidador y monitor de taller o educador, son los que van a llevar a cabo todos los programas de los que hemos estado hablando anteriormente, y entre sus funciones principales están:

Valorar los tipos de apoyo que se necesitan, valorar las capacidades y dificultades de cada usuario, mejorar la accesibilidad y adaptación del entorno si es necesario, valorar y mejorar las funciones y/o estructuras corporales, funciones mentales, funciones musculo-esqueléticas. Y además, en el caso de que se consiga la inserción laboral deberán hacer un análisis y adecuación de los diversos puestos de trabajo.

Son funciones para las que, legalmente no están formados, por lo que existe la probabilidad de que los objetivos no se cumplan y no se realicen correctamente muchas de las funciones que se les demanda en la guía de buenas prácticas. Porque carecen de la formación y habilitación profesional adecuada. Yo no me imagino a un enfermero que lleva toda la vida trabajando en quirófano que, cuando un día el médico o cirujano no esté, el enfermero vaya a realizarla intervención quirúrgica, porque el objetivo será que la operación salga bien pero ¿Va a salir bien, si lo hace alguien sin formación específica para ello? Es probable que no. Pongo este ejemplo, como podría ser otro cualquiera, pero no entiendo que en los CAI esté pasando esto.

Y ya para ir terminando, desde mi punto de vista se deben de tener en cuenta tres puntos muy importantes, que a pesar de todos los cambios no se tuvieron en cuenta, para mí, es lo más importante.

La persona con discapacidad, diferenciando tipos de recursos más concretos, como objetivos y programas adecuados a las características individuales, ¿qué quiere decir? ¿Que no se puede hacer un programa que sea el mismo para una persona con discapacidad intelectual que para una persona con discapacidad física? Incluso dentro del tipo de discapacidad no todos tenemos los mismos objetivos vitales, con y sin discapacidad. Hay que tener en cuenta la individualidad de cada uno ¿Por qué ellos, por el hecho de tener discapacidad, tienen que incluirse en unos programas previamente marcados y concretos?

Por ejemplo uno de los programas es el afectivo sexual, es un programa que está continuamente en los CAI, debido a que se siguen enfocando los programas a la discapacidad intelectual, ir a sus problemas propios, como ellos suelen tener este tipo de problemas, vamos a meter al resto de personas con discapacidad. Y no es así ya que, por ejemplo, una persona con hemiparesia, cognitivamente no afectada y que vive con su mujer no necesita para nada este tipo de programas. Por lo que hay que adecuar y tener en cuenta a la propia persona con discapacidad, sus propias necesidades y objetivos, y en función de ello adecuar el programa y no al revés.

Además de tener en cuenta a la persona con discapacidad y su diversidad funcional otro punto importante son los perfiles profesionales. Siempre en función de los objetivos y sus áreas de intervención, en función del ámbito y su competencia profesional. Con esto no estoy enfocándolo a la necesidad de incluir un terapeuta ocupacional, a pesar que todos los terapeutas que estamos aquí, vemos que muchas de las intervenciones nombradas, son función del terapeuta ocupacional. Existen muchas funciones que no, por ello lo importante es ampliar el abanico de perfiles profesionales y en función del tipo de Centro, sus objetivos y las características de los usuarios, incluir a los profesionales necesarios. En unos casos se precisarán terapeutas ocupacionales para trabajar la independencia funcional. En otros si hay problemas de deglución o de disartria, por ejemplo un logopeda, etc. Lo importante será tener en cuenta el perfil profesional en función de las necesidades del usuario.

Y por último. La intervención individualizada, ya que todas las definiciones se centran en los planes individualizados, las guías de buenas prácticas, intervención centrada en el paciente etc., pero la realidad es que estamos obligando al usuario a meterse en un programa y unos objetivos que no son los suyos, y en muchas ocasiones

V CICLO DE SESIONES CLÍNICAS

no le interesan, sin tener en cuenta las características personales, intereses y demandas individuales. Deberían ser sus propias necesidades las que marquen la planificación y áreas de intervención y no al revés.

