

Manual del Facilitador
Facilitator Manual



Principles of Caregiving

Principios de Cuidado

DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO **DEVELOPMENTAL DISABILITIES**

Un programa de capacitación
para encargados de cuidado,
ayudantes personales, y
profesionales de cuidado directo.

PROYECTO DE CURRÍCULO DE CUIDADO DIRECTO DE ARIZONA

Esta materia fue creada con fines educativos por el Proyecto de Currículo de Cuidado Directo de Arizona con la intención de servir como materia de referencia para personas que quieran aprender más del tema. Ni el Departamento de Seguridad Económica, su División de Servicios en Envejecimiento y Adultos, ni ningún otro individuo u organización asociada con el proyecto, garantiza que la información sea guía definitiva en el tema, ni tampoco garantiza que la maestría de esta materia asegure que los que de ella aprendieron aprobarán cualquier examen requerido.

Por favor cite “*Principles of Caregiving – Arizona Direct Care Curriculum Project*” al usar extractos de esta materia. El título *Principles of Caregiving* debe usarse solo con esta materia como lo apruebe el Direct Care Workforce Committee. El título *Principles of Caregiving* no debe usarse si se han hecho cambios al contenido.

La portada y el material gráfico fueron diseñados por Gateway Community College, un centro de formación universitaria del condado de Maricopa. Se reservan por medio del Arizona Direct Care Curriculum Project todos los derechos al logotipo y el diseño de portada para uso exclusivo de las clases y materias de *Principles of Caregiving*.

Visite la página de Arizona Direct Care Initiative www.azdirectcare.org para más información acerca del proyecto del currículo.

PREFACIO DE LOS PRINCIPIOS DE CUIDADO

El Desarrollo de Capacitación Profesional Estandarizada de Cuidado Directo en Arizona

La necesidad de cuidado basado en casa y la comunidad es uno de los problemas más imperiosos de nuestros tiempos. Afectará a casi toda familia en América. Para poder dar frente a la demanda cada vez mayor de servicios basados en el hogar y la comunidad, Arizona debe de desarrollar una mano de obra de trabajadores de cuidado, capaces y compasivos. Estamos mejor preparados para enfrentar estos retos por medio de la capacitación de Principios de Cuidado para trabajadores de cuidados, auxiliares personales y profesionales de apoyo directo.

El año 2004, la Gobernadora Janet Napolitano asignó un Grupo de Ciudadanos de Trabajo en la Mano de Obra de Largo Plazo (CWG por sus siglas en inglés) para desarrollar y proveer más recomendaciones para mejorar la calidad de la mano de obra de cuidado de largo plazo. En el año 2005, la CWG planteó diez recomendaciones. Una de ellas pedía la implementación de un currículo estandarizado, uniforme y universal para la capacitación de la mano de obra en cuidado directo.

El Proyecto del Currículo del Cuidado Directo es en asociación con el Arizona Department of Economic Security, el Arizona Health Care Cost Containment System, el Developmental Disabilities Planning Council (anteriormente conocido como Governor's Council on Developmental Disabilities), el Arizona Department of Health Services, y el Direct Care Workforce Committee. Se crearon los manuales de *Principios de Cuidado* para ayudar a establecer un programa de capacitación de alta calidad para profesionales en cuidado directo o apoyo directo en Arizona. Se vieron involucrados muchos individuos y agencias, proveedores representantes del cuidado en casa, colegios de la comunidad, organizaciones de apoyo y agencias estatales. Refiérase al apéndice para una lista de reconocimientos.

NOTAS A LOS ESTUDIANTES

Principios de Cuidado: Discapacidades del Desarrollo es el Nivel 2 del módulo de la serie *Principios de Cuidado*. Se añade al módulo de los Fundamentos y contiene material avanzado para los trabajadores del cuidado directo (DCWs) que trabajan con personas ancianas o con discapacidades físicas. El módulo de los Fundamentos se debe completar primero. Cierta revisión quizás sea necesaria antes de completar este módulo.

Este módulo es independiente de los demás módulos del Nivel 2 de la serie. Ud puede completar esta parte de la capacitación sin estudiar los demás módulos.

Dependiendo de las necesidades de su empleador y los clientes a quienes servirá, usted tal vez no necesite todo el conocimiento y las destrezas presentadas en los Fundamentos, pero se les anima a estudiar todo el programa. El currículo de los *Principios de Cuidado* está diseñado para proveer una introducción completa al cuidado y apoyo directo, y usted quedará preparado para trabajar con una variedad de clientes y empleadores.

Principios de Cuidado Incluye los siguientes módulos:

- Nivel 1: Fundamentos
- Nivel 2: Envejecimiento y Discapacidades Físicas
- Nivel 2: Discapacidades del Desarrollo
- Nivel 2: Enfermedad Alzheimer y Otras Demencias

Competencias para los Trabajadores de Cuidado Directo en Arizona

Las competencias son la base para la capacitación y las pruebas de cualquier personal que brinda servicios de trabajador doméstico o auxiliar doméstico, servicios de cuidado personal o servicios de cuidado auxiliar para un programa con fondos estatales en Arizona. Los libros de *Principios de Cuidado* abordan todas las competencias y ayudan a prepararse para las pruebas de DCW de Arizona. Para una lista de competencias, vea el Apéndice de este módulo, o refiérase a la página de Arizona Direct Care Initiative www.azdirectcare.org, haga clic en Competencias.

Objetivos de Aprendizaje

Cada capítulo de los *Fundamentos de Cuidado* comienza con una página de introducción donde se encuentra la lista de los objetivos de aprendizaje y los términos claves para ese capítulo en particular. Algunas secciones también tienen lista de destrezas; son procesos que usted debe practicar y demostrar a su instructor. Los siguientes símbolos se usan para identificar ciertos componentes:

!	Ideas importantes.
---	--------------------

2 Ejercicios y actividades.

N Procedimientos que usted necesita practicar y demostrar.

PRINCIPIOS DE CUIDADO: DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

TABLA DE CONTENIDO

(números de página para el módulo de aprendizaje entre paréntesis)

Capítulo 1 – Conocimientos acerca de las Discapacidades del Desarrollo 1-1 (1-1)

- A. Discapacidades del Desarrollo 1-3 (1-3)
- B. Introducción al Desarrollo Humano 1-4 (1-4)
- C. Las Cuatro Discapacidades del Desarrollo 1-5 (1-5)
- D. Cómo Reaccionar a un Ataque Epiléptico..... 1-8 (1-8)
- E. Desafíos de la Integración Sensorial 1-12 (1-11)
- F. Directivas Generales sobre Cómo Trabajar con Personas con Discapacidades del Desarrollo 1-13 (1-12)

Fuentes de Información para el Instructor 1-14

Capítulo 2 – Cómo Trabajar con Personas Que Tienen Discapacidades del Desarrollo 2-1 (2-1)

- A. Enfoque Centrado en la Persona 2-3 (2-3)
- B. Department of Economic Security - DES - Division of Developmental Disabilities (DDD) Misión, Visión y Metas..... 2-4 (2-4)
- C. Derechos Individuales..... 2-7 (2-6)
- D. La Auto Dirección 2-11 (2-10)
- E. Lenguaje Que Pone en Primer Lugar a la Persona..... 2-13 (2-11)
- F. Relaciones Positivas 2-24 (2-20)
- G. Relaciones Profesionales 2-27 (2-22)

Capítulo 3 — Papel Que Juega y Requisitos de DDD – Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo) 3-1 (3-1)

- A. El Papel que Juega DDD – Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo)..... 3-3 (3-3)
- B. Servicio de Asistencia Personal..... 3-4 (3-3)
- C. Documentación y Registros Requeridos..... 3-6 (3-5)
- D. DDD Limita Ciertas Actividades con Respecto a Trabajadores de Cuidado Directo. 3-8 (3-6)
- E. Requisitos de Supervisión y Monitoreo para los Servicios de Asistencia Personal y Limpieza Casera..... 3-9 (3-7)
- F. Notificaciones de Demoras o Ausencias a la Persona o Agencia Responsable . 3-9 (3-8)

Capítulo 4 – Planeamiento de Apoyo	4-1 (4-1)
A. Planeamiento de Metas	4-3 (4-3)
B. Planes de Apoyo Individual	4-6 (4-4)
C. Fundamentos del Plan de Apoyo	4-7 (4-5)
D. Papel que Juegan los Miembros del Equipo y sus Responsabilidades	4-9 (4-6)
Capítulo 5 – Abuso y Negligencia	5-1 (5-1)
A. Introducción	5-3 (5-3)
B. Cómo Informar sobre el Abuso y la Negligencia	5-4 (5-4)
C. Definiciones del Abuso y Negligencia	5-5 (5-5)
D. Cómo Reaccionar al Abuso y a la Negligencia	5-7 (5-6)
E. Recursos Adicionales para los Participantes	5-14 (5-11)
Recursos para el Instructor	5-18
Capítulo 6 – Informes de Incidentes	6-1 (6-1)
A. Clases de Incidentes	6-3 (6-3)
B. Informes de Incidentes	6-5 (6-5)
Recursos para los Facilitadores	5-13
Capítulo 7 – La Vida Diaria	7-1 (7-1)
A. Introducción	7-4 (7-3)
B. Ayuda con la Alimentación	7-7 (7-4)
C. Asistencia con la Auto Administración de Medicamentos	7-15 (7-12)
D. Integridad de la Piel	7-17 (7-14)
E. Cómo Dar Baños, Vestir y Acicalar	7-20 (7-16)
F. Higiene Oral	7-27 (7-23)
G. La Eliminación	7-29 (7-25)
H. Transferencias	7-33 (7-28)
I. Cómo Girar y Posicionar	7-42 (7-37)
Capítulo 8 – Apoyo Positivo del Comportamiento	8-1 (8-1)
A. Maneras de Entender el Comportamiento	8-3 (8-3)
B. El Papel del DCW (Trabajador de Cuidado Directo) es de Apoyar el Comportamiento de un Modo Positivo	8-7 (8-5)
C. Técnicas para un Apoyo Eficaz	8-8 (8-6)

PRINCIPIOS DEL CUIDADO MÓDULO DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

CAPÍTULO NÚMERO 1: CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

GUÍA PARA LOS FACILITADORES

CONTENIDO:

- A. Discapacidades del Desarrollo
- B. Introducción al Desarrollo Humano
- C. Las Cuatro Discapacidades del Desarrollo
- D. Cómo Reaccionar a un Ataque Epiléptico
- E. Desafíos de la integración Sensorial
- F. Directivas Generales de Cómo Se Trabaja con Personas con Discapacidades

Tiempo estimado para este capítulo: 1 hora

Materiales necesarios:

1. Guía para los Facilitadores
2. Guías para los Participantes

COMPETENCIAS:

(SABER O PODER:)

1. Qué significa una discapacidad del desarrollo.
2. Cuáles son las cuatro condiciones calificadoras de la Division of Developmental Disabilities – DDD (División de Discapacidades del Desarrollo – DDD).
3. Reconocer cómo el autismo compromete a una persona.
4. Reconocer cómo la parálisis cerebral compromete a una persona.
5. Reconocer cómo una discapacidad cognitiva compromete a una persona.
6. Reconocer cómo la epilepsia compromete a una persona.
7. Factores que contribuyen a un ataque epiléptico.
8. Reconocer cuándo una persona está sufriendo un ataque epiléptico.
9. Qué hacer cuando una persona está sufriendo un ataque epiléptico.
10. Qué no se debe hacer cuando alguien está sufriendo un ataque epiléptico.
11. Cuándo llamar al 911 en el caso en que una persona esté sufriendo un ataque epiléptico.
12. Cómo documentar y reportar un ataque epiléptico.
13. Cómo dar apoyo a una persona después de un ataque epiléptico.
14. Cómo los desafíos de la integración sensorial pueden afectar a una persona.

TÉRMINOS CLAVE:

Autismo	Discapacidad del Desarrollo
Ataque Epiléptico	Epilepsia
Desafíos de la Integración Sensorial	Parálisis Cerebral
Discapacidad Cognitiva	

Nota para los Facilitadores:

Revise la siguiente información con el grupo entero. Ud quizás quiera leer las secciones en voz alta, pedir que los voluntarios la lean, o dar tiempo para que el grupo la lea en silencio para sí.

A. DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

Nota para los Facilitadores:

Introduzca esta sección discutiendo cómo el conocimiento de los ámbitos del desarrollo nos ayuda a reconocer las áreas afectadas cuando una persona tiene una discapacidad del desarrollo. El Plan de Apoyo Individual de una persona (PAI) proporciona en forma resumida las fortalezas de la misma y los recursos de apoyo necesarios para cada ámbito del desarrollo.

Para calificar y recibir los servicios del Department of Economic Security -- DES (Departamento de Seguridad Económica -- DES), Developmental Disabilities Division (División de Discapacidades del Desarrollo -- DDD), una persona debe recibir el diagnóstico de una discapacidad del desarrollo que reúne ciertos criterios (según se describe en ARS 36-551).

La Discapacidad del Desarrollo es un término amplio usado para describir demoras en una o más de varias categorías del desarrollo por lo que no se le puede atribuir una causa o remedio específico. Muchas causas tienen impacto sobre demoras del desarrollo. Se incluyen entre ellas, trauma temprano cerebral o neonatal, enfermedades genéticas y factores ambientales. Éstos últimos incluyen pobre nutrición de la madre, además de exposición a toxinas o infecciones pasadas de la madre a su bebé durante el embarazo.

Ejercicio: ¿Qué discapacidades conoce?

Por ejemplo: Síndrome de Down, ceguera

Discusión: ¿Qué diferencia hay entre la discapacidad del desarrollo y otras discapacidades?

Las Discapacidades del Desarrollo (DD) son discapacidades severas y crónicas, atribuibles a problemas mentales y/o físicos, que se manifiestan antes de la edad de 18 años, y que pueden continuar indefinidamente. Resultan en limitaciones importantes en las siguientes áreas:

- Autocuidado.
- Lenguaje receptivo y expresivo.
- Aprendizaje.
- Movilidad.
- Auto dirección.
- Capacidad para la vida independiente.
- Auto suficiencia económica.

Nota: Para recibir servicios en Arizona, la DDD reconoce cuatro diagnósticos calificativos para personas de de 6 años de edad o más:

1. Autismo.
2. Parálisis cerebral.
3. Discapacidad cognitiva.
4. Epilepsia.

¿A quién damos apoyo?

Individuos con discapacidades son infantes, niños, adolescentes, jóvenes y personas mayores de edad que tienen una vida que vivir como todos los demás. El enfoque del interés y la atención gubernamental es de proporcionar oportunidades de vida, libertad y búsqueda de felicidad a todos los ciudadanos. Trabajadores del Cuidado Directo se unen a un grupo grande y distinguido de parientes, educadores, médicos, terapeutas, profesionales y amistades que trabajan para dar apoyo a individuos con discapacidades a medida que viven su vida.

B. INTRODUCCIÓN AL DESARROLLO HUMANO

Nota para los Facilitadores: Discuta los siguientes temas relacionados al desarrollo humano.

Las etapas del desarrollo siguen patrones basados en los principios básicos típicos de todas las personas, sean éstas con o sin discapacidad. Estos principios declaran que el desarrollo es:

- Parecido para todas las personas. Aunque cada persona es única, el desarrollo sigue una secuencia predecible.
- Un proceso regular con etapas (patrones) predecibles. Sabiendo cuáles son las secuencias predecibles del comportamiento ayuda a reconocer los patrones típicos (normales) del crecimiento y de los cambios en el comportamiento y permite que los parientes, educadores y demás profesionales desarrollen programas individualizados.
- Procede a distintos pasos de lo general a lo específico, de la parte superior del cuerpo a la parte inferior –de la cabeza a los dedos del pie y del centro del cuerpo hacia afuera.

Nota para los Facilitadores:

Un dominio o área del desarrollo es una categoría de destreza y crecimiento de un área en particular. Los individuos no se desarrollan sólo en áreas aisladas. Las destrezas de cada área o dominio afectan a las demás, por lo que la demora en un área puede afectar negativamente el desarrollo en otras. Por ejemplo, si una persona enfrenta un desafío en su desarrollo emocional, eso puede resultar en un comportamiento que afecta su habilidad en el marco escolar. Aunque el desafío proviene del desarrollo emocional, el comportamiento de la persona puede interferir con su atención en el marco educacional y afectar su desarrollo cognitivo.

Es importante que los Trabajadores del Cuidado Directo recuerden que no existe un individuo (con o sin discapacidad) que se parezca a otro. Gente con la misma discapacidad aprende y crece de distinta manera. Además, existen distintos tipos de desarrollos.

Social	Físico
Lenguaje /Idioma	Cognitivo
Auto ayuda	Emocional

El **desarrollo físico** consiste en obtener gradualmente el control de los músculos grandes y pequeños. Esto incluye el desarrollo de las destrezas de los grandes músculos, tales como, sentarse, gatear, caminar, correr, tirar; y las destrezas de los músculos pequeños, tales como, agarrar, pinchar y flexionar los dedos de las manos y los pies.

El **desarrollo cognitivo** es el proceso de aprender a pensar y a razonar.

El **desarrollo de la auto ayuda** es el desarrollo de las destrezas del diario vivir tales como asearse, alimentarse y vestirse.

El **desarrollo del lenguaje/Idioma** es el proceso de aprender a comunicarse con otros en forma verbal o con otros métodos de comunicación.

El **desarrollo social** es el proceso de llegar a conocer y valorar a otras personas. Involucra la capacidad de poder establecer y mantener relaciones, desarrollar destrezas sociales y llevarse bien con los demás. Incluye aprender a compartir, cooperar, tomar turno y negociar con otros.

El **desarrollo emocional** se refiere al aprecio que las personas sienten por sí mismos, por otras personas en su vida, y por el ambiente en que viven. Eso incluye sus relaciones con los demás y sus reacciones emocionales a las personas y cosas en su ambiente.

C. LAS CUATRO DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

1. Autismo

... **afecta las habilidades sociales y comunicativas.**

El autismo es una condición caracterizada por una aflicción severa de la comunicación y del comportamiento que resulta en una habilidad limitada de comunicar, comprender, aprender y participar en relaciones sociales. Algunas personas pueden ser levemente afectadas mientras que otras lo son con más severidad, por lo que requiere apoyo las 24 horas del día.

Características del autismo

Nota para los Facilitadores:

Acentúe que ésta es la información general acerca del autismo y que cada individuo es único. Algunas o todas estas características se pueden ver o no dependiendo del individuo.

Interacción social

El síntoma más obvio del autismo es un déficit en la interacción social. Individuos con autismo:

- Pueden no reaccionar cuando se los llama por su nombre.
- Frecuentemente evitan mirar a otras personas.
- Tienen dificultad con tratar de interpretar el tono de la voz o las expresiones de la cara de otras personas.
- Pueden no reaccionar a las emociones de otras personas.
- Observan las caras de otras personas para darse cuenta de cuál es el comportamiento apropiado.
- Parecen no darse cuenta de los sentimientos de otros hacia ellos y del impacto negativo que su comportamiento tiene sobre otras personas.
- Pueden no darse cuenta del espacio personal.

Comunicación

Problemas con comunicación, tanto verbal como no verbal, pueden incluir:

- Lenguaje, ruidos y frases repetitivos, o lenguaje a paso, tono y ritmo inusual.
- El lenguaje o las vocalizaciones se deben más a estímulos sensoriales que a deseos de comunicación.
- Dificultad con iniciar o mantener una conversación.
- Individuos quizás nunca desarrollen un modo de hablar. (¡Pero pueden comunicarse!)

Actividades e intereses limitados o inusuales

Personas con autismo pueden:

- Hacer movimientos repetitivos (dar vueltas, mecerse, batir palmas).
- Ser obsesivas acerca de las rutinas.
- Requerir que su ambiente físico sea organizado de cierto modo.
- Tener un interés intenso y obsesivo acerca de ciertos temas u objetos (fechas de nacimiento, zonas de tiempo, piolines, el rodar de ruedas, etc.).

Reacción inusual a estímulos sensoriales (cosas que se experimentan con los sentidos; sonidos, texturas, presiones, olores, vistas, luces, etc.)

Sensibilidades inusuales pueden contribuir a síntomas de comportamiento, tales como resistencia a ser tocado/a y quizás también contribuyan a:

- Reacciones anormales a la luz, al sonido, a ser tocado/a, y otros estímulos sensoriales.
- Movimientos repetitivos tales como mecerse, retorcerse el pelo, o lesionarse a sí mismos (por ejemplo, mordisquearse, o golpearse la cabeza).
- Sensibilidad reducida al dolor.

Además de las características enumeradas más arriba, las personas con autismo pueden tener necesidades dietéticas especiales. Eso requiere que se revise su plan y que se llegue a conocer a las personas.

2. La Parálisis Cerebral

... afecta la habilidad del cerebro de comunicarse eficazmente con los músculos.

La parálisis cerebral resulta de una lesión del cerebro que puede ocurrir desde antes o en el momento mismo del nacimiento hasta la edad de seis años. "Cerebral" se refiere al cerebro y "parálisis" se refiere a la debilidad o pobre control de los músculos. La lesión del cerebro afecta los mensajes que el mismo envía a los músculos. Los músculos afectados pueden estar en cualquier parte del cuerpo, afectando a veces el cuerpo entero. Aunque permanente, la anormalidad del cerebro no empeora a través del tiempo. Pueden haber movimientos incontrolables y contractura de los músculos (espasticidad) de severidad variable.

La parálisis cerebral no es progresiva; sin embargo, condiciones secundarias tales como control de músculos pueden mejorar o empeorar o quedar lo mismo a través del tiempo.

Nota: Aunque la comunicación puede ser difícil es posible que la persona con parálisis cerebral no tenga desafíos intelectuales.

Dependiendo de las áreas del cerebro afectadas, una o más de las siguientes condiciones pueden ocurrir:

- Contractura de los músculos.
- Movimientos involuntarios.
- Problemas con la manera de andar o con la movilidad.
- Dificultad al tragar o comer.
- Problemas con la visión, audición o articulación del lenguaje.
- Problemas con la respiración debido a dificultades de postura.
- Enfermedades de la piel debido a llagas por presión.

3. La Discapacidad Cognitiva

... afecta cómo una persona aprende

La discapacidad cognitiva, también conocida como discapacidad intelectual, está caracterizada por desafíos del aprendizaje que causan limitaciones en áreas de la vida diaria. Estas limitaciones pueden causar problemas en la escuela, en el trabajo, en las actividades de recreación, en las destrezas sociales y de comunicación y en las actividades de la vida diaria. Las personas con discapacidades cognitivas pueden y logran aprender nuevas destrezas pero necesitan más apoyo o estrategias de enseñanza adaptadas a su situación.

En Arizona una persona debe tener un coeficiente intelectual inferior a 70 para poder calificarse para los servicios ofrecidos por la DDD.

4. La Epilepsia (ataques epilépticos)

... afecta los impulsos eléctricos / químicos del cerebro

La epilepsia es una condición a largo plazo que causa ataques epilépticos repetidos si no se recibe tratamiento (y a veces a pesar del tratamiento recibido). Hay varios tipos de ataques epilépticos, pero todos involucran una actividad anormal del cerebro que causa un cambio involuntario del movimiento o función del cuerpo, o de la sensación, conciencia o comportamiento de la persona.

Un ataque epiléptico es una subida repentina de actividad eléctrica en el cerebro que generalmente afecta cómo una persona se siente o actúa por un corto período de tiempo. Los ataques epilépticos no son una enfermedad en sí. En vez son un síntoma de los distintos trastornos que pueden afectar al cerebro. Algunos ataques casi ni se notan. Otros pueden involucrar al cuerpo entero y afectar muchos aspectos de la vida de una persona.

Los ataques epilépticos pueden estar relacionados a un trauma cerebral o a una tendencia familiar, pero a menudo la causa es completamente desconocida. La palabra "epilepsia" no indica nada acerca de la causa de los ataques epilépticos de una persona o de cuán severos pueden ser. La epilepsia afecta a personas en mayor o menor medida. En muchos casos, los ataques epilépticos pueden ser controlados con tratamiento, tales como medicamentos, cirugía, o estimulación de los nervios. En otros casos, los tratamientos no controlan los ataques epilépticos adecuadamente.

D. CÓMO REACCIONAR A UN ATAQUE EPILÉPTICO

Cómo reconocer un ataque epiléptico

Cómo un ataque epiléptico afecta a una persona, y qué apariencia tiene, depende de la parte del cerebro involucrada en el ataque. El ataque epiléptico es causado por una alteración eléctrica del cerebro. Los ataques epilépticos pueden variar en apariencia dependiendo del individuo.

Cómo reaccionar a un ataque epiléptico

Nota para los Facilitadores:

Hay muchos malentendidos y temores acerca de cómo apoyar a una persona que sufre un ataque epiléptico. Asegúrese de pedir al grupo que comparta sus conocimientos y experiencias al respecto. Esto le dará la oportunidad de dirigirse a los malentendidos que los participantes puedan tener. Asegúrese de tener bastante tiempo para que los participantes hagan preguntas. Si es posible, incorpore un video actualizado u otra herramienta de entrenamiento visual acerca de la epilepsia.

Si la persona que Ud está apoyando está sufriendo un ataque epiléptico, reaccione de acuerdo al entrenamiento que Ud recibió durante la orientación individual con respecto a esa persona y con su entrenamiento de Primeros Auxilios. **SIEMPRE SIGA EL PROTOCOLO INDIVIDUAL DEL ATAQUE EPILÉPTICO DE LA PERSONA EN CUESTIÓN.**

Nota para los Facilitadores:

¡Enfatice este punto! Asegúrese de que los participantes saben dónde encontrar una copia del plan o a quién deben pedirselo.

Cada persona servida por DDD tiene un Plan de Apoyo Individual que incluye una lista de los "riesgos" que pueden afectar a esa persona. Una persona que sufre ataques epilépticos debe tener una evaluación de riesgos que describe los pasos específicos a tomar cuando esa persona sufre un ataque epiléptico.

Para ataques epilépticos de tipo convulsivo:

(convulsivo significa movimiento incontrolable de los músculos)

- Permanezca calmado/a y tome nota de cuánto tiempo dura el ataque epiléptico.
- Si la persona está sufriendo un ataque epiléptico de tipo convulsivo, afloje toda la ropa apretada y quítele los anteojos si los tiene puestos.
- Aparte de la zona todo posible objeto dañino que pueda causar una lesión al individuo, tales como objetos duros, puntiagudos o calientes, pero no interfiera en sus movimientos.
- Si lo puede hacer con seguridad, ponga el cuerpo de la persona de costado permitiendo que se vacíen los líquidos.
- Ponga algo blando bajo la cabeza.
- Quédese con la persona. Continúe observando a la persona después del ataque epiléptico.
- Si la persona está cansada, ayúdela a ir a un lugar tranquilo y cómodo dándole tiempo para descansar.

Para ataques epilépticos no convulsivos (ataques epilépticos que pueden involucrar los sentidos o el comportamiento de la persona, pero que no involucran convulsiones.)

- Tome nota de cuánto tiempo dura el ataque epiléptico.
- Esté disponible si necesita ayuda.

Nota para los Facilitadores:

Ataques epilépticos psicomotores o del lóbulo temporal son ejemplos de ataques epilépticos no convulsivos. Durante estos tipos de ataques epilépticos, la persona puede oler olores extraños que no existen en la actualidad, tener sentimientos inexplicables, o un gusto repentino en la boca.

Lo que no se debe hacer durante un ataque epiléptico

- ¡NO trate de parar el ataque epiléptico!

- ¡NO restrinja a la persona o trate de sujetarla de ningún modo!
- ¡NO trate de forzar nada entre sus dientes o poner nada en su boca!
- ¡NO dé nada de comer o beber a la persona hasta que ella haya recuperado completamente la conciencia!

Cuándo Llamar al 911

- **Siga el protocolo del ataque epiléptico de la persona en cuestión.**
- Si no se sabe si la persona tiene epilepsia, llame al 911.
- Si el ataque epiléptico o recuperación es diferente de lo típico para esa persona, llame al 911.
- Si un ataque epiléptico dura más de 5 minutos, llame al 911 (a menos que a Ud le hayan indicado de otro modo durante la orientación individual de la persona).
- Si la persona está sufriendo ataques epilépticos repetidos, llame al 911.
- Si el bienestar de la persona está en cuestión, llame al 911.
- Si la persona tiene dificultad al respirar después de un ataque epiléptico (labios o blanco de las uñas que se tornan azules), llame al 911.
- Si la persona está lesionada o parece sentir dolor, llame al 911.
- Si Ud cree que la salud, bienestar o vida de la persona está en peligro, llame al 911.

¡Los Ataques Epilépticos Repetidos pueden peligrar la vida!
LLAME AL 911!

Casi todos los ataques epilépticos terminan naturalmente sin intervención dentro de unos pocos minutos. La persona quizás quede cansada y confusa después de un ataque epiléptico y tenga necesidad de dormir. Sin embargo, si una persona no se recupera completamente de un ataque epiléptico antes de comenzar otro, es posible que esté sufriendo de un *status epilepticus*, que es un ataque epiléptico que pone en peligro su vida. Si tiene dudas, llame al 911!

Cómo apoyar a la persona después de un ataque epiléptico

- Proporcione cualquier primer auxilio necesario para lesiones menores o llame al 911 si es necesario.
- Permanezca calmo/a, amistoso/a y tranquilizador/a.
- Ayude a que la persona vaya a un lugar donde puede descansar cómodamente.
- Es muy probable que la persona esté muy cansada. Permita que descanse. Es posible que duerma muy profundamente por cierto tiempo después de un ataque epiléptico.
- La persona puede parecer confusa o desorientada después de un ataque epiléptico.

Después de un ataque epiléptico

Después de un ataque epiléptico, una vez que la persona esté cómoda, sana y salva, Ud debe preparar un documento acerca del ataque epiléptico. Al completar la documentación acerca del mismo Ud debe:

- Anotar a qué hora exacta empezó y terminó el ataque epiléptico.
- Anotar las características del ataque epiléptico.
 - § ¿Perdió la persona el conocimiento?
 - § ¿Estuvo la persona incontinente?
 - § ¿Tuvo la persona convulsiones?
 - § ¿Qué partes del cuerpo fueron involucradas?
 - § ¿Cambió el color de la piel, tuvieron los labios o los blancos de las uñas un color azulado?
 - § ¿En qué condición estaba el individuo después del ataque epiléptico, por ejemplo, estaba confuso, tenía dolor de cabeza, estaba consciente de sus alrededores?
- Cuando sea oportuno hacerlo, escriba un reporte del ataque epiléptico, o del incidente, siguiendo la política de su agencia.
- Después de un ataque epiléptico, la persona a menudo está muy cansada. Ayúdela a un lugar donde pueda descansar según sea necesario.

Factores que quizás contribuyan a un ataque epiléptico

Hay muchos factores que pueden aumentar la probabilidad de que una persona con epilepsia tenga un ataque epiléptico. Las reacciones capaces de afectar a una persona dependen del tipo particular de epilepsia sufrido, entre muchos otros factores. Algunos de ellos que se deben considerar incluyen:

- Cambios en la medicación o el hecho de no haber tomado una dosis de la medicación contra los ataques epilépticos.
- Pérdida de sueño / agotamiento.
- Estrés.
- Uso de bebidas alcohólicas o drogas (incluso medicamentos bajo receta, drogas recreacionales y medicamentos disponibles sin receta médica).
- Cambios hormonales.
- Exposición a toxinas.
- Cambios o déficits nutritivos.
- Tener mucho calor o estar deshidratado/a.

E. DESAFÍOS DE LA INTEGRACIÓN SENSORIAL

Muchas personas con discapacidades del desarrollo también sufren desafíos de la integración sensorial. Estos individuos procesan de un modo inexacto las sensaciones que reciben a partir del ambiente o sus cuerpos (por ejemplo, lo que sienten u oyen).

Nota para los Facilitadores:

La integración sensorial es el proceso neurológico de organizar la información a partir del cuerpo de uno y a partir de mundo exterior para su uso en la vida diaria. La integración sensorial es un fundamento importante para un aprendizaje y comportamiento más complejo. Para la mayoría de las personas, la integración sensorial se desarrolla en el curso de un desarrollo típico, como la habilidad de adaptarse a sensaciones entrantes. Cuando la integración sensorial no se efectúa por completo, surge una cantidad de problemas en el aprendizaje, desarrollo o comportamiento. Estos desafíos pueden afectar la autoestima de una persona, su auto control y la capacidad de fijar su atención.

Un terapeuta profesional puede desarrollar un programa específico para enfrentar los problemas sensoriales que incluye actividades a las cuales un trabajador de cuidado directo da seguimiento.

Los desafíos de integración sensorial PUEDEN incluir las siguientes señas:

- Problemas con el movimiento, tales como dificultad al caminar sobre superficies inegales.
- Consciencia espacial pobre (consciencia pobre de cómo se distribuyen las cosas en el espacio a nuestro alrededor).
- Sensibilidad extrema al toque, movimiento, vista, o sonidos.
- Sensibilidad al tipo de material usado para fabricar ropa, etc.

Nota para los Facilitadores:

Si una persona muestra señas o síntomas de tener desafíos de integración sensorial, una evaluación podrá ser completada por un/a terapeuta ocupacional calificado/a. Con base en tal evaluación, el/la terapeuta hará recomendaciones acerca de la terapia y el tratamiento apropiados. El/la terapeuta proveerá indicaciones específicas sobre la implementación de intervenciones terapéuticas específicas que pueden ser usadas por la persona a diario.

Fuente: www.sensory-processing-disorder.com

F. DIRECTIVAS GENERALES SOBRE CÓMO TRABAJAR CON PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

Llegue a conocer a la persona que Ud apoya. Como cualquier otra persona, las personas que nos dan el mayor apoyo son las que nos conocen mejor. Por eso queremos tomar el tiempo necesario para desarrollar nuestro conocimiento de las mismas.

Provea instrucciones verbales con claridad. Es mejor proporcionar instrucciones verbales claras y simples. Use el nombre de la persona para llamar su atención y luego dígame cuál es la instrucción o directiva.

Proporcione oportunidades para su crecimiento. No se imagine que debido a que alguien tiene una discapacidad no es capaz de hacer algo por sí misma. Aliente a que la persona trate de hacer nuevas cosas y permita que haga las tareas dándole la menor ayuda posible.

Sea el modelo del debido comportamiento. La persona aprende simplemente con observarlo/a. Use el debido comportamiento para que la persona pueda hacerlo ella misma. A veces una tarea o comportamiento se debe repetir muchas veces hasta que la persona lo aprenda. Sea paciente y positivo/a.

Muchas personas necesitan ayuda para aprender y también en otros aspectos. Es posible que la persona esté recibiendo servicios de rehabilitación física, ocupacional y del lenguaje. Siempre hable con claridad y déle seguimiento a cualquier actividad proporcionada por el/la terapeuta. Es esencial apoyar las metas terapéuticas mediante una práctica formal e informal de las mismas.

Use un enfoque sistemático y constante. La constancia da un sentido de seguridad.

Esté consciente de cómo el ambiente afecta a la persona que Ud apoya. Alguna gente tiene sensibilidad al sonido, a la luz, al toque y/u otros factores.

Haga un plan para las transiciones. Los cambios pueden ser difíciles, pero al dar pistas acerca del cambio con anticipación, la transición de una actividad a otra se hará con más facilidad. Las transiciones son difíciles para muchas personas.

Fuentes de Información para el Instructor

MEDICAMENTOS COMÚNMENTE USADOS PARA TRATAR LA EPILEPSIA – FUENTES DE INFORMACIÓN PARA EL INSTRUCTOR

Nota para los Facilitadores:

Esta lista NO incluye todas las posibilidades. Se están desarrollando y usando nuevos medicamentos todo el tiempo.

Tegretol o Carbatrol (carbamazepine)

Medicamento de primera opción para ataques epilépticos parciales, ataques generalizados tipo tónicos y clónicos, además de mixtos. Los efectos comunes negativos incluyen fatiga, cambios de visión, náuseas, mareos y dermatitis.

Zarontin (ethosuximide)

Se usa para tratar la crisis de ausencia (ataques epilépticos petit mal). Los efectos negativos incluyen náuseas, vómitos, apetito disminuido y pérdida de peso.

Felbatol

Tratamiento para ataques epilépticos parciales y algunos de tipo generalizado. Los efectos negativos incluyen apetito disminuido, pérdida de peso, incapacidad para dormir, dolor de cabeza, y depresión. En algunas raras ocasiones, esta droga puede causar insuficiencia medular y hepática. Por lo tanto, el uso de esta droga es muy limitado y los pacientes deben hacer ensayos regulares, tanto de la sangre para contar los glóbulos rojos como del hígado, durante la terapia.

Gabitril

Usado con otras drogas para la epilepsia para tratar ataques epilépticos parciales y algunos de tipo generalizado. Los efectos adversos comunes incluyen mareo, fatiga, debilidad, irritabilidad, ansiedad y confusión.

Keppra

Usado con otras drogas para la epilepsia para tratar ataques epilépticos parciales. Los efectos adversos incluyen fatiga, debilidad, y cambios en el comportamiento.

Lamictal

Tratamiento de ataques epilépticos parciales y algunos de tipo generalizado. Tiene pocos efectos adversos, pero en ocasiones la gente menciona mareo, insomnia o dermatitis.

Lyrica

Usada para tratar ataques epilépticos parciales. Los efectos adversos incluyen mareo, somnolencia, boca seca, edema periférico, visión nublada, aumento de peso, y dificultad con la concentración y la atención.

Neurontin (Gabapentin)

Droga usada con otras drogas para la epilepsia para tratar ataques epilépticos parciales y algunos de tipo generalizado. Tiene pocos efectos adversos perdurables. Durante las primeras semanas de tratamiento la persona puede sentirse agotada y mareada.