Por lo que mis conclusiones son: si lo que realmente se pretende en los CAI es la inclusión social de la persona con discapacidad, con características individuales y unas limitaciones que le impiden su integración social normalizada, es necesario modificar por completo o crear un nuevo recurso, con un equipo multidisciplinar formado para valorar, adaptar y entrenar a la persona con discapacidad de forma individualizada para mejorar su inserción en la sociedad. Fuera de programaciones y objetivos fijos, horarios completos y estancias indefinidas que lo único que hacen es favorecer la descarga familiar en detrimento de la autonomía personal del usuario. En la balanza no se están teniendo en cuenta a la persona con discapacidad sus intereses y necesidades, sino que se tira más por el interés familiar, con la creación de recursos para la estancia de estas personas en el horario de trabajo y... como ellos *no se quejan*; sigue para delante.

Bueno, esta es mi idea, no sé si quedó claro, o hay dudas... Lo que sí quiero antes de terminar es retomar el punto donde os contaba que cuando termine mi último contrato y me ofrecían un contrato indefinido, pero en otra categoría profesional, que no tenía claro si aceptar o rechazar.... Pues, dije que sí, y tuve un contrato de monitor de taller ejerciendo de terapeuta ocupacional, pero cobrando y cotizando como monitora de taller otros tres años más...

Y lo que sí que quería recalcar, ya que en estas sesiones clínicas se habló mucho sobre la importancia de escribir artículos, de la divulgación, del cuerpo profesional, etc. Destacar que estáis aquí escuchándome y tenéis que hacer un acto de fe para creer que lo que estoy diciendo es verdad. Que pude realizar unas valoraciones iniciales, cómo realicé mi intervención y demás. Pero hice muy mal una cosa, porque sí, realicé unas valoraciones iniciales y las completé. Esas valoraciones con el tiempo de intervención las fui modificando ya que había mejoras. Las cambiaba para mí, porque en realidad nadie me las pedía. Y ahora mismo esas valoraciones estarán en el cajón donde las dejé. Allí se quedaron y no hice nada con ellas. Y eso no sirve para nada, ya que, ahora os estoy contando mi experiencia, pero cuando salgamos de aquí en eso se va a quedar y no sirvió de nada que yo hubiese hecho esas valoraciones ni bien ni mal, ni los avances que se hayan conseguido, ni mis intentos por crear la necesidad de un terapeuta

V CICLO DE SESIONES CLÍNICAS



ocupacional en este recurso. Sí, es verdad que en la actualidad se mantiene la figura del terapeuta ocupacional en el Centro, con o sin categoría, pero insisto, no sirve de nada si no lo escribes. Si yo hubiese hecho una serie de registros y escrito un artículo dónde explicase mis primeros meses, o el año, o los cinco primeros años. Evidenciar que esas personas que al inicio tenían un Barthel con puntuación 20 y después del periodo de tratamiento se consiguió que tuvieran Barthel de 80 o de 100 entonces... Quiero recalcar que no sirve de nada si no lo escribimos ni lo publicamos porque al final eso es tirarse piedras sobre nuestro propio tejado. Ya somos una profesión que está un poquito relegada a la izquierda y nosotros mismos no hacemos nada. Solo quejarnos, pero no escribimos ni exponemos nada de nuestras experiencias, solo quejarnos. Luego pretendemos entrar en la web cuando voy a empezar a trabajar con un perfil concreto de usuario, y quiero que haya planes, que haya programas de actuación, pero nosotros mismos somos los que no lo estamos haciendo.

Por lo que insisto, yo sé que yo lo he hecho mal. Así que si alguno está empezando..., que los registros los tome mejor, los desarrolle y comunique. Porque todo lo que pueda aportar a nivel de divulgación científica nos va a venir bien a la profesión. A todos.

Y nada, yo por mi parte he terminado. Muchas gracias a todos.