Dilantin (Phenytoin)

Controla los ataques epilépticos parciales además de generalizados tipo tónico y clónico. También se da por vía endovenosa en el hospital para controlar rápidamente a los ataques activos. Los efectos adversos incluyen mareo, fatiga, forma de hablar en que se arrastran las palabras, acné, dermatitis, e hirsutismo (crecimiento excesivo del vello). El uso a largo plazo de esta droga puede causar osteopenia (pérdida de calcio y disminución de los huesos).

Topamax

Droga usada con otras para tratar ataques epilépticos parciales o generalizados tipo tónico/clónico.

Los efectos adversos incluyen somnolencia, mareo, problemas con el habla, nerviosidad, problemas con la memoria y con la visión, pérdida de peso.

Trileptal

Tratamiento para los ataques epilépticos parciales.

Los efectos adversos más comunes son fatiga, mareo, dolor de cabeza, visión nublada o doble.

Depakene, Depakote (valproate, ácido valproico)

Droga usada para tratar ataques epilépticos parciales y generalizados tipo tónico/clónico además de crisis de ausencia (petit mal).

Los efectos adversos comunes incluyen mareo, náusea, vómito, temblor, pérdida de pelo, aumento de peso, depresión en adultos, irritabilidad en los niños, atención reducida y pensamiento atrasado. A través de un largo plazo, la droga puede causar osteopenia (pérdida de calcio y disminución de los huesos), edema, y períodos menstruales irregulares. Efectos más raros y peligrosos incluyen, pérdida auditiva, daño hepático, pérdida de plaquetas (células coagulantes), y problemas con el páncreas.

Zonegran

Droga usada con otras para tratar ataques epilépticos parciales.

Efectos adversos incluyen somnolencia, mareo, andar vacilante, piedras en el riñón, molestias abdominales, dolor de cabeza y dermatitis.

Valium y tranquilizadores parecidos tales como Klonopin o Tranxene

Drogas eficaces a corto plazo para el tratamiento de todos los ataques epilépticos. Usadas frecuentemente en las salas de emergencia para parar un ataque epiléptico. La tolerancia a esta droga se desarrolla en unas pocas semanas, así que la misma dosis tiene menos eficacia con el pasar del tiempo.

Efectos adversos incluyen fatiga, andar vacilante, náusea, depresión, y pérdida del apetito. En los niños puede causar babeo e hiperactividad.

Fuente: Centro de Salud de la Epilepsia. "Epilepsy Health Center". WebMD. 6/1/10
<<http://www.webmd.com/epilepsy/medications-treat-seizures>>.

OTROS TRATAMIENTOS PARA LA EPILEPSIA – FUENTE DE INFORMACIÓN PARA EL INSTRUCTOR

Cirugía

Hay dos tipos de cirugía comunmente usados para tratar la epilepsia.

- **Resección** – La resección consiste en que el cirujano quite la parte del cerebro que está causando el ataque epiléptico.
- **Desconexión** – La desconexión consiste en que el cirujano interrumpa las vías de los nervios que permiten que el ataque epiléptico se extienda por todo el cerebro.

Fuente: Tipos de Cirugía. "Types of Surgery" Epilepsy.com. 5/15/10
<http://www.epilepsy.com/EPILEPSY/types_surgery>.

Estimulación del Nervio Vago

El propósito de la estimulación del nervio vago (ENV) es de prevenir ataques epilépticos enviando pulsaciones regulares y leves de energía eléctrica al cerebro por medio del nervio vago. Estas pulsaciones se suministran por un dispositivo parecido al marcapasos.

A veces se refiere al dispositivo ENV como el "marcapasos del cerebro." Se lo coloca bajo la piel del pecho desde donde un alambre corre al nervio vago en la nuca.

El ENV envía una pulsación automática al cerebro a intervalos regulares. Pulsaciones adicionales pueden ser activadas si es necesario, pasando un imán a través del área del cuerpo donde se ha implantado el dispositivo ENV.

Fuente: Estimulación del Nervio Vago. "Vagus Nerve Stimulation". Epilepsy.com. 5/15/10 <<http://www.epilepsy.com/EPILEPSY/vns>>.

SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL – FUENTE DE INFORMACIÓN PARA EL INSTRUCTOR

Síndrome Alcohólico Fetal (SAF)

El SAF es un conjunto de defectos natales crónicos, de naturaleza física, mental y neurocomportamental pero al mismo tiempo completamente prevenible. El SAF es la causa principal y prevenible que se conoce acerca de las discapacidades cognitivas y los defectos natales.

¿Cuál es la causa?

El consumo de alcohol previo a la concepción por parte del padre o de la madre, y/o el consumo de alcohol por la madre durante el embarazo.

¿Cuáles son los síntomas?

Algunas personas con SAF sólo tienen pocos síntomas mientras que otras tienen muchos. Entre los síntomas más comunes se encuentran los siguientes:

Deficiencias en el crecimiento: Pequeño tamaño y peso del cuerpo, desarrollo más atrasado de lo normal sin poder nunca alcanzar la normalidad.

Deformidades esqueléticas: Costillas y esternón deformados; espina dorsal curvada; cadera dislocada; dedos de la mano o del pie curvados, palmeados o inexistentes; movimiento limitado de las articulaciones; cabeza pequeña.

Anormalidades faciales: Aperturas pequeñas de los ojos; piel palmeada entre los ojos y la base de la nariz; párpados flácidos; miopía; incapacidad de que los ojos se muevan juntos hacia la misma dirección; nariz corta respingada; puente nasal hundido; hendidura entre la nariz y el labio superior lisa o ausente; labio superior delgado; apertura en la bóveda de la boca; mandíbula pequeña; orejas de ajuste bajo o mal formadas.

Deformidades de los órganos: defectos del corazón; soplo en el corazón; deformidades genitales; riñón y vía urinaria defectuosos.

Impedimentos del sistema nervioso central: Cerebro pequeño; disposición defectuosa de las células y tejidos conectivos; discapacidad cognitiva – generalmente de leve a moderada pero a veces severa; deficiencia en el aprendizaje; pobre capacidad de concentración; irritabilidad en la infancia; hiperactividad en la niñez; pobre coordinación del cuerpo, mano y dedos.

Criterios de Elegibilidad de la DDD para niños desde el nacimiento a la edad de 6 años

En Arizona, una criatura de menos de seis años de edad puede ser elegible para recibir servicios si hay una posibilidad fuerte y demostrada que tiene o tendrá una discapacidad del desarrollo según lo determinen los ensayos apropiados.

Las demoras en el desarrollo empiezan durante la niñez y ocurren cuando los niños no han alcanzado las metas de desarrollo predecibles dentro de las expectativas esperadas. Por ejemplo, si el período normal para aprender a caminar es de 9 a 15 meses, y una criatura de 24 meses todavía no ha comenzado a caminar, esa eventualidad podría ser considerada una demora en el desarrollo.

Las demoras en el desarrollo pueden ocurrir en todas las cinco áreas del desarrollo enumeradas más abajo, o pueden ocurrir en una o más de ellas. Porque el crecimiento en cada área del

desarrollo está relacionada al crecimiento de las demás, dificultad en una de ellas probablemente puede influenciar el desarrollo en otras. Por ejemplo, si una criatura tiene una demora en el desarrollo del lenguaje o idioma, es probable que eso afecte el desarrollo social y emocional de la misma. Además, algunos niños con demoras en el desarrollo tienen otros problemas asociados, tales como problemas visuales o auditivos, dificultades del comportamiento o ataques epilépticos.

Para ser elegible, una criatura entre las edades de 0-6 debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- a. Tener un diagnóstico de parálisis cerebral, epilepsia, autismo o discapacidad cognitiva.
- b. Tener una posibilidad fuerte y demostrada de que la criatura tiene o podrá tener una discapacidad del desarrollo (eso es, el mismo padre o cuidador principal tiene una discapacidad del desarrollo y hay una probabilidad que sin servicios de intervención temprana la criatura también tendrá una discapacidad del desarrollo).
- c. Se ha demostrado una demora significativa en el desarrollo, la cual indica que la criatura tiene una demora del 50% en uno de los siguientes dominios del desarrollo, o que la criatura tiene una demora del 25% en dos o más de los cinco dominios a continuación (0-3), sea, el dominio:
 1. Físico (destrezas motrices finas y gruesas, pobre visión o audición).
 2. Cognitivo.
 3. De la Comunicación.
 4. Del Plano social y emocional.
 5. De la Auto ayuda.

Criterios de Elegibilidad de la DDD para personas de 6 años de edad o más

La discapacidad del desarrollo es un término amplio usado para describir demoras en una o más categorías del desarrollo, por lo que no se le puede atribuir una causa o remedio específico. Existen numerosas causas de demoras del desarrollo incluso lesiones natales o tempranas del cerebro, trastornos genéticos y factores ambientales, e incluso pobre nutrición maternal y exposición a toxinas o infecciones pasadas de la madre al bebé durante el embarazo.

En Arizona, la DDD reconoce cuatro diagnósticos calificadores para personas de 6 años de edad o más:

1. Discapacidad cognitiva (anteriormente Retardación Mental).
2. Epilepsia.
3. Autismo.
4. Parálisis cerebral.

Las discapacidades del desarrollo (DD) son condiciones severas y crónicas atribuibles a una deficiencia mental y/o física, que se manifiestan antes de la edad de 18 años y que muy probablemente han de continuar por un tiempo indefinido. Pueden resultar en limitaciones significativas en tres o más de las siguientes áreas:

- Auto ayuda.
- Lenguaje receptivo y expresivo.
- Aprendizaje.
- Movilidad.
- Auto dirección.
- Capacidad para vivir una vida independiente.
- Auto suficiencia económica.

AUTO AYUDA:

Significa lo capaz que es una persona de ejecutar las actividades personales de apoyo a la salud e higiene apropiadas para su edad y la cultura en que vive. Eso incluye poder bañarse, asearse, cepillarse los dientes, vestirse y acicalarse.

Ejemplos incluyen:

- Necesita ayuda para bañarse o ducharse por sí mismo/a.
- Necesita ayuda para vestirse o desvestirse por sí mismo/a.
- Necesita ayuda para preparar o comer comidas por sí mismo/a.

LENGUAJE RECEPTIVO Y EXPRESIVO: Significa lo capaz que es una persona de comprender y participar en conversaciones en su idioma principal, y de expresar necesidades e ideas que pueden ser comprendidas por otros.

Ejemplos incluyen:

- Necesita ayuda para poder participar en una conversación sin sugerencias visuales tales como tableros de anuncios, leyendas o lenguaje por señas.
- Una persona con desafío del lenguaje receptivo puede necesitar ayuda para interpretar o comprender los mensajes o instrucciones que se le hacen.
- Una persona con desafío del lenguaje expresivo puede necesitar ayuda, entrenamiento o interpretación para poder expresarse.

APRENDIZAJE: Significa lo capaz que es una persona de adquirir, retener y aplicar destrezas e informaciones.

Ejemplos incluyen:

- No ser capaz de leer y escribir.
- No ser capaz de retener nuevos datos.
- No ser capaz de aprender nuevos datos.

MOVILIDAD: Significa lo capaz que es una persona de tener las destrezas necesarias para moverse con seguridad y eficacia de un lugar a otro dentro de su propio hogar, su vecindario, y su comunidad.

Ejemplos incluyen:

- Necesita la ayuda regular de otros para desplazarse en la comunidad.
- Necesita modificaciones o tecnologías adaptivas para poder desplazarse.
- Tiene severas limitaciones en cuanto a las distancias que puede viajar.

LA AUTO DIRECCIÓN: Significa lo capaz que uno es de manejar su propia vida.

Ejemplos incluyen:

- No ser capaz de comenzar o terminar tareas sin supervisión intensa.
- No ser capaz de vigilar su propio comportamiento.
- No ser capaz de tomar decisiones o de llevarlas al fin.

CAPACIDAD PARA UNA VIDA INDEPENDIENTE: Capacidad par una Vida Independiente significa que uno es capaz de ejecutar las actividades diarias necesarias para vivir en su propio hogar y comunidad.

Ejemplos incluyen:

- No ser capaz de identificar los requisitos médicos y de la salud.
- No ser capaz de efectuar las tareas del hogar.
- No ser capaz de aprovechar los recursos de la comunidad (ir de compras, ir al médico, ir a sitios de entretenimiento etc.).

LA AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA: Significa ser capaz, independientemente, de ubicar, ejecutar y mantener un trabajo que proporciona un ingreso por encima del nivel de pobreza federal.

Ejemplos incluyen:

- No ser capaz de obtener un trabajo.
- No ser capaz de retener un trabajo.
- No ser capaz de ejecutar un trabajo al nivel necesario para obtener una compensación adecuada.

PRINCIPIOS DEL CUIDADO MÓDULO DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

CAPÍTULO 2 – CÓMO TRABAJAR CON PERSONAS QUE TIENEN DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

GUÍA PARA LOS FACILITADORES

CONTENIDO

- A. Enfoque centrado en la persona
- B. Department of Economic Security – DES (Departamento de Seguridad Económica)
Division of Developmental Disabilities – DDD (División de Discapacidades del
Desarrollo) Misión, Visión y Valores
- C. Derechos individuales
- D. Auto dirección
- E. Lenguaje que pone en primer lugar a la persona
- F. Relaciones positivas
- G. Relaciones profesionales

Tiempo estimado para este capítulo: 2.5 horas

Materiales Necesarios:

1. Guía para los facilitadores
2. Guías para los participantes
3. Medios creativos (papel de diario, marcadores, pasta de modelar, etc.)

**COMPETENCIAS:
(SABER O PODER:)**

1. Derechos importantes para personas con discapacidades del desarrollo.
2. Dar ejemplos del lenguaje que pone en primer lugar a la persona.
3. Maneras de desarrollar una relación positiva.
4. El significado de la auto dirección.
5. Dar ejemplos de la auto dirección.
6. Maneras de mantener una relación profesional con la persona para la cual uno trabaja.

TÉRMINOS CLAVE:

Auto dirección	Comportamiento ético	Derechos
Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo)	Enfoque centrado en la persona	Lenguaje que pone en primer lugar a la persona
Misión, Visión, Valores	Relaciones positivas	Relaciones profesionales

A. ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

Nota: Revise la sección titulada Filosofía del capítulo 1 de los Fundamentos antes de hacer los siguientes ejercicios.

Ejercicio 1: Enumere los conceptos básicos y los valores de un enfoque centrado en la persona.

1. *Permita que la gente elija entre varias alternativas (acerca de las comidas, actividades, cuándo se van a dar un baño, etc.)*
2. *Permita que ...*
3. *Pida que ...*

Ejercicio 2: ¿Porqué tienen tanta importancia las elecciones y la auto dirección?

1. *A veces las personas se sienten inútiles si otros lo hacen todo por ellas.*
2. *Alguna gente ...*
3. *...*

B. DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY -- DES – DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD) MISIÓN, VISIÓN Y METAS

Nota para los Facilitadores:

Proporcione una breve explicación de lo que es el Department of Economic Security/Division of Developmental Disabilities -- DES/DDD (Departamento de Seguridad Económica/ División de Discapacidades del Desarrollo – DES/DDD). Indique que el capítulo 3 proveerá más información acerca de DDD.

Asegúrese de enfatizar que el siguiente enfoque centrado en la persona significa que ésta última dirige su propia vida y nosotros le ayudamos a obtener lo que quiere en su vida. Eso también significa que, a lo largo de ese viaje, honramos su cultura y creencias y sus preferencias personales.

La Division of Developmental Disabilities o DDD es la agencia estatal que proporciona fondos, apoyo y servicios a individuos que tienen epilepsia, autismo, parálisis cerebral o discapacidad cognitiva y que cumplen con criterios adicionales de elegibilidad. Ud aprenderá más acerca del DDD en el siguiente capítulo.

Misión:

Apoyar las elecciones de las personas con discapacidades y sus familias promoviendo y proporcionando, dentro de las comunidades, servicios y apoyos flexibles y de calidad, bajo la dirección del cliente.

Visión:

Individuos con discapacidades del desarrollo son miembros valiosos de sus comunidades y se involucran y participan basándose en sus propias elecciones.

Valores:

- Relaciones sanas con la gente.
- Prioridades y elecciones individuales y familiares.
- Igual acceso a servicios y apoyos de calidad para todos los individuos y sus familias.
- Asociaciones y comunicación continua con individuos, miembros de la familia, defensores, proveedores y miembros de la comunidad.
- Enfoques del desarrollo – bajo los cuales se cambian las condiciones que afectan a las personas en vez de cambiar a las personas afectadas por las condiciones.
- Vida individual libre de abuso, negligencia y explotación, en la cual el derecho de tomar decisiones, vivir y sentir la vida con seguridad individual están en equilibrio.
- Una mano de obra diversa, motivada y adiestrada, que conoce las prácticas más eficaces

y que también las usa.

- Un ambiente de diversidad plena en el cual cada persona es respetada y tiene la oportunidad de alcanzar su potencial óptimo.
- El derecho del individuo de elegir si desea participar y contribuir a todos los aspectos de su vida hogareña y comunitaria.
- Un sistema de servicios y apoyos que es:
 - Receptivo
 - Con respuestas oportunas y flexibles a los clientes internos y externos;
 - Basado en las fortalezas
 - Porque reconoce las fortalezas de las personas, promoviendo la autosuficiencia, realzando la confianza y edificando sobre los recursos de la comunidad;
 - Eficaz
 - Porque identifica continuamente los métodos y prácticas eficaces e incorpora tales prácticas en las operaciones; y
 - Responsable
 - Hacia nuestros clientes y hacia los contribuyentes.

Pensamientos acerca del enfoque centrado en la persona

Nota para los Facilitadores:

Asegúrese de que los participantes incluyan en esta página informaciones básicas acerca de los principios de un enfoque centrado en la persona, e incluso, que respeten las diferencias culturales y las decisiones acerca de la vida que toman los individuos por sí mismos, y que honren sus preferencias.

Un enfoque centrado en la persona involucra:

Use este espacio para ilustrar la misión, visión y valores de DDD

Nota para los Facilitadores:

Este espacio de la guía del participante puede ser usado para efectuar una representación creativa de la Misión, Visión y Valores como producto terminado o trabajo borrador. Si los participantes piensan usar un bloc de papel de diario, pizarra blanca u otro medio creativo, esta página también puede ser usada para notas generales.

Notas para los Facilitadores (para la sección C más abajo):

Examine con el grupo la siguiente información acerca de los derechos individuales. Reclute VOLUNTARIOS para que lean en voz alta. (Nota: Para apoyar un ambiente sano de entrenamiento para todos, Ud quizás deba permitir que los participantes que se sienten incómodos leyendo en voz alta decidan “pedir paso” para no hacerlo.)

Actividad:

Empiece una sesión lluvia de ideas acerca de los derechos que Uds (los participantes) tienen como miembros de esta sociedad en este momento y en este lugar.

El/la Facilitador/a capturará la sesión lluvia de ideas y llenará el bloc/pizarra con las ideas de la clase. Se harán algunas indicaciones sobre los derechos constitucionales, los derechos al alcanzar la vida adulta, los pequeños derechos ejercidos todos los días, etc.

Una vez que el bloc/pizarra se haya llenado, con distinto color haga un círculo alrededor de los derechos que la ley protege explícitamente. Éstos probablemente no son la mayoría y sólo incluirán los que se mencionan específicamente en estatutos, tal como la declaración de derechos – al voto, a la libertad de expresión, a la representación legal, al debido proceso, al llevar armas, etc. u otros protegidos explícitamente por la ley, tales como la privacidad, la educación, la no discriminación, etc.

NOTA: Cualquier persona que enseña esta sección deberá tener buen dominio de los derechos explícitamente protegidos por la ley, además de los derechos implícitos.

Explique que la mayoría de los derechos que disfrutamos son implícitos, lo que significa que tenemos esos derechos y que si alguien los viola, a menudo hay estatutos penales bajo los cuales se los puede enjuiciar, pero que estos derechos no son explícitamente protegidos por la ley. En otras palabras no existe una ley que dice “Ud tiene el derecho de o a...” Es importante hacer esta distinción, porque los derechos implícitos son los que se violan más a menudo. Una manera de hacer que los derechos implícitos sean más explícitos es de incluirlos en una regla o política y de documentarlos. Es por eso, en parte, que tenemos la política de derechos y responsabilidades individuales.

Nota: Si Ud cree que un examen de derechos “implícitos” y “explícitos” no es eficaz para sus participantes, entonces empiece una sesión lluvia de ideas acerca de sus propios derechos para enfatizar que esos derechos son los mismos que los de las personas que servimos y que debemos ser más explícitos acerca de cómo expresarlos para ofrecer protecciones adicionales a las personas que servimos.

Fuente: Adaptado del entrenamiento de los Derechos Individuales de DES/DDD desarrollado por Deb Stadle y el Grupo de Trabajo de Apoyo a la Conducta Positiva.

C. DERECHOS INDIVIDUALES

Una persona con una discapacidad del desarrollo tiene los mismos derechos, beneficios y privilegios garantizados por las constituciones y leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de Arizona.

Actividad:

Empiece una sesión lluvia de ideas sobre los derechos que Uds (los participantes) tienen como miembros de esta sociedad en este momento y en este lugar.

Según la Política 1500 de la DES/DDD de Arizona, los derechos de una persona con discapacidad del desarrollo que recibe apoyos y servicios a través de la División, incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

1. El derecho a un Plan de Apoyo Individual antes de recibir apoyos y servicios;
2. El derecho de participar en el Plan de Apoyo Individual inicial, a revisiones regulares del mismo y, toda vez que sea posible, a la oportunidad de seleccionar los apoyos y servicios apropiados entre las distintas alternativas;
3. El derecho (una vez aceptado/a para recibir apoyos y servicios) de participar y compartir en la toma de decisiones y de recibir un Plan de Apoyo Individual basado en los resultados pertinentes de la evaluación.
4. El derecho de recibir información sobre los apoyos y servicios disponibles a través de un proveedor y acerca de los pagos relacionados, incluso cualquier pago por apoyos y servicios cuya cobertura no es abarcada por un tercero;
5. El derecho de examinar regularmente el Plan de Apoyo Individual;
6. El derecho de recibir una notificación escrita de sus derechos;
7. El derecho de ejercer sus derechos de ciudadanos;
8. El derecho de vivir en un marco con la menor restricción posible;
9. El derecho de ser protegido contra abusos o castigos físicos, verbales, sexuales o psicológicos;
10. El derecho a la igualdad de oportunidad en el empleo;
11. El derecho a recibir una compensación justa por su trabajo;
12. El derecho de ser dueño de una propiedad o de alquilar o arrendar una propiedad;
13. El derecho de casarse y tener una familia;
14. El derecho de estar libre de una esterilización involuntaria;
15. El derecho de expresar su sexualidad humana y de recibir entrenamiento apropiado;
16. El derecho de beber bebidas alcohólicas si tiene 21 años de edad o más, a menos que lo contraindique su médico de atención primaria;

17. El derecho de que se le presuma ser legalmente competente en juicios de tutela;
18. El derecho de estar libre de medicamentos innecesarios y excesivos;
19. El derecho a que se le brinde privacidad durante el tratamiento y cuidado de sus requisitos personales;
20. El derecho a la confidencialidad de sus datos y registros médicos;
21. El derecho de un individuo de edad escolar de recibir servicios educacionales apoyados por el gobierno;
22. El derecho de una criatura de recibir apoyos y servicios apropiados, sujetos a la disponibilidad de fondos monetarios asignados, que no requiere que se abandonen o limiten sus derechos o los derechos de tutela de sus padres, a excepción de lo prescrito en los Estatutos Revisados de Arizona 8-533, que describen las bases necesarias que justifican la terminación de la relación padre-hijo;
23. El derecho de acceder o no a ser partícipe en un proyecto de investigación aprobado por el equipo de gerencia de la División o proyecto de cualquier otra índole; el derecho de saber el tipo de investigación de que se trata, cuáles son los posibles efectos de los procedimientos del tratamiento que forman parte del proyecto de investigación; el derecho a la confidencialidad; y el derecho de retirarse del proyecto en cualquier momento;
24. El derecho de un individuo que cree que sus derechos han sido violados de elevar una petición a la Corte Superior para remediar la situación a menos que existan otros remedios bajo las leyes federales o estatales.
25. El derecho de retirarse de programas, apoyos y servicios, a menos que el individuo fuese asignado al Departamento por el tribunal de menores o colocado en una instalación de seguridad por el guardián y el tribunal;
26. El derecho de recibir una revisión administrativa, si está en desacuerdo con la decisión tomada por la División (elevando una petición por escrito a la Division Office of Compliance and Review (Oficina del Cumplimiento y Revisión de la División) y el derecho de apelar la decisión) y;
27. El derecho de ponerse en contacto con el Human Rights Committee (Comité de Derechos Humanos).

Cuando un individuo con discapacidad del desarrollo alcanza su mayoría (18 años en Arizona con excepción de la edad para tomar alcohol que es los 21 años) él o ella tiene los siguientes derechos:

1. El derecho de registrarse para votar;
2. El derecho de crear y mantener contratos financieros;
3. El derecho de entablar juicio y ser enjuiciado;
4. El derecho a un abogado;
5. El derecho de ser acusado como persona adulta; y
6. El derecho de decidir si desea continuar recibiendo apoyos y servicios o prefiere terminarlos; por lo que todos los que residen en un entorno residencial lo hacen de forma voluntaria.

Derechos Explícitos e Implícitos

Derechos explícitos (completa y claramente definidos) incluyen aquellos derechos garantizados por la Constitución de los Estados Unidos de América y por la Constitución del Estado de Arizona. Esos derechos son explícitos con palabras como “Ud tiene el derecho de/a... “ o “ciudadanos/personas tienen el derecho de/a ...” o “el gobierno no promulgará leyes violadoras acerca de”

Derechos Explícitos

Los siguientes son ejemplos de derechos explícitos:

- El derecho a la libertad de expresión.
- El derecho de practicar su propia religión (o de no hacerlo).
- El derecho de reunirse con otros.
- El derecho de votar.
- El derecho de llevar armas.
- El derecho a la representación legal.
- El derecho al debido proceso.
- El derecho de no inculparse.
- El derecho de enfrentarse con su acusador.
- El derecho de no ser encarcelado sin acusación.
- El derecho de ser juzgado por un jurado de sus semejantes.
- El derecho a la confidencialidad de su información y a la privacidad.
- El derecho a una educación pública apropiada y gratuita.
- El derecho al acceso público.
- El derecho a la no discriminación en el empleo y en la vivienda debido a la cultura, religión, origen étnico, raza, género y discapacidad.

Derechos Implícitos

Los derechos implícitos (entendidos aunque no directamente expresados) incluyen aquellos derechos que tenemos por implicación pero que no necesariamente se han declarado en ley. Entre los derechos implícitos se incluyen los siguientes:

Nota para los Facilitadores:

A menudo estos son derechos que ejercemos todos los días, y de los que frecuentemente no estamos conscientes. Pueden ser protegidos por la implicación de otras leyes (tales como las leyes penales). Los siguientes son ejemplos de derechos implícitos.

El derecho a:

- Elegir
 - ropa,
 - comida,
 - entretenimiento (música, televisión, películas, libros, internet, etc.),
 - trabajo/empleo,
 - amistades,
 - relaciones,
 - hora de dormir,
 - hora de comer,
 - proveedores de bienes y servicios (e.g., donde ir de compras, quién será su plomero, etc.).
- Casarse o no.
- Tener hijos o no.
- Fumar o no.
- Negarse.
- Seguir una conducta sexual o no.
- Manejar sus propios fondos y recursos.

Nota para los Facilitadores:

Comprender la distinción entre estos derechos es importante, porque para grupos desvaluados u oprimidos, los derechos implícitos a menudo son los que se violan o privan primero, porque no existe una protección explícita. Si un grupo se encuentra severamente desvaluado y oprimido, a menudo a continuación se produce la violación de derechos explícitos. Nuestra sociedad está involucrando mayores protecciones, paulatina pero seguramente haciendo un mayor número de derechos más explícitos.

Nota para los Facilitadores:

Facilite la discusión acerca de situaciones “diarias” que pueden requerir que evaluemos cómo reaccionar mientras continuamos respetando los derechos de una persona. Por ejemplo, una persona bajo su apoyo, puede decidir quedarse dormida un rato más y no levantarse a tiempo por la mañana, por lo que llega tarde al trabajo o la escuela. Como en el caso de cualquier otra persona en nuestra sociedad, tiene el derecho de hacerlo. Sin embargo, si algo parecido se torna en un problema de salud y seguridad, debemos tomar otras acciones. Por ejemplo, en vez de tardar en levantarse por la mañana, una persona yace en ropa sucia y cama estropeada negándose a levantarse o a aceptar ayuda por un largo período de tiempo.

Aunque bajo ambas de estas circunstancias, es cierto que la persona tiene el derecho de tomar sus propias decisiones, nosotros, como trabajadores del cuidado directo, tenemos la responsabilidad de asegurar la salud y seguridad de la persona que estamos apoyando. En situaciones en que la salud y la seguridad están en juego, puede ser necesario que el trabajador del cuidado directo se refiera al Plan de Apoyo Individual, al Plan del Comportamiento, a su supervisor y/o a la persona responsable de aquel individuo (de ser el caso) para que le aconsejen.

D. LA AUTO DIRECCIÓN

La auto dirección es el derecho de todas las personas, incluso aquellas con discapacidades, de tomar decisiones acerca de su propia vida, de tener los mismos derechos y responsabilidades que todos los demás, y de expresarse y defenderse.

Adaptado de Recursos de Discapacidad:

<http://www.disabilityresources.org/SELF-DETERMINATION.html>

Nota para los Facilitadores:

Lea o haga que un participante de la clase lea la definición del título, Auto dirección, más arriba.

Pida: que los participantes de la clase compartan porqué creen que es importante que nosotros permanezcamos conscientes de la auto dirección. Asegúrese de incluir los siguientes temas si no surgen durante el curso de la discusión.

- Individuos con discapacidades tienen el *derecho* de tomar decisiones y expresar sus preferencias.
- La auto dirección permite que una persona cree una vida que tiene un sentido profundo para ella misma.
- La auto dirección permite que una persona tenga el sentido de sus logros y el orgullo que proviene de ser responsable de su propia vida.

Lea: Lea o pida que un voluntario lea los Cinco Principios de la Auto Dirección (más abajo).

Actividad: Haga que los participantes trabajen en pareja o en pequeños grupos, para leer, crear, y presentar al resto del grupo, una representación creativa de los Cinco Principios de la Auto Dirección.

PRINCIPIOS DE LA AUTO DIRECCIÓN

Libertad: La habilidad de individuos con familias y/o amigos libremente elegidos de planear una vida con apoyos necesarios en vez de comprar un programa.

Autoridad: La habilidad de una persona con discapacidad (y una red o grupo social de apoyo si se necesita) de controlar cierta suma de dinero para comprar estos apoyos.

Apoyo: La disposición de recursos y personal – tanto formal como informal – que permita que el individuo con discapacidad viva dentro de la comunidad una vida rica en asociaciones y contribuciones.

Responsabilidad: Reconocimiento del papel valioso que juega una persona en su comunidad, a través de un empleo competitivo, afiliaciones organizacionales, desarrollo espiritual y cuidado general de otros en la comunidad, además de responsabilidad por el gasto de dólares públicos de una manera que realza la vida de personas con discapacidades. (Nerney/Shumway, 1996, pp 4, 5).

Confirmación: Afirmación del papel central que uno juega con respecto al liderazgo y al cambio.

¡La auto dirección significa que los individuos dirigen el curso de sus propias vidas!

E. LENGUAJE QUE PONE EN PRIMER LUGAR A LA PERSONA

Nota para los Facilitadores:

El lenguaje que pone en primer lugar a la persona es un modo de comunicar respeto a la persona que Ud apoya. El lenguaje que pone en primer lugar a la persona no tiene nada que ver con decir lo que se considera “políticamente correcto”. En vez, consiste en asegurarse de que nos estamos enfocando en cada individuo y en sus características únicas.

El lenguaje y la terminología están evolucionando de forma continua. El lenguaje incluido en este paquete es el que actualmente se reconoce como aceptable. Ud puede esperar que a través de su carrera, se ha de desarrollar una nueva y mejor terminología.

Los siguientes datos del Lenguaje que Pone en Primer Lugar a la Persona de Kathie Snow se proporcionan como fuente de información. En vista de que los mismos están incluidos en las guías de tanto Facilitadores como Participantes, no es necesario leer toda la información de ese artículo punto por punto. Ya que esa información también ha sido abarcada en el entrenamiento de los Fundamentos, use el tiempo de su clase sólo para enfatizar los puntos clave y para recordarles a los participantes las experiencias previas de su aprendizaje.

Para garantizar la inclusión, la libertad y el respeto a todos, debemos comunicarnos con

EL LENGUAJE QUE PONE EN PRIMER LUGAR A LA PERSONA

por Kathie Snow, www.disabilityisnatural.com

¿Sabía Ud que las personas con discapacidades constituyen la minoría más grande de nuestro país (uno de cada cinco estadounidenses tiene una discapacidad?) Son, además, el grupo más diverso e inclusivo: en él se representan todas las edades, sexos, religiones, orígenes étnicos, orientaciones sexuales y niveles socioeconómicos.

Al contrario de lo que uno generalmente se imagina, las personas con discapacidades no son:

- Personas que *sufren* de la *tragedia* de tener *defectos de nacimiento*.
- *Héroes paraplégicos* que *luchan* por convertirse en seres *normales*.
- *Víctimas* que *luchan* por *superar* los *desafíos* que se les presentan.

Tampoco son *retrasados mentales, autistas, ciegos, sordos, discapacitados para el aprendizaje*, etc.— ¡pare Ud de contar!

Son *personas*: padres e hijos; empleados y empleadores; amigos y vecinos; estudiantes y maestros; científicos, reporteros, médicos, actores, presidentes y más. *Antes de todo*, las personas con discapacidades son personas.

No son la percepción estereotípica: una subespecie homogénea denominada “los discapacitados” o “los inválidos.” Cada persona tiene una individualidad única.

Lo único que podrían tener in común es que son los que reciben la incompresión, el prejuicio y la discriminación social. Además, esta minoría (¡la más grande de todas!) es la única a la que *cualquier persona puede unirse en cualquier momento*: al nacer, o más tarde, por un accidente, enfermedad o por el proceso del envejecimiento. Si esto le ocurriera *a usted* ¿Con quién tendría Ud algo más en común? ¿Con otros que tienen un diagnóstico de discapacidad, o con su familia, amigos y compañeros de trabajo? ¿Cómo le gustaría que lo describieran y cómo le gustaría que lo trataran?

¿Qué es una discapacidad?

¿Hay alguna definición de discapacidad universalmente aceptada? ¡No! Ante todo, un descriptor (un calificativo) de discapacidad es simplemente un *diagnóstico médico*, que puede convertirse en un *pasaporte sociopolítico* para obtener servicios o un cierto estatus legal. Más allá de eso, hay definiciones para todos los gustos, según cuál sea el sistema de servicios al que se acceda. Los “criterios de discapacidad” para la intervención temprana son diferentes a los de la primera infancia, que, a su vez, se distinguen de los de la rehabilitación vocacional, que difieren de los de la educación especial, diferentes, a su vez, de los de la indemnización laboral, que se distinguen de los criterios atribuidos a los militares lesionados, y así sucesivamente. Por lo tanto, “la discapacidad” es un *término social*, creado por el gobierno para identificar a los que tienen derecho a recibir los servicios específicos o la protección legal específica del mismo.

El Poder del Lenguaje y de las Etiquetas

Las palabras son poderosas. Los calificativos antiguos e inexactos y el uso inapropiado de un diagnóstico médico hacen que persistan los estereotipos negativos y refuerzan la existencia de una barrera actitudinal importante e increíblemente poderosa. Y esta fuerza invisible pero potente, no el diagnóstico, es el *mayor obstáculo* que enfrentan las personas cuyas condiciones llamamos discapacidades.

Cuando consideramos el diagnóstico como la característica más importante de una persona, la estamos desvalorizando como individuo. ¿Le gustaría *a usted* que se le conociera por su psoriasis, artritis, diabetes, disfunción sexual, o cualquier otra condición?

Desafortunadamente, a menudo se usa el diagnóstico de discapacidad para definir el valor y el potencial de una persona, y la norma en estos casos puede ser la predicción de un futuro sombrío con pocas expectativas. Demasiado a menudo se usa el *diagnóstico médico* de una persona, en vez de los requisitos únicos individuales, para decidir cómo o dónde esa persona recibirá educación, si podrá trabajar o no, dónde o cómo vivirá, y qué servicios le serán ofrecidos.

Con las mejores intenciones, dedicamos nuestro trabajo a los cuerpos y cerebros de las personas, sin prestar demasiada atención a sus corazones y mentes. Demasiado a menudo “la ayuda” brindada, de hecho, puede causar daño—*y arruinar la vida de las personas* -- porque los servicios “especiales” producen un aislamiento social y una segregación física de niños y adultos que dura toda la vida: en aulas de educación especial, en viviendas de asistencia, en programas de cuidado diurno, en entornos de empleo protegidos, en actividades recreativas separadas y más. ¿Se aísla, segrega y desvaloriza a todos los demás por *sus* condiciones médicas? No.

Calificativos Inexactos

La palabra inglesa “handicapped” (“impedido”) es un término arcaico que ya no se usa en la legislación federal y que evoca imágenes negativas de lástima, temor y peor aún. Esta palabra proviene de un juego de trueque en inglés antiguo, en el que el perdedor quedaba con la mano en la gorra (“hand in cap”) y se decía que quedaba en desventaja. Basándose en este significado, se lo utilizaba más tarde para referirse a personas que se consideraban “desventajadas”. Un origen *legendario* de la palabra se refiere a una persona con una discapacidad mendigando con la gorra en la mano (“*cap in hand*”). Sea cual fuese el origen, este término anticuado y peyorativo perpetúa la imagen negativa de que las personas con discapacidades son un grupo homogéneo de personas necesitadas, dignas de compasión. Pero todas las demás personas que comparten ciertas características con otras no se parecen de ninguna forma entre sí, y así es con las

personas que tienen discapacidades, las cuales tampoco se parecen entre sí. De hecho, ¡las personas con discapacidades *se parecen* más a las personas *sin* discapacidades de lo que difieren de ellas!

La palabra “handicapped” a menudo se usa para describir lugares de estacionamiento, habitaciones de hotel, baños, etc. que tienen alguna adaptación. Sin embargo, en general, esos lugares brindan acceso a personas con requisitos físicos de movilidad pero no otorgan *ningún beneficio* a las personas con problemas visuales, auditivos o de cualquier otro tipo. Éste es un ejemplo del uso incorrecto de esta palabra como *calificativo genérico*. (El término preciso para lugares de estacionamiento, habitaciones de hotel, etc. con adaptaciones sería sitios “de fácil acceso.”)

Otra palabra inglesa “disabled” (discapacitado /inválido), tampoco es apropiada. Los reporteros de tráfico a menudo dicen, “disabled vehicle” (vehículo inutilizado). Alguna vez decían “stalled car” (auto atascado). Los periodistas deportivos dicen que un atleta está en “the disabled list” (la lista de incapacitados/inhabilitados/lesionados). Alguna vez los llamaron “the injured reserve” (la reserva lesionada). Otros usos de esta palabra hoy en día significa “roto/que no funciona.” *¡Pero las personas con discapacidades no están rotas!*

Si una tostadora nueva no funciona decimos que está “defectuosa” o “dañada” y la devolvemos. ¿Deberíamos devolver a bebés que tienen “defectos de nacimiento” o a adultos que tienen “daño cerebral”? Los calificativos precisos y respetuosos son “discapacidad congénita” o “lesión cerebral”.

Muchos padres dicen, “Mi hijo tiene requisitos especiales.” Este término genera *lástima*, como lo demuestra la respuesta habitual: “Caramba, lo *siento mucho*,” acompañada de una mirada triste o una palmada compasiva en el brazo. (*¡Me da náuseas!*) Los requisitos de una persona no son “especiales” para ella— ¡son comunes! Muchos adultos han dicho que cuando niños detestaban este calificativo. Aprendamos de ellos y *¡dejemos de usar este término que provoca lástima!*

Calificativos semejantes a los que describen a personas como que “sufren de,” “están aquejadas de,” “son víctimas de,” “tienen funcionamiento bajo/alto,” son inexactos, inapropiados y arcaicos. Una persona simplemente “tiene” una discapacidad o diagnóstico médico.

La Discapacidad **NO** es el “Problema”

Parece que pasamos más tiempo hablando de los “problemas” de una persona con discapacidad que hablando de cualquier otra cosa. Las personas *sin* discapacidades, sin embargo, no hablan constantemente acerca de *sus* problemas. Esto produciría una percepción inexacta y sería además contraproducente si se piensa crear una imagen positiva. Una persona que usa anteojos, por ejemplo, no dice, “tengo *problemas* con la vista.” Dice, “uso [o necesito] anteojos.”

Lo que de costumbre se llama un “problema” en realidad refleja un *requisito*. Es decir, Susana no tiene “un problema al caminar,” sino que “necesita/usa una silla de ruedas.” Ryan no tiene “problemas del comportamiento,” sino que “necesita apoyo comportamental.” Quiere *usted* que se le conozca por sus “problemas” o más bien por las muchas características positivas que hacen que Ud sea la persona única que es? ¿Cuándo comenzarán las personas *sin* discapacidades a hablar de las personas *con* discapacidades del mismo modo respetuoso con que hablan acerca de sí mismas?

Otro ejemplo es el uso de la palabra “mal” como cuando alguien dice, “supimos que algo estaba *mal*, porque...” ¿Cómo se debe sentir un niño cuando oye a sus padres repetir eso una y otra vez? ¿Cómo se sentiría *usted* si las personas, que deberían darle amor y apoyo, constantemente hablaran de lo “mal” que se encontraba usted? ¿No es hora de dejar de usar la gran cantidad de palabras que causan daño?

Los verdaderos problemas son las barreras actitudinales y ambientales

El verdadero problema *nunca* es la discapacidad de una persona, sino ¡las actitudes de los demás! Sólo con un cambio de actitud se producen cambios en nuestras acciones. Las actitudes dan ímpetu a las acciones.

Si los educadores creyeran en el potencial de todos los niños, y si reconocieran que niños y niñas con discapacidades necesitan una educación de calidad para tener éxito en el mundo laboral adulto, millones de niños dejarían de estar *segregados e insuficientemente educados* en clases de educación especial. Si los empleadores creyeran que los adultos con discapacidades tienen (o podrían adquirir) habilidades laborales valiosas, no habría un estimado – y *vergonzoso*—75 por ciento de desempleo entre las personas con discapacidades. Si el sistema de servicios identificara a las personas con discapacidades como “clientes”, en vez de “compradores/consumidores/receptores”, tal vez comenzarían a satisfacer los *verdaderos requisitos* de una persona (como la inclusión, la amistad, etc.), en vez de tratar de solucionar sus “problemas.”

Si las personas con discapacidades y sus familiares se vieran a *ellos* mismos como ciudadanos de primera clase que pueden y deben estar completamente incluidos en todas las

áreas de la sociedad, podríamos enfocarnos en lo que es verdaderamente importante: vivir una *vida plena en un mundo real*, disfrutar de las relaciones y experiencias comunes y tener grandes sueños (como los que tienen las personas sin discapacidades), en vez de vivir una *vida especial en el mundo de la discapacidad*, en el que los servicios, las bajas expectativas, la segregación, la pobreza, la dependencia y la desesperanza son la norma.

Un nuevo paradigma

“La discapacidad forma parte natural de la experiencia humana...”

U.S. Developmental Disabilities/Bill of Rights Act (Ley de Discapacidades del Desarrollo y Declaración d Derechos fundamentales de EE.UU.)

Como el sexo, origen étnico, y demás características, una discapacidad es simplemente una de las muchas características naturales de lo que es el ser humano. ¿Se le define a *usted* por su sexo, origen étnico, religión, edad, orientación sexual, o cualquier otra característica? ¡No! Por lo tanto, ¿Cómo podemos definir a otras personas por una característica llamada “discapacidad”?

Sí, *la discapacidad es natural*, y puede ser *redefinida* como “una parte del cuerpo que funciona de un modo diferente.” Una persona con spina bifida puede tener piernas que funcionan de un modo diferente, una persona con síndrome de Down puede aprender de un modo diferente, y así sucesivamente. Además, las partes del cuerpo de las personas *sin* discapacidades también son diferentes—es la *manera* en que estas diferencias afectan a una persona que la hace apta para recibir ciertos servicios, derechos o protecciones legales.

Además, una discapacidad a menudo es la *consecuencia del ambiente*. Por ejemplo, muchos niños con ADD (trastornos por déficit de atención) y condiciones similares, no reciben ese diagnóstico hasta que ingresan en las escuelas públicas. ¿Porqué? ¿Quizás porque cuando eran más pequeños, sus padres, maestros de escuela preescolar, etc., *apoyaban* su estilo de aprendizaje? Sin embargo, una vez que ingresan en la escuela pública, si el estilo de aprendizaje de un niño no engrana con el estilo de enseñanza de un educador, se dice que el niño tiene una “discapacidad” y se lo envía a un aula especial. ¿Porqué culpamos, etiquetamos y segregamos al niño en un aula de educación especial? ¿No deberíamos modificar el plan curricular regular (según la ley de educación especial) y/o brindarle apoyos que satisfagan sus requisitos de modo que pueda aprender del mejor modo para él? Parece que quizás “es el ambiente el que induce discapacidades” tales como ADD y demás condiciones!

Cuando una persona está en un ambiente acogedor y accesible, donde puede tener éxito en base a apoyos, adaptaciones y herramientas adecuados, ¿Sigue teniendo una discapacidad? ¡No! *La discapacidad no es un estado constante*. El *diagnóstico* puede ser constante, pero la cuestión de si es o no una discapacidad es más una *consecuencia del ambiente* que de lo que el cuerpo o

la mente de una persona puede o no hacer. No es necesario cambiar a las personas con discapacidades por medio de terapias e intervenciones. Es necesario cambiar el *ambiente* proporcionando dispositivos de tecnología, apoyo y adaptaciones para garantizar el éxito de una persona!

Es de naturaleza crítica comunicarnos mediante un lenguaje que ponga en primer lugar a la persona

El Lenguaje que Ponga en Primer Lugar a la Persona da prioridad a la persona antes que a la discapacidad y describe lo que la persona tiene, no lo que la persona es.

¿Es Usted miope o más bien necesita anteojos?

¿Es usted canceroso o tiene cáncer?

¿Es usted una persona discapacitada/inválida o más bien tiene una discapacidad?

Si las personas que tienen discapacidades van a ser incluidas en todos los aspectos de la sociedad y van a ser respetadas y valorizadas como nuestros conciudadanos, debemos parar de usar un lenguaje que las desvaloriza y las segrega. La historia nos enseña que la primer manera de desvalorizar a una persona es a través del lenguaje que se usa.

El uso de calificativos de discapacidad es apropiado *únicamente* dentro del sistema de servicios (en las reuniones de IFSP, IEP e ISP) y/o en entornos médicos y legales. Los diagnósticos médicos no tienen lugar – *y deberían ser irrelevantes* – en las familias, entre amigos y en la comunidad.

Mucha gente comparte el diagnóstico de una persona intentando brindar información, como cuando un padre dice “mi hijo tiene síndrome de Down” con la esperanza que los demás comprendan lo que su hijo necesita. ¡Pero una acción tal, puede llevar a resultados desastrosos! El diagnóstico puede asustar a las personas, generar lástima y/o dar lugar a la exclusión (“No podemos hacernos cargo de *ese tipo de persona...*”). Así que bajo ciertas circunstancias, *y cuando sea apropiado*, simplemente podemos describir lo que la persona necesita de un modo respetuoso y digno *y omitir el diagnóstico*.

Por otro lado, *¡el diagnóstico no le incumbe a nadie!* ¿Nos han dado permiso las personas con discapacidad de compartir su información personal con los demás? De no ser así, ¿porqué traicionamos su confianza? ¿Le cuenta *usted* a todo el mundo sobre el forúnculo en el trasero de su cónyuge? (¡Espero que no!) Además, a menudo hablamos de las personas con discapacidad *frente a ellas, como si no estuvieran allí*. ¡Tenemos que dejar de incurrir en esa práctica degradante!

My hijo, Benjamín, tiene 23 años de edad. Sus intereses, fortalezas y sueños son más importantes que su diagnóstico. A él le encanta la política, la historia estadounidense, el rock

clásico y las películas; ha ganado dos cinturones de karate, ha actuado en obras de teatro y se ganó un premio nacional por su película *Thumbs Down to Pity* (Abajo con la Lástima). Benji obtuvo su diplomatura y ahora está estudiando para obtener su licenciatura. Es rubio, tiene ojos azules y parálisis cerebral. Su diagnóstico es simplemente una de sus muchas características personales. *Él no se define por su discapacidad y su diagnóstico no puede predecir su potencial.*

Cuando conozco a alguien no me pongo a lloriquear porque nunca voy a ser una ballarina estrella. Acentúo mis fortalezas no mis limitaciones. ¿No hace usted lo mismo? Por lo tanto, cuando hablo acerca de mi hijo, no digo: “Benji no puede escribir con lápiz”. Digo: “Benji escribe por computadora”. No digo: “No puede caminar”. Digo: “Usa silla de ruedas eléctricas”. Es cuestión simple de perspectiva pero también algo *de importancia vital*. Si quiero que los demás sepan que él es un gran muchacho, y lo que es más importante, si quiero que *él sepa que es un gran muchacho*, debo usar calificativos positivos y precisos, que lo describan como persona valiosa, respetada y maravillosa.

Las palabras usadas *acerca* de una persona tienen un efecto poderoso *sobre la misma*. Durante generaciones los corazones y las mentes de las personas con discapacidades han sido destrozados por palabras estereotípicas negativas que, a su vez, conducen a la segregación, al abuso, a la desvalorización, la esterilización forzada y peor aún. Debemos dejar de creer y perpetuar los mitos y *las mentiras* que encierran las etiquetas. Niños y adultos con condiciones denominadas “discapacidades” son individuos únicos con un potencial ilimitado, ¡como todo el mundo!

El movimiento por Civil Rights (Derechos Civiles) y Women’s Rights (Derechos Femeninos) han promovido cambios en el lenguaje, actitudes y acciones. El movimiento por los Derechos de las Personas con Discapacidades sigue esos pasos importantes. El Lenguaje que Pone en Primer Lugar a la Persona, fue creado por individuos que dijeron, “A nosotros *no nos definen* nuestras discapacidades; antes de todo, somos personas.” No se trata de usar expresiones “políticamente correctas,” pero de tener buena educación y respeto.

Podemos crear un nuevo paradigma para la discapacidad. Al hacerlo, cambiaremos a nosotros mismos, así como a nuestro mundo entero – y generaremos un cambio positivo en las vidas de las personas con discapacidades. Es hora de que nos importe qué efecto tienen nuestras palabras sobre las personas de quien hablamos y de considerar cuidadosamente las *actitudes y acciones* a las que damos raíz con las palabras que usamos.

¿No es hora de hacer este cambio? Si no ahora, entonces cuándo?

Si no lo hace usted entonces quién?

Usar un Lenguaje que Pone en Primer Lugar a la Persona es lo que debemos hacer.

Por lo tanto: ¡Hagámoslo!

EJEMPLOS DEL LENGUAJE QUE PONE EN PRIMER LUGAR A LA PERSONA

DIGA:	EN VEZ DE:
Personas con discapacidades.	Personas inválidas o discapacitadas
Pablo tiene una discapacidad cognitiva (diagnóstico).	Es retrasado mental.
Catalina tiene autismo (o un diagnóstico de...)	Es autista.
Ryan tiene un síndrome de Down (o diagnóstico de...)	Es un Down; mongólico
Sara tiene discapacidad del aprendizaje (diagnóstico).	Es discapacitada para aprender/lenta/tonta
Roberto tiene una discapacidad física (diagnóstico).	Es cuadripléjico/lisiado
María es de baja estatura/María es una persona pequeña... Es enana.	
Tomás tiene una condición mental	Es desequilibrado mental/enfermo mental.
Nora usa una silla de ruedas para moverse.	Está confinada a una silla de ruedas
Estéban recibe servicios de educación especial.	Está en educación especial.
Tonya tiene un retraso en el desarrollo	Está retrasada en su desarrollo.
Niños sin discapacidades	Niños normales, sanos, comunes.
Se comunica con los ojos/dispositivo/etc.	No habla/no es verbal.
Cliente.	Consumidor, receptor, etc.
Discapacidad congénita	Defecto de nacimiento.
Lesión cerebral	Daño cerebral.
Estacionamiento, habitación de hotel, etc. accesible.	Estacionamiento, habitación de hotel, etc. par a inválidos
Necesita . . . o usa	Tiene un problema con.../Tiene requisitos especiales.

Sigan pensando—¡Hay muchos otros calificativos que debemos cambiar!
Copyright 2010 Kathie Snow, Todos los Derechos Reservados, usado con permiso. Póngase en contacto con kathie@disabilityisnatural.com para ree imprimirlo con autorización. ¡Visite www.disabilityisnatural.com para descubrir nuevas formas de pensar!

Nota para los Facilitadores:

Después de revisar la información dada por el Lenguaje que Pone en Primer Lugar a la Persona proveniente de la Discapacidad es Natural facilite la discusión con el grupo entero acerca de la importancia de usar ese tipo de lenguaje. Asegúrese de incluir los siguientes conceptos si no surgen durante la discusión:

- A. El Lenguaje que Pone en Primer Lugar a la Persona comunica respeto
- B. El Lenguaje que Pone en Primer Lugar a la Persona comunica valor
- C. El Lenguaje que Pone en Primer Lugar a la Persona desenfatisa la discapacidad
- D. ¡El Lenguaje que Pone en Primer Lugar a la Persona da énfasis a la capacidad!

Es buena práctica escuchar cuidadosamente cómo el lenguaje se usa en la clase. Nunca ponga a alguien en aprieto, ni critique a ninguna persona que no sepa usar perfectamente el Lenguaje que Pone en Primer Lugar a la Persona. En vez, escuche para ver quién usa el lenguaje correctamente para luego elogiarle y darle encomios positivos por haberlo hecho bien!

F. RELACIONES POSITIVAS

Nota para los Facilitadores:

Enfatice: ¡Es de naturaleza crítica tener una relación positiva con la persona que Ud apoya y su familia para tener éxito como trabajador/a de apoyo directo!

Tener una relación positiva con cualquier persona toma tiempo. No ocurre de un día para el otro, pero hay varias cosas que Ud puede hacer para asegurarse de que uno empieza de buena forma y sigue bien encaminado para mantener esas buenas relaciones.

Todas las buenas relaciones comparten ciertas características básicas.

Nota para los Facilitadores:

Actividad: Pida que el grupo empiece una sesión lluvia de ideas acerca de algunas de las características de las relaciones positivas y haga que las escriban en sus cuadernos guía. Más abajo damos algunos ejemplos que Ud quizás desee incluir:

Características de las Relaciones Positivas

Confianza	Resolución Positiva de	Respeto
Franqueza	Problemas	Cariño / Afecto
Flexibilidad	Comunicación	Atención
Bondadez	Apoyo	Paciencia
	Compasión	

Nota para los Facilitadores:

Diga a los participantes: ¡Estas no son todas las características de las relaciones positivas pero les darán un buen comienzo! En la siguiente página hay espacio para que Ud escriba otras ideas acerca de cómo desarrollar una relación positiva con los individuos que Ud apoya.

Notas para los Facilitadores:

CÓMO DESARROLLAR RELACIONES POSITIVAS (ejercicio en la siguiente página)

¡Hay tantas maneras diferentes de desarrollar relaciones positivas como hay gente! La intención de esta sección es de ayudar a que los participantes identifiquen los principios centrales involucrados en el desarrollo de relaciones positivas con cualquier persona.

PIDA: Que el grupo trabaje con un colega en una sesión lluvia de ideas para desarrollar una relación positiva con la persona que están apoyando. Los participantes pueden tomar nota en sus cuadernos guía. Más abajo Ud encontrará una lista de pensamientos que quizás desee incluir.

- Sea digno de confianza – déle seguimiento a lo que dice. Demuestre integridad en su trabajo.
- Sea franco/a – no tenga ningún “programa secreto.”
- Comuníquese claramente y con franqueza. Proteja los datos personales.
- ¡Sonría! Aún las tareas más desafiantes pueden dar más gusto si Ud sonríe y está de buen humor.
- Sea flexible. Haga el trabajo, pero “siga la corriente” lo más que posible.
- Hable de las cosas que interesan a la otra persona. Encuentre temas en que tengan un común acuerdo para conversar.
- Sea fiable. Llegue a tiempo a su trabajo. Complete las tareas que le han dado. Vaya la extra milla cuando pueda. ¡Deje al individuo y a la familia con la seguridad que en estos tiempos inciertos ellos pueden contar con Ud!
- Sea sincero/a y honesto/a con el individuo y la familia. Cuando se deben decir cosas difíciles dígalas suave y honestamente. Una relación fuerte se basa en el sentido de que se puede confiar en que las partes involucradas pueden compartir información y sentimientos verdaderos.
- Sea responsable. Cuando comete un error, no haga excusas o trate de disimularlo. Acepte responsabilidad por el error y haga todo lo posible por arreglarlo. El hecho de pedir disculpas con sinceridad ayuda a arreglar una situación engorrosa.
- Respete y escuche a la persona que Ud apoya y a su familia.
- Sea dedicado y entusiasta mientras trabaja.
- Ofrezca retroalimentación positiva de forma regular.
- Si no sabe la respuesta a una pregunta hecha por el individuo o su familia, sea honesto/a. Declare que no sabe la respuesta pero que tomará las medidas necesarias para ayudarles a encontrar la información que necesitan. ¡Asegúrese de darle seguimiento!

CÓMO DESARROLLAR RELACIONES POSITIVAS – LLUVIA DE IDEAS

EJEMPLOS:

¡Sea
bondadoso/a!

¡Diviértanse
¡untos!

¡Sea
respetuoso/a

¡Escuche
atentamente!

G. RELACIONES PROFESIONALES

Nota para los Facilitadores:

Introduzca este tema hablando de lo importante que es tener relaciones profesionales positivas en el lugar de trabajo. Ud quizás quiera decir algo como, “A veces estamos tan excitados y envueltos en los sueños y metas de la persona que apoyamos que los límites que definen nuestras relaciones a veces se nublan.” Es muy importante saber con gran claridad cuál es nuestro papel en las vidas de las personas que apoyamos y sus familias.

PIDA:

Que el grupo empiece una sesión lluvia de ideas acerca de algunas características de las relaciones profesionales y luego de las relaciones personales. Asegúrese de que ha incluido los temas en la tabla de la página siguiente, (y que también se han incluido en la guía para el participante) si no surgen durante el curso de la discusión.

PIDA:

Que el grupo identifique algunos de los problemas que pueden surgir si hay confusión y ambigüedad en nuestras relaciones con la persona que apoyamos.

- Desilusión
- Violación de la confianza
- Expectativas falsas
- Sentimientos dolidos
- Sentimientos de que se está aprovechando de uno/a
- Sentimientos de haber sido usado/a

Miembros de familia que también son proveedores con pago pueden tener más preguntas sobre cómo distinguir entre las relaciones personales y profesionales mientras reciben esos pagos. Pida a miembros de la familia que forman parte del grupo que expliquen cómo mantienen el equilibrio entre sus relaciones estrechas con la persona que ayudan y el papel que juegan como proveedor con pago.

Respuestas que se pueden esperar pueden incluir:

Poner el papel como padre/miembro de la familia en segundo plano.

Centrar el enfoque en la persona y en sus deseos y requisitos durante el período en que se le paga por apoyarla.

RELACIONES PROFESIONALES	RELACIONES PERSONALES
Contribuyen a la operación eficaz de la agencia para la cual Ud trabaja, del estado de Arizona y de la comunidad en general.	Son fuertemente influenciadas por la emoción.
Contribuyen a la calidad de vida de la persona que Ud está apoyando.	Involucran a todas las partes para que compartan informaciones y sentimientos personales.
Contribuyen a la calidad de vida de la familia de la persona que Ud está apoyando.	Contribuyen a la calidad de vida de todas las partes involucradas.
Son motivadas por la visión de lograr una meta común.	Son el resultado del mutuo placer que se siente cuando cada uno goza de la compañía del otro.
Son más formales.	Son más informales.
Resultan en compensación.	No resultan en compensación.
Son apropiadas mientras Ud está en el trabajo.	No son apropiadas mientras Ud está en el trabajo.

Nota para los Facilitadores:

Cornell University ILR School Employment and Disability Institute (Instituto ILR Facultad de Empleo y Discapacidad de la Universidad de Cornell) tiene excelente información acerca de los temas que hemos estado discutiendo el día de hoy. La siguiente información proviene del artículo de Michael Kendrick, "When People Matter More than Systems" (Cuando las Personas son más Importantes que los Sistemas) (Marzo 2000 Presentación Principal de la Conferencia "The Promise of Opportunity" (La Promesa de la Oportunidad), expuesto en Person –Centered Planning Education Site, Course 1: Introduction to Person-Centered Planning (Sitio Educativo, Planeamiento Centrado en la Persona, Curso 1: Introducción al Planeamiento Centrado en la Persona), <http://www.ilr.cornell.edu/edi/pcp/course01.html>.

"Nuestros sistemas de creencias más profundos guían la manera en que interactuamos con otros seres humanos. ... Simplemente con pensar que nuestro enfoque se centra en la persona no hace que lo hagamos; lo que hacemos de verdad es lo que por último revela nuestras verdaderas prioridades. Requiere un cometido personal de estar consciente y reflejar consigo mismo acerca de la relación entre cómo uno siente, piensa, y actúa. Son las creencias las que producen pensamientos que dan raíz a palabras que llevan a la acción, las cuales a su vez crean experiencias....

Un enfoque centrado en la persona consiste en permanecer intencionalmente al lado de las personas, incluido o no un plan. Al considerar qué pensamos sobre las personas con quienes estamos planeando, es útil comparar nuestras acciones contra los siete criterios condensados del artículo de Kendrick:

- Tener el cometido de saber y tratar de comprender.
- Tener la resolución consciente de ofrecer una ayuda genuina.
- Estar pronto a ser guiado por la persona.
- Tener el deseo de luchar para lograr metas difíciles.
- Tener la flexibilidad, creatividad y accesibilidad de tratar de hacer lo que *pueda ser posible*.
- Estar dispuesto a realzar la humanidad y dignidad de la persona.
- Estar dispuesto a buscar lo que hay de bueno en una persona y ayudar a suscitarlo."

Actividad Final:

Como actividad final de la clase, Ud quizás desee partir el grupo entero en parejas o pequeños grupos y asignarles un tema a partir de los Siete Criterios Clave enumerados más arriba. La tarea del grupo pequeño es de "actuar como maestros" del tema que les fue dado, usando la información presentada durante la clase y la información del sitio web de la Universidad de Cornell para enseñar el tema al resto del grupo. Si el grupo es muy pequeño se puede hacer el mismo ejercicio dándoles sólo unos pocos temas al grupo.

- Presente a los grupos los recursos disponibles a medida que se preparan, eso es, el uso de

pizarras blancas, blocs de papel del diario, u otros materiales disponibles.

- Dígales que todos deben participar en la presentación del material.
- Dígales que deben estar seguros de incluir toda la información que tienen sobre el tema, no solamente la información del sitio web de la Universidad de Cornell. La información presentada anteriormente en la clase debe ser incluida además de cualquier conocimiento personal que tengan sobre el tema.
- Recuerde al grupo que deben mantener la confidencialidad y que las presentaciones deben ser respetuosas y de buen gusto.
- Dígales a los participantes que la presentación debe durar de 2-5 minutos (o lo que Ud decida dependiendo del tiempo que queda para terminar la clase).
- Permita que el grupo tome de 10-15 minutos para preparar y dígales cuándo van a comenzar las presentaciones.
- Mientras el grupo o grupos se preparan, circule entre los grupos proporcionando ayuda y retroalimentación, según sea necesario.
- A medida que el/los grupo/s presentan sus informaciones, ¡asegúrese de reforzar positivamente sus esfuerzos! Recuerde que sólo han tenido unos pocos minutos para preparar y que muchas personas no se sienten cómodas presentando su trabajo frente a un grupo. Haga que la ocasión sea lo más positiva y segura que posible. Si faltan algunos puntos importantes o si se presenta algún malentendido, esos temas pueden ser discutidos durante el curso de las presentaciones para asegurar que todos entienden y aprenden lo necesario.

PRINCIPIOS DEL CUIDADO MÓDULO DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

CAPÍTULO NÚMERO 3: PAPEL QUE JUEGA Y REQUISITOS DE DDD -- DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO)

GUÍA PARA LOS FACILITADORES

CONTENIDO:

- A. El papel que juega DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo)
- B. Servicio de Asistencia Personal
- C. Documentación y registros requeridos
- D. DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo) limita ciertas actividades con respecto a trabajadores de cuidado directo
- E. Requisitos de supervisión y monitoreo para el servicio de asistencia personal y el servicio de limpieza casera
- F. Notificaciones de demoras o ausencias que se deben dar a la persona o agencia responsable

Tiempo estimado para este capítulo: 1 hora

Materiales Necesarios:

1. Guía para los Facilitadores
2. Guía para los Participantes
3. Formularios:
 - a. Pre-Service Agreement (Acuerdo Previo al Servicio) (DD-097-2-FF 11-06)
 - b. Attendant Care / Housekeeping Agreement (Acuerdo del Servicio de Asistencia Personal/Servicio de Limpieza)(DD-397-1-FF-3.10)
 - c. Attendant Care / Housekeeping Service Monitoring/Supervision (Servicio de Asistencia Personal /Servicio de Limpieza Casera/Servicio de Monitoreo y Supervisión)(DDD-1431AFORPF 4-07)

COMPETENCIAS (SABER O PODER)

1. Identificar las responsabilidades del trabajador de asistencia personal y del trabajador de cuidado directo
2. Identificar los requisitos de documentación de DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo).
3. Identificar actividades que DDD -- Division of Developmental Disabilities limita con respecto a trabajadores de cuidado directo.
4. Explicar porqué es de naturaleza crítica notificar cuándo no se puede venir al trabajo según lo previsto.
5. Identificar a quién se debe notificar cuando no se puede venir al trabajo según lo previsto.
6. Identificar en qué brevedad se debe dar notificación de que no se podrá venir al trabajo según lo previsto.
7. Identificar las responsabilidades del trabajador de cuidado directo con respecto a Health Insurance Portability and Accountability Act – HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) y la confidencialidad.

TÉRMINOS CLAVE:

Acuerdo del servicio de asistencia personal	Confidencialidad
DDD – Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo)	DES – Department of Economic Security (Departamento de Seguridad Económica)
Documentación	Informes y registros
Persona Responsable	Servicio de asistencia personal

A. EL PAPEL QUE JUEGA DDD -- DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO)

DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo) parte del DES – Arizona Department of Economic Security (Departamento de Seguridad Económica) proporciona servicios y programas a personas con discapacidades del desarrollo. La mayoría de los servicios de la División se proveen en entornos comunitarios, a través de servicios caseros, programas diarios, servicios y terapias residenciales en la comunidad. La División sirve a más de 30,000 personas con discapacidades del desarrollo (a partir del 1 de julio, 2010).

Nota para los Facilitadores:

De los 30,000 consumidores, **22,755** están registrados en el programa de servicios a largo plazo de Arizona, (Arizona Long Term Care Services Program -- ALTCS). Aunque la mayoría de los servicios proporcionados con fondos de la división se efectúan mediante contratos con una red de proveedores individuales y agenciales a través de Arizona, el Estado proporciona directamente algunos servicios, tales como el manejo de casos (coordinación del apoyo).

Cada persona que recibe el apoyo de DDD tendrá un coordinador de apoyo asignado para ayudarlo. El coordinador de apoyo, que también se llama el administrador de casos, trabajará para asegurarse de que un individuo elegible para recibir servicios está recibiendo apoyos basados en los requisitos de la evaluación.

Coordinadores de apoyo:

- Recogen datos para ayudar a determinar la elegibilidad.
- Desarrollan, con ideas y sugerencias de la persona misma y su familia, un Plan de Apoyo Individual que identifica los apoyos y servicios con base en los requisitos de la evaluación.
- Ayuda a que la persona y su familia identifique cuáles son los proveedores indicados para los servicios y apoyos requeridos.
- Monitorea el suministro y eficacia de los servicios.
- Provee datos acerca de servicios disponibles en otras agencias estatales y comunitarias además de organizaciones privadas.

Cada persona que recibe apoyo a través de DDD debe tender un Plan de Apoyo Individual (**Individual Support Plan -- ISP**). El coordinador del apoyo facilita y controla el ISP del consumidor. Los ISP (Planes de Apoyo Individual) serán abarcados en más detalle en otra sesión.

Nota para los Facilitadores:

Recuerde a los participantes que la Misión, Visión y Valores de DES/DDD (Department of Economic Security, Division of Developmental Disabilities) fueron abarcados durante el módulo dedicado a la Filosofía del Entrenamiento del Trabajador del Cuidado Directo. Ud quizás desee

facilitar una discusión acerca de los temas aprendidos en esa sección y hacerles recordar el enfoque centrado en la persona de aquellos apoyos.

B. SERVICIO DE ASISTENCIA PERSONAL

La descripción del servicio de asistencia personal proporcionada por DES/DDD (Department of Economic Security/Division of Developmental Services) dice:

La asistencia personal es un servicio mediante el cual personas calificadas ayudan a que un individuo logre o mantenga condiciones de vida seguras y sanitarias y/o mantenga un buen aseo personal además de ejercer actividades de la vida diaria. La meta de este servicio es de ayudar a que el individuo permanezca en su hogar y/o participe en las actividades de la comunidad.

El servicio de asistencia personal se puede proveer en los siguientes entornos:

- a. En el hogar del individuo.
- b. En la comunidad del individuo.

DDD proporciona servicio de asistencia personal a personas calificadas para recibirlo. Según lo indica DDD Policy and Procedure, Chapter 600 Services, section 602.1.2 Service Definition--Attendant Care (Política y Procedimiento de DDD, Capítulo 600 Servicios, Sección 602.1.2 Definición del Servicio – Servicio de Asistencia Personal), el servicio de asistencia personal puede incluir lo siguiente:

- a. Condiciones de vida seguras y sanitarias pueden incluir:
 1. Desempolvar.
 2. Limpiar suelos.
 3. Limpiar baños.
 4. Limpiar ventanas (si es necesario para lograr un modo de vida seguro y sano).
 5. Limpiar el horno y la heladera (si es necesario para lograr un modo de vida seguro y sano).
 6. Limpiar la cocina.
 7. Lavar platos.
 8. Cambiar ropa de cama y hacer camas.
 9. Manutención rutinaria de aparatos electrodomésticos.
- b. Lavar, secar, y doblar ropa (plancharla sólo si no se puede poner sin planchar).
- c. Ir de compras y almacenar provisiones y medicamentos.
- d. Circunstancias inusuales quizás requieran que se ejecuten:
 1. Tareas que aseguren condiciones de vida seguras:
 - i. Limpieza profunda, tal como el lavado de paredes o cielo raso.
 - ii. Limpieza del jardín y disposición de basura.

2. Ayudar a que el individuo obtenga y/o cuide los requisitos básicos para calentar agua y comida:
 - i. Acarrear agua para uso casero.
 - ii. Recoger y traer leña para calentar el hogar y cocinar la comida.
 3. Proveer o asegurar la manutención nutritiva del individuo:
 - i. Planeando, comprando y almacenando comestibles.
 - ii. Cocinando comidas nutritivas.
- e. Ayudar a la persona a ducharse, bañarse, lavarse el pelo con shampoo, ir al baño y vestirse.
 - f. Ayudar a la persona para que se transfiera de la silla de ruedas y/o la cama.
 - g. Ayudar a la persona a comer, recordándole o alentándola a que mantenga su consumo, sirviéndole y trayéndole la comida, preparándole la comida y alimentándola o ayudándola a comer.
 - h. Ayudar con actividades ambulatorias rutinarias.
 - i. Ayudar con el cuidado de las uñas y de la piel.
 - j. Ayudar con tareas para la comodidad y seguridad de los individuos con restricciones del movimiento (tareas que no requieren supervisión médica o de enfermería).
 - k. Ayudar a la persona con dispositivos especiales y/o prostéticos, si el procedimiento es de rutina y bien establecido.
 - l. Entrenar al individuo, a los miembros de familia y/o amigos en las tareas del cuidado personal, según sea apropiado y disponible.
 - m. Referir a todos los individuos que presentan problemas médicos o sociales adicionales durante el curso del servicio para que se tomen las medidas apropiadas.
 - n. Ayudar a que el individuo tome sus medicamentos por sí mismo o enseñarle maneras de recordar la toma de sus medicinas.
 - o. Supervisar o transportar al individuo como parte complementaria de otras actividades. La supervisión y el transporte no es la meta principal del servicio de asistencia personal.
 - p. Establecer un programa estructurado que cumple con los requisitos del individuo.

Toda persona que recibe los servicios DDD tiene un Plan de Apoyo Individual (o un Individualized Family Service Plan (Plan de Servicio Familiar Individualizado) para niños de tres años o menos, registrados en el Arizona Early Intervention Program (Programa de Intervención Temprana de Arizona), el cual incluye datos específicos acerca de los deberes y tareas a cumplir durante estos servicios de asistencia personal. Es posible que tales datos estén registrados en el acuerdo del servicio de asistencia personal, en el convenio de orientación previo al servicio y/o en el formulario de la evaluación completado por el coordinador de apoyo.

Asegúrese de que ha recibido toda la información que necesita para apoyar a la persona con quien trabaja.

Hoja informativa: Proporcione una copia del Pre-Service Agreement (Acuerdo Previo al Servicio) (DD-097-2-FF 11-06)

Notas para los Facilitadores:

El Acuerdo Previo al Servicio, aunque optativo, abarca datos esenciales que el/la trabajador/a de cuidado directo va a necesitar para poder trabajar con la persona. Revise las partes integrantes de este formulario.

C. DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS REQUERIDOS

Notas para los Facilitadores:

Introduzca esta sección discutiendo con los participantes en la sala lo importante que es la documentación, incluso lo que vale asegurar que la información sea precisa y breve.

DISCUSIÓN:

Para estimular la discusión en la sala haga las siguientes preguntas y refuerze la participación. El propósito de esta discusión no es de abarcar el tema entero, sino de ayudar a que los participantes comprendan lo beneficioso que es completar la documentación, no solo para el individuo que están apoyando sino también para ellos mismos.

- Haga que los participantes tengan una sesión lluvia de ideas sobre el tema de porqué la documentación es tan importante.
- Pregunte “¿Cuándo creen que es necesario completar una documentación?”
- Pregunte “¿Qué cosas o situaciones sobre la salud y la seguridad creen Uds que se deben documentar?”
- Pregunte “De qué modo ayuda la documentación escrita a reducir la posibilidad de enfrentar una responsabilidad legal?”

¿Porqué es importante la documentación escrita? ¿Qué creen Uds que se debe documentar?

Documentación Escrita

DDD requiere que se documente la ejecución de todos los resultados efectuados bajo el plan. Eso incluye documentación de actividades y tareas completadas durante la entrega de servicios de asistencia personal y servicios de limpieza casera.

Folletines: Proporcione copias del:

- Pre-Service Agreement (Acuerdo previo al servicio) (DD-097-2-FF 11-06)

- Attendant Care / Housekeeping Agreement (Acuerdo de Servicios de Asistencia Personal y de Servicios de Limpieza Casera (DD-397-1-FF 3.10)

Nota para los Facilitadores: Discuta estos formularios y cada uno de los siguientes ejemplos.

Ejemplos de Documentación del Servicio de Asistencia Personal:

- Problemas médicos
 - Ataques epilépticos
 - Señas de enfermedad
 - Preocupaciones acerca de la integridad de la piel
 - Lesiones
 - Niveles de azúcar en la sangre
- Cambios del comportamiento
 - Arrebatos repentinos
 - Comportamiento peligroso, tal como dañarse a sí mismo/a
 - Tristeza o depresión
- Actividades / tareas completadas
 - Cómo la persona comió
 - Qué asistencia necesitó en motivo de higiene
 - Programa de reposicionamiento
 - Ayuda con la administración propia de medicamentos (fecha y hora(s))
 - Actividades dentro de la comunidad
 - Tareas de limpieza casera
- Informes acerca de incidentes
 - Se debe informar a la División acerca de todos los incidentes serios que acontecen. Vea el capítulo sobre Informes de Incidentes para más detalles.
- Monitoreo del Servicio de Asistencia Personal (Inicial y trimestral)
- Documentación de cualquier requisito de monitoreo especial identificado en el Plan de Apoyo o que la persona responsable ha pedido.

Otra documentación:

Tiempo de registro y horas de contacto proporcionados a nombre del cliente.

- Hojas de horarios

Note: DDD ya no requiere que se someta documentación mensual de las actividades completadas mientras se proporcionan servicios de asistencia personal. Sin embargo, sigue siendo un requisito mantener documentación y registros continuos acerca del servicio de asistencia personal y del servicio de limpieza casera que se proporciona a cada individuo.

D. DDD LIMITA CIERTAS ACTIVIDADES CON RESPECTO A TRABAJADORES DE CUIDADO DIRECTO

Como ya se ha indicado en el DES—DDD Policy and Procedures Manual, Chapter 600, Section 602.1.6 (Manual de Política y Procedimientos de DES/DDD, Capítulo 600 Servicios, Sección 602.1.6) con respecto a trabajadores de cuidado directo, se limitan las siguientes actividades.

Exclusiones (Servicio de Asistencia Personal)

- Los proveedores de Servicios de Asistencia Personal **no** deben ejecutar las siguientes tareas:
 - Limpiar después de fiestas.
 - Limpiar platos acumulados durante varios días.
 - Preparar comidas para la familia *entera*.
 - Cuidado rutinario del césped del jardín.
 - Limpieza extensa de alfombras.
 - Cuidar de las mascotas de la familia, como, por ejemplo, llevarlas de paseo (a menos que se trate de un perro guía o lazarillo).

- Los proveedores de servicio de asistencia personal no deben limpiar las partes del hogar que el cliente no usa, tales como, el cuarto de sus padres o el baño de su hermana.

- Los proveedores no deben ejecutar tareas que requieren destreza médica o de enfermería. Ejemplos de tareas que requieren destreza médica incluyen:
 - Inyecciones de insulina.
 - Alimentación mediante un tubo nasogástrico (NG).
 - Succionamiento profundo.

Otras Actividades Prohibidas

- El cuidado de hermanos u otras criaturas de la familia.
- Traer sus propios niños al trabajo.
- Falsificar documentos; por ejemplo, hojas de horarios.

E. REQUISITOS DE SUPERVISIÓN Y MONITOREO PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA PERSONAL Y LIMPIEZA CASERA

Los requisitos mínimos son:

- La agencia proveedora debe hacer una visita inicial de supervisión dentro de cinco días de haber comenzado el servicio. El representante de la agencia proveedora debe hablar con el consumidor o su representante acerca de la calidad del cuidado, la entrega de servicios, y educación del consumidor o de su representante. También discutirán la necesidad de llamar a la agencia proveedora si se desarrollan problemas entre las visitas del supervisor y/o del coordinador de apoyo.
- Se requiere una visita de seguimiento al sitio de trabajo después de 30 días.
- Se requiere una visita a los 60 días si se han identificado problemas. De no ser así, las visitas en curso se harán cada 90 días a partir de entonces.
- Al menos una visita de supervisión se requiere para cada trabajador de cuidado directo dentro de los primeros 90 días a partir del día en que fue contratado. El personal del cuidado directo debe estar presente.
- La agencia proveedora también debe evaluar la competencia del trabajador de cuidado directo con respecto al cumplimiento de las tareas/deberes asignados. El supervisor debe asegurarse de que el trabajador de cuidado directo está completando las tareas/deberes según el entrenamiento que le ha sido proporcionado.
- Proporcione una copia de lo siguiente y examínenlo:

Attendant Care/Housekeeping Service/Monitoring/Supervision (Servicio de Asistencia Personal/Servicio de Limpieza Casera/Monitoreo/Supervisión, (DDD-1431AFORPF 4-07)

F. NOTIFICACIONES DE DEMORAS O AUSENCIAS A LA PERSONA O AGENCIA RESPONSABLE

Nota Para los Facilitadores:

Introduzcan esta sección, explicando lo siguiente:

- Las estrategias de prevención y de manejo del riesgo constituyen un importante elemento cuando se provee apoyo a personas que necesitan ayuda. Cuando un

individuo recibe apoyos críticos (para bañarse, ir al baño, vestirse, alimentarse, ser transferido a/o de la cama y a/o de la silla de ruedas y asistencia con actividades parecidas) SE DEBE desarrollar un plan de respaldo con otros proveedores para darle frente a posibles riesgos en el caso del que el proveedor (trabajador de cuidado directo) no llegue al trabajo para proporcionar los servicios requeridos.

From <https://www.azdes.gov/ddd/about.asp>

ACTIVIDADES:

Elija una o más de las siguientes actividades y haga que los participantes tomen nota en sus cuadernos guía. Cualquiera que sea la actividad que Ud elija, asegúrese que la discusión incluya el impacto sobre el cliente de no recibir apoyos críticos, incluso los posibles efectos negativos sobre su bienestar, su salud física y emocional, además de sobre sus relaciones, tanto con Ud como con todos los proveedores de apoyo en el futuro.

- Haga que los participantes tengan una sesión lluvia de ideas acerca de cuáles serían las consecuencias para el consumidor si el trabajador de cuidado directo no notificase a las personas apropiadas, apenas viese que no podría ir al trabajo según lo previsto.
- Cuáles son las maneras en que el trabajador de cuidado directo puede asegurarse de que tiene disponibles los datos de contacto requeridos para contactar a la familia/al individuo/y a la agencia.
- Describa cómo un individuo que recibe apoyo se sentiría si el trabajador de cuidado directo no viniese a trabajar cuando llega su turno previsto.

NOTAS: ¿Qué puede pasar si el trabajador de cuidado directo no llega al trabajo según se ha previsto?

Notas para los Facilitadores:

Al cerrar el tema, ponga énfasis en los siguientes datos:

Son el consumidor o cuidador principal quienes deciden a qué brevedad se debe obtener un cuidador de reemplazo si acontece que el trabajador de cuidado directo no está disponible.

Cuando la agencia proveedora recibe la autorización de DDD para proporcionar servicios críticos (servicios de asistencia personal, descanso, o limpieza casera), se necesita un plan de respaldo que identifique al cuidador de reemplazo en el caso de que el proveedor programado no llegue al trabajo según lo previsto por cualquier razón. El consumidor/familia tiene derecho a un proveedor de reemplazo dentro de 2 horas si así lo desean.

Por esta razón, es de naturaleza crítica que Ud, el trabajador de cuidado directo, toda vez que no pueda trabajar según lo previsto, notifique al consumidor, a su familia y a su empleado, lo antes posible, para que puedan encontrar un reemplazo dentro del plazo requerido.

PRINCIPIOS DEL CUIDADO MÓDULO DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

CAPÍTULO NÚMERO 4: PLANEAMIENTO DE APOYO

GUÍA PARA LOS FACILITADORES

CONTENIDO:

- A. Planeamiento de las Metas
- B. Planes Individuales de Apoyo
- C. Fundamentos del Plan de Apoyo
- D. Papel que Juegan los Miembros del Equipo y sus Responsabilidades

Tiempo estimado para este capítulo: 1 hora

Materiales necesarios:

1. Guía para los facilitadores
2. Guías para los participantes
3. Copias en blanco del Plan Individual de Apoyo para cada persona que asiste a la reunión

Competencias:

1. Explique el propósito del Individual Support Plan – ISP (Plan de Apoyo Individual) u otros documentos de planeamiento del DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo).
2. Identifique dos maneras en que un DCW (trabajador de cuidado directo) se involucra en el enfoque del equipo con respecto al desarrollo del plan.
3. Enumere tres partes de los documentos de planeamiento que ayudan a informar al DCW (trabajador de cuidado directo) acerca de la persona que recibe apoyo.

Términos Clave:

Plan de respaldo

Evaluación del riesgo

Plan de Apoyo Individual
(Individual Support Plan - ISP)

Meta a corto plazo

Meta a largo plazo

Evaluación del equipo

A. PLANEAMIENTO DE METAS

Nota para los Facilitadores:

Discuta la siguiente información:

El planeamiento del apoyo es un proceso que usamos para ayudar a identificar las metas que la persona desea alcanzar, las destrezas que necesita aprender y los obstáculos que se deben superar para lograr ese sueño, y un plan paso a paso para ayudarles a conseguirlo. No es tan diferente del tipo de meta que todos nosotros nos imponemos.

Actividad: Haga que los participantes vayan a la página del planeamiento de metas en su hoja de información. **Use las instrucciones para este ejercicio en las páginas que siguen.**

Metas a largo plazo

Una meta a largo plazo es cualquier cosa que se desea lograr en la vida. Haga que sea específica, por ejemplo, la compra de una casa, obtener un diploma, perder 10 kilos, etc.

Mi propia meta de largo plazo es:

Metas de corto plazo

Una meta de corto plazo es un jalón, o un “trozo” grande de la meta de largo plazo que se debe cumplir para poder lograr la meta de largo plazo, por ejemplo, alcanzar los 600 puntos en el puntaje de crédito, o identificar el barrio de la ciudad en que desea vivir.

Mis metas de corto plazo son:

Primeros Pasos

Los primeros pasos son los que se pueden hacer hoy, o en un futuro muy cercano, para alcanzar sus jalones (metas de corto plazo), y eventualmente su meta de largo plazo, por ejemplo, abrir una cuenta de banco, u obtener una membresía en un gimnasio.

Mis Primeros Pasos son:

Obstáculos

Los obstáculos son cualquier cosa que puede hacerle aflojar el paso, o impedir que alcance sus metas, por ejemplo, mala salud, o falta de destreza en el manejo del presupuesto.

Mis obstáculos:

Instrucciones para el Facilitador – Ejercicio en el Planeamiento de Metas:

Complete esta actividad siguiendo cada uno de estos pasos:

- Usando la hoja informativa proporcionada identifique la meta apreciable a largo plazo que Ud tiene. Una buena meta apreciable a largo plazo puede ser algo como “Quiero obtener mi diplomatura,” o “quiero comprar un coche,” o “quiero casarme y tener 2 hijos.” Un ejemplo de una meta *que no se puede medir* sería, “quiero ser una mejor persona,” o “quiero ser más inteligente.” Para ser medible, debe haber un resultado específico que se puede ver, oír o, de alguna forma, medir. El “querer ser mejor persona” se convertiría en “quiero tener 4 amistades que visito al menos una vez por semana” (estar con amigos se puede ver y medir); el “querer ser más inteligente” se convertiría en, “¡quiero completar el nivel de experto en Sudoku!” (el hecho de completar un rompecabezas de Sudoku se puede ver y medir.)
- Cuáles son algunas metas o jalones de corto plazo que Ud necesita para lograr su meta? Anótelas en la hoja informativa que le fue proporcionada.
- A continuación, escriba algunos pasos que Ud puede tomar hoy día para avanzar hacia sus metas.
- Finalmente, qué obstáculos hay que le impiden lograr sus metas?

Ejemplo del Planeamiento de Metas: Los facilitadores deben dar ejemplos en una pizarra blanca o en un bloc de papel, paso a paso. Ud puede usar su propio ejemplo, o demostrar un ejemplo basándose en la meta de largo plazo proporcionada por el grupo. Más abajo Ud encontrará un ejemplo de las muchas maneras en que se puede completar este ejercicio.

Meta de Largo Plazo:

- Comprar un nuevo coche

Metas de Corto Plazo:

- Buen crédito
- Ahorros
- Licencia de conductor

Primeros Pasos:

- Pagar las cuentas a tiempo
- Poner \$25.00 en el banco cada vez que se recibe el sueldo
- Estudiar para el ensayo de conductor al menos 10 minutos todos los días

Obstáculos:

- Gastar demasiado en comida rápida y entretenimiento / Crear un presupuesto
- Estar acostumbrado/a de tardar en pagar las cuentas / Escribir las fechas de vencimiento en el calendario
- Falta de tiempo para estudiar el examen de conducir / Poner de lado 10 minutos todos los días durante el almuerzo para estudiar

Nota para los Facilitadores: Empiece explicando cuál es su meta de largo plazo, en este caso, comprar un coche. Explique las metas de corto plazo que se deben cumplir para alcanzar su meta de largo plazo, en este caso, tener buen crédito, ahorrar algún dinero, obtener una licencia de conductor. Siga explicando que para lograr estas metas de corto plazo, y por último la meta de largo plazo, se debe hacer algo de un modo regular, además de ciertas destrezas que se deben adquirir. Por ejemplo, se deben pagar las cuentas a tiempo para mejorar el puntaje del crédito, se debe poner dinero en el banco cada semana para ahorrar las cuotas mensuales del coche, y se debe estudiar para el examen de conducir para obtener la licencia de conductor.

Quizás le sea oportuno comentar que estos primeros pasos son equivalentes a los resultados/objetivos que discutirán más tarde en la clase.

A continuación discuta las cosas que pueden impedir que alguien alcance sus metas, como, gastar el dinero en otras cosas, tener la mala costumbre de no pagar sus cuentas a tiempo, o no tener tiempo para estudiar para su examen de conducir. Identifique algunas soluciones para estos obstáculos: crear y adherirse a un presupuesto, escribir las fechas de vencimiento en el calendario, poner tiempo de lado cada día para enfocarse en el manual del examen de conducir, etc.

Quizás le sea oportuno facilitar una discusión con los participantes y dejar que ellos identifiquen los pasos necesarios para enfrentar cada uno de los obstáculos. Quizás desee también comentar acerca de las acciones que podrían convertirse en resultados/objetivos para el individuo, o que pudiesen convertirse en acuerdos o tareas para el equipo, si este fuese un Individual Support Plan – ISP (Plan de Apoyo Individual) verdadero.

Díales a los participantes que ya han completado un proceso muy parecido al proceso ISP. El propósito del ISP es de identificar las metas del individuo, los pasos que serán necesario y cualquier barrera u obstáculo que enfrentan, y de cómo el individuo y el equipo han de enfrentar dichos obstáculos.

B. PLANES DE APOYO INDIVIDUAL

El Plan de Apoyo describe las metas y planes de esa persona y lo que obra en su favor. Eso puede incluir:

- Gustos y aversiones.
- Habilidades y necesidades especiales que la persona tiene en ciertas áreas como destrezas de la vida diaria.
- Problemas médicos, de comunicación y movimiento.
- Apoyos sociales y familiares.
- Requisitos de asistencia personal con los medicamentos, posibles riesgos a la salud y seguridad.
- Servicios y apoyos que la persona recibirá.

El propósito del planeamiento de apoyo es de asegurar que todos trabajan juntos para lograr las metas identificadas por el individuo que recibe el apoyo. El documento de planeamiento se convierte en la hoja de ruta de cómo se deben entregar los servicios y apoyos.

El Equipo del Plan de Apoyo:

El Plan de Apoyo se desarrolla durante la reunión del equipo el cual incluye al ser más importante, la persona a la que se da apoyo. El equipo debe también incluir a todas las personas que son importantes para tal persona y que pueden incluir:

- La persona que recibe el apoyo.
- Padre, madre o guardián.
- Coordinador de apoyo (case manager).
- Trabajadores de cuidado directo.
- Amigos, familiares, defensores, vecinos y otros, según sean invitados por el individuo y su familia.

Durante esta reunión, una meta o más de largo plazo importantes para esa persona y su familia será(n) identificada(s). Se identificarán a continuación, servicios, apoyos, acuerdos y tareas del equipo, resultados específicos, y otras acciones, basados en esta meta de largo plazo.

Todos los Planes de Apoyo:

- Son individualizados.
- Se desarrollan con la persona y, cuando sea apropiado, su familia.
- Documenta las fortalezas, requisitos y recursos del individuo.

C. FUNDAMENTOS DEL PLAN DE APOYO

Nota para los Facilitadores: Distribuya una copia en blanco del Plan de Apoyo Individual para que la clase la examine. Tome algunos minutos para indicar las siguientes áreas específicas del documento ISP.

¡Un plan de apoyo básico incluye ciertas informaciones de naturaleza crítica! Asegúrese, en particular, de revisar este documento y los datos enumerados más abajo, ¡para cada individuo que Ud apoya!

Preferencias y Visión del Futuro

La sección visión del futuro identifica las metas de 3 a 5 años de la persona, tales como sus relaciones, su participación en la comunidad, trabajo, educación, dónde la persona quiere vivir. Todo esto se basa en las metas de la persona y debe ser descrito en sus propias palabras.

La sección preferencias debe dar información al Direct Care Worker – DCW (trabajador de cuidado directo), acerca de qué motiva al individuo, qué actividades disfruta, y qué se debe evitar.

Resumen de la Evaluación del Equipo

El resumen de la evaluación del equipo proporciona al trabajador de cuidado directo una perspectiva general de las fortalezas y requisitos de apoyo, en áreas tales como la salud, aprendizaje, comunicación, destrezas sociales, cuidado propio, familia, etc.

La información de apoyo, incluye medicamentos, equipos adaptivos, y requisitos de la salud comportamental. La información en esta sección cambia rápidamente, así que asegúrese de verificar si se han actualizado.

Evaluación del Riesgo

La evaluación del riesgo identifica áreas de salud y seguridad acerca de las cuales el trabajador de cuidado directo o DCW debe estar al tanto. Algunos ejemplos incluyen, historia de ataques epilépticos, auto abuso, requisitos dietéticos, asfixia, etc.

Plan de Respaldo

El plan de respaldo debe enumerar nombres y números de contacto, para cuando el DCW no pueda proporcionar el apoyo contratado, además de los plazos de tiempo necesarios para cumplir los requisitos.

Las áreas enumeradas más arriba constituyen algunos ejemplos. Tareas de servicio de asistencia personal, logros, acuerdos del equipo, y demás documentación del plan también prestan apoyo al DCW.

- Cada individuo que recibe servicios a través de DES/DDD tiene un plan individualizado: un Individual Support Plan (ISP)(Plan de Apoyo Individual), o un Individualized Family Service Plan (IFSP)(Plan de Servicio Familiar Individualizado), usado para niños de 0-3 años de edad y sus familias. También quizás tengan un Person Centered Plan (PCP)(Plan Centrado en la Persona).
- El Plan de Apoyo proporciona los datos importantes que Ud necesita para hacer su trabajo.
- El Plan de Apoyo documenta los gustos, aversiones, requisitos individualizados y metas de la persona.
- El Plan de Apoyo se revisa en reuniones del equipo trimestrales y anuales con monitoreo continuo por parte del coordinador de apoyo.

Nota para los Facilitadores: El monitoreo continuo incluye informes del progreso alcanzado, revisión del monitoreo de la asistencia personal e informes de incidentes.

Los individuos se hacen cargo de su ISP y tienen el derecho de tomar decisiones y selecciones acerca de su vida, requiriendo la menor cantidad de asistencia de parte de la familia, guardianes y sistemas de apoyo.

No todos los apoyos deben ser escritos en planes de apoyo formales. El equipo debe también discutir tipos de apoyos informales en que la persona puede participar activamente y de forma significativa todos los días.

Los apoyos informales pueden ser varios y de amplia gama. Puede ser acceso a un teléfono móvil, de modo que la persona puede estar sola en la comunidad o permanecer en comunicación con las personas que le son significativas. Puede incluir comunidades espirituales, apoyos naturales, grupos sociales, apoyos en línea, etc. Los equipos que planean el apoyo deben ser creativos y flexibles al identificar las mejores maneras de ayudar a que una persona tenga éxito!

D. PAPEL QUE JUEGAN LOS MIEMBROS DEL EQUIPO Y SUS RESPONSABILIDADES

El Individuo

El individuo que recibe el apoyo es la persona central en cuanto al desarrollo del plan. Esa persona está allí para hablar de sus selecciones, esperanzas, sueños y posibles obstáculos. Sean cuales fuesen los posibles obstáculos a una participación, incluso edad, desarrollo cognitivo y capacidad de comunicación, esa reunión es para aquella persona. El plan pertenece al individuo. Los equipos quizás tengan que evocar su creatividad para satisfacer los requisitos de la persona y sus preferencias.

Gente importante para el individuo, incluso:

Familia

Dependiendo de los requisitos del individuo, la familia puede jugar un papel muy grande en el proceso del planeamiento. De hecho, si el plan es un IFSP, el proceso del planeamiento está centrado en la familia, y no simplemente en el individuo. Para otros planes, la participación de la familia varía de persona a persona. Si los miembros de la familia son legalmente responsables, deben formar parte del equipo de planeamiento.

Si la persona en cuestión es una persona adulta y legalmente responsable por sí misma, depende de él/ella a quién desea invitar. Los participantes del proceso de planeamiento de apoyo podrían incluir:

- Miembros de la familia
- Compañeros/as de vida/Esposo/a
- Amigos
- Otros defensores

Otros Miembros del Equipo

Otros miembros del equipo contribuyen en cualquier forma que refleja los mejores intereses de la persona apoyada. Eso podría incluir compartir los datos de la evaluación, defenderla, hacer recomendaciones y determinar los apoyos específicos y servicios que ayudarán a que la persona logre sus metas.

Direct Care Workers DCW (Trabajadores de Cuidado Directo)

Direct Care Workers – DCW (trabajadores de cuidado directo) apoyan el esfuerzo que las personas con discapacidades del desarrollo hacen por alcanzar sus metas y tratan de ayudarlas para que cumplan con las necesidades de la vida diaria. El plan de apoyo es la hoja de ruta de la persona que indica dónde la persona quiere ir y los pasos necesarios para llegar a ese lugar.

Antes de la reunión:

- Llegue a conocer a la persona y desarrolle una relación respetuosa.
- Ayude a que la persona piense qué quiere expresar en la reunión.
- Si es necesario, piense cómo puede ayudar a la persona para que participe en la reunión.
- Esté preparado para discutir los avances, desafíos, y cambios que han ocurrido a partir de la última reunión del equipo.

Durante la reunión:

- Sea profesional.
- Sea un participante positivo y activo.
- Diga lo que piensa y comparta lo que ha aprendido acerca de la persona.
- Dé su apoyo a la participación de la persona.
- Centre su enfoque en los deseos, capacidades y talentos de la persona.
- Sea un defensor.

Después de la reunión

- Implemente los apoyos esbozados en el plan.
- Ejecute las acciones para las cuales es responsable.
- Comuníquese con los otros miembros del equipo.
- Complete la documentación requerida.

Nota Facilitadora:

Termine la clase preguntando si alguien tiene alguna pregunta y agradeciendo a los participantes por haber asistido. Si el tiempo lo permite, quizás vale dar un resumen o una revisión más a fondo de los datos abarcados durante la clase. Si hay un entrenamiento adicional después de este módulo, éste sería un buen momento para tomar un descanso.

PRINCIPIOS DEL CUIDADO MÓDULO DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

CAPÍTULO NÚMERO 5: ABUSO Y NEGLIGENCIA

GUÍA PARA LOS FACILITADORES

CONTENIDO:

- A. Introducción
- B. Cómo informar sobre el abuso y la negligencia
- C. Definiciones del abuso y de la negligencia
- D. Cómo reaccionar al abuso y a la negligencia
- E. Recursos adicionales

Tiempo estimado para este capítulo: 2.5 horas

Materiales necesarios:

1. Guía para los Facilitadores
2. Guías para los Participantes
3. Tres piezas preparadas de papel de diario

COMPETENCIAS:

1. Cómo identificar señas y síntomas físicos cuando se sospecha abuso y/o negligencia.
2. Cómo identificar señas y síntomas comportamentales cuando se sospecha abuso y/o negligencia.
3. Cómo identificar señas ambientales cuando se sospecha que están posiblemente relacionadas al abuso y/o negligencia.
4. Cómo identificar qué información se necesita para informar cuando se sospecha abuso y negligencia.
5. Explique qué tiene que hacer si sospecha que hay abuso o negligencia.

TÉRMINOS CLAVE:

Abuso	Informe obligatorio
Adult Protective Services (APS)(Servicios Protectores de Adultos)	Negligencia
Child Protective Services (CPS) (Servicios Protectores de Menores)	Tratamiento abusivo
Explotación	Vulnerable

A. INTRODUCCIÓN

Nota para los Facilitadores:

Debido a que las personas con discapacidades han sido maltratadas por la sociedad a través de toda la historia, tomamos tiempo extra para asegurarnos de que los Direct Care Workers – DCW (trabajadores de cuidado directo) comprenden lo importante que es reconocer el abuso, la negligencia y la explotación (aprovecharse de una persona para obtener una ganancia propia).

Algunos niños y adultos con discapacidades del desarrollo son vulnerables. Eso requiere que los proveedores de apoyo y las familias estén conscientes de las señas y síntomas del maltrato y de la negligencia.

Las características que profundizan la vulnerabilidad de una persona incluyen:

- Incapacidad/Impotencia
- Dependencia
- Docilidad
- No ser capaz de prevenir, escapar o divulgar el abuso
- No ser propietario de su cuerpo
- Estar deseoso/a de formar parte del grupo
- Ser incapaz de aceptar o de reconocer las señas del abuso

Es mucho más probable que personas con discapacidades del desarrollo sean abusadas y tratadas con negligencia que la población en general. Es más probable que las personas con discapacidades tengan que atenerse a/al:

- Múltiples formas de abuso y negligencia
- Múltiples autores de abusos
- Abuso y negligencia a través de un largo período de tiempo
- Falta de un cuidado apropiado de la salud
- Uso inapropiado de medicamentos bajo receta (uso de medicamentos para someter o medicar demasiado a una persona)
- Declaraciones y comportamientos engañosos de parte de los proveedores de apoyo
- Uso de la discapacidad para explicar o minimizar el abuso
- Que se culpe al menor o adulto por los daños ocurridos
- Que se empañen las inquietudes acerca del menor o adulto por simpatía al proveedor de apoyo/cuidador
- Que personas en autoridad denieguen inquietudes e informes
- Múltiples contactos con proveedores del cuidado de la salud y otros profesionales, quienes no reconocen o reaccionan al abuso
- Que se ignoren, no se entiendan o interpreten mal las señas y los síntomas del abuso

Reimpreso a partir de "Responding to Maltreatment of Children with Disabilities," (Cómo reaccionar al Maltrato de Menores con Discapacidades), de Mary A. Steinberg, M.D. y Judith R. Hylton. Con el permiso del Oregon Institute on Disability & Development (Instituto sobre Discapacidad y Desarrollo de Oregón) en Oregon Health Services University (Universidad de Servicios de Salud de Oregón).

B. CÓMO INFORMAR SOBRE EL ABUSO Y LA NEGLIGENCIA

Todos los proveedores del cuidado de la salud, trabajadores sociales, y trabajadores de cuidado directo tienen una responsabilidad moral y legal de informar a los Child Protective Services (CPS)(Servicios Protectores de Menores), Adult Protective Services (APS)(Servicios Protectores de Adultos), o a la policía acerca de cualquier sospecha que se tenga de abuso, negligencia o explotación. Además de esta responsabilidad obligatoria de informar, cualquier inquietud que Ud tenga acerca del cuidado o tratamiento de la persona con la cual Ud trabaja debe ser comunicada a su patrón y a la DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo).

<p>Nota para los Facilitadores: Complemente este material con la sección acerca de cómo hacer un informe en Fundamentals, Capítulo 2, Asuntos Legales y Éticos.</p>
--

Leyes del Estado de Arizona sobre la Obligación de Informar

(Arizona Revised Statute 13-3620)(Estatuto Revisado de Arizona 13-3620)

“Toda persona que razonablemente cree que un menor es o ha sido víctima de un daño físico, abuso, abuso de menores, ofensa denunciante o negligencia, que parece haber sido infligida sobre el menor por otras causas que las accidentales...debe inmediatamente informar a un agente de policía o a los Servicios Protectores de Menores del Departamento de Seguridad Económica, o hacer que tanto aquel como éstos sean informados, a menos que el informe atañe a una persona que no tiene el cuidado, custodia o control del menor, en cuyo caso, el informe debe ser hecho solamente al agente de policía.”

(Arizona Revised Statute 46-454) (Estatuto Revisado de Arizona 46-454)

Obligación de informar acerca del abuso, negligencia y explotación de adultos vulnerables; obligación de hacer que los registros médicos sean disponibles; violación; clasificación

Cuando un médico, enfermera licenciada en enfermería, médico residente, cirujano, dentista, psicólogo, trabajador social, agente de policía, u otra persona con responsabilidad para el cuidado de un adulto vulnerable, tenga una base razonable para creer que ha ocurrido un abuso o negligencia con respecto a tal adulto, o que la propiedad del adulto ha sido explotada, debe informar inmediatamente o hacer que el informe llegue a manos de un agente de policía o

a un trabajador de los servicios protectores. El guardián o conservador de un adulto vulnerable debe inmediatamente hacer un informe o causar que se hagan informes de tal base razonable a la corte superior. Todos los informes mencionados se deben hacer inmediatamente en persona o por teléfono y se deben dar seguimiento mediante un informe escrito enviado por correo o entregado dentro de cuarenta y ocho horas o al día hábil siguiente, si las cuarenta y ocho horas expiran en un fin de semana o día feriado.

C. DEFINICIONES DEL ABUSO Y NEGLIGENCIA

Tratamiento Abusivo:

El tratamiento abusivo incluye, pero no se limita a lo siguiente:

- a. **El abuso físico** que consiste en infligir dolor o daño corporal a un individuo. Eso incluye pegar, patear, pinchar, abofetear, tirarle el pelo, o cualquier abuso sexual (incluso el roce inapropiado).
- b. **El abuso emocional** que incluye burlarse de o humillar a un individuo, hacer comentarios peyorativos o proferir maldiciones.
- c. **El abuso programático** que consiste en el uso de procedimientos o técnicas, que no forman parte del plan de apoyo/servicio o que se han prohibido.

Notas para los Facilitadores:

El abuso puede incluir cualquier cosa que a propósito daña la persona que recibe apoyo. Eso puede incluir daño físico tal como pegar, pinchar, patear, abofetear, tirarle el pelo, o infligir un asalto sexual. También puede incluir daño emocional, tal como soltar palabrotas, proferir maldiciones, humillar a una persona, o hacer que se sienta mal acerca de sí misma. El abuso también puede ocurrir cuando un DCW (trabajador de cuidado directo) viola el Artículo 9, por ejemplo, negándose a dar a la persona su merienda de la tarde porque la persona no comió todo el almuerzo.

Negligencia:

La negligencia es cuando se sigue un patrón de conducta sin el consentimiento informado de la persona, con el resultado de que se la priva de comida, agua, medicamentos, servicios médicos, albergue, aire acondicionado, calefacción, u otros servicios necesarios para que mantenga su salud física o mental.

También incluye:

- a. Descuidar intencionalmente las necesidades físicas del individuo, tal como no prestarle ayuda para que vaya al baño, darle un baño, darle comida, y seguridad.
- b. Dejar intencionalmente de informar al supervisor inmediato o a la enfermera si hay problemas médicos o cambios en la condición de la salud de la persona.

- c. Dormir en tiempo de servicio o abandonar la estación de trabajo (e incluso dejar a la persona sin supervisión).
- d. Dejar intencionalmente de seguir el plan de tratamiento recetado para la persona.
- e. Dejar de proporcionar la supervisión necesaria, apuntalar el cerco de la pileta de natación para que quede abierto, dejar de obedecer las leyes de tráfico o tomar otros riesgos innecesarios.

Notas para los Facilitadores:

La negligencia ocurre cada vez que un trabajador de cuidado directo, u otra persona responsable de un menor o adulto vulnerable, deja de cumplir con los requisitos de esa persona. Ejemplos de negligencia incluyen dejar de cumplir con los requisitos nutritivos, dejar de obedecer las órdenes del médico o las directivas del ISP, dormirse en tiempo de servicio, no asistir a la persona para que vaya al baño o con sus necesidades de higiene, no seguir las directivas del Artículo 9 (no seguir el acuerdo del servicio de asistencia personal, no cumplir con los requisitos de seguridad, no proporcionar la supervisión requerida, apuntalar el cerco de la pileta de natación para que quede abierto, dejar de obedecer las leyes del tráfico, o tomar otros riesgos innecesarios).

La explotación ocurre cuando un trabajador de cuidado directo u otra persona que es responsable de un individuo se lleva o usa el dinero, posesiones u otros recursos de esa persona para su propio beneficio.

Nota para los Facilitadores: Declare que el abuso y la negligencia pueden tomar muchas formas y que algunas veces puede ser difícil identificarlos como tales.

ACTIVIDAD:

Señas y síntomas del abuso y de la negligencia

Antes de clase, prepare tres grandes trozos del bloc de papel de diario o de otro tipo poniendo en la cabecera de cada uno lo siguiente:

- Señas físicas
- Señas emocionales/comportamentales
- Señas ambientales

Cuelgue los papeles en la pared, apóyelos contra soportes o de alguna otra forma haga que sean accesibles a la clase.

Haga que la clase trabaje en pequeños grupos o que cada persona pase a través de los tres “puestos” haciendo sesiones de lluvia de ideas y escribiendo en los papeles cuantos más ejemplos de señas de abuso y/o negligencia como puedan. Ud quizás deba dar un ejemplo o dos para lanzar a los grupos.

Una vez que los grupos o individuos hayan tenido la oportunidad de rotar a través de

cada uno de los blocs de papel de diario y añadir sus ideas, revise la información acumulada con el grupo entero. Asegúrese de proporcionar suficiente retroalimentación positiva para las respuestas proporcionadas. Si no aparecen en los papeles, Ud quizás desee incluir los ejemplos que se dan a continuación.

D. CÓMO REACCIONAR AL ABUSO Y A LA NEGLIGENCIA

Nota para los Facilitadores:

Revise con la clase uno o más de los escenarios de Abuso y Negligencia. (Los escenarios se encuentran en la sección Recursos para el Instructor al final de este capítulo). Esta actividad se puede hacer uno a uno, o si se tiene un grupo más grande, éste se deberá dividir en pares o en pequeños grupos para revisar el escenario. Pida que la clase identifique las distintas señas de abuso y negligencia dentro del (o de los) escenario(s).

Si se trabaja en pares o en grupos, se debe dar parte de cada escenario en voz alta al grupo entero. Esté pendiente del tiempo, pero gaste lo suficiente para asegurarse de que todos en la clase son capaces de identificar las características de las distintas clases de abuso.

Haga una transición a la siguiente sección diciéndoles algo como, “en vista de que nuestra obligación es informar, tenemos ciertas responsabilidades cuando sospechamos que hay abuso o negligencia”. Ud quizás desee preguntar al grupo que comparta lo que ya sabe acerca de la obligación de informar.

Cómo informar sobre el abuso y la negligencia

Si se sabe o sospecha que han ocurrido abusos y/o negligencia es obligatorio informar a los:

Adult Protective Services (Servicios Protectores de Adultos)(si la persona tiene 18 años o más)
1-877-767-2385

Child Protective Services (Servicios Protectores de Menores)(si la persona tiene 17 años o menos)
1-888-767-2445

Se debe completar el informe escrito de DES/DDD configurado como Informe del Incidente (véase el capítulo sobre Informes de Incidentes).

El dejar de informar un abuso o negligencia también se puede considerar un abuso con consecuencias que pueden incluir:

- Despido
- Multa
- Encarcelamiento

Nota para los Facilitadores:

Se debe informar inmediatamente a los Child Protective Services (Servicios Protectores de Menores) toda sospecha de abuso o negligencia (si el individuo tiene 18 años o menos) o a los Adult Protective Services (Servicios Protectores de Adultos) (si la persona tiene 18 años o más). Es su responsabilidad según la ley, lo que significa que es su obligación, informar directamente **o asegurarse de que** se ha hecho un informe al Child Protective Services (CPS)(Servicios Protectores de Menores) o al Adult Protective Services (APS)(Servicios Protectores de Adultos), si Ud sospecha que la persona que Ud apoya está siendo abusada, descuidada o alguien se aprovecha de ella (explotación). Se debe completar además un informe del incidente a la DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo). Es posible que se requieran seguimientos adicionales.

Se recomienda enfáticamente y se prefiere que los DCW (trabajadores de cuidado directo) hagan informes inmediatos de toda sospecha de abusos o negligencias directamente al CPS, APS, o agentes de policía. Si los alegatos se presentan a un supervisor de la agencia, ese último deberá llamar y dar el informe obligatorio; sin embargo sigue siendo la responsabilidad del DCW (trabajador de cuidado directo) de asegurarse que el informe se haga lo más pronto posible.

Toda vez que se sospecha y/o se observa abuso o negligencia, se debe informar inmediatamente al:

**Coordinador de apoyo de DES/DDD
Servicios Protectores de Menores (menores de 18 años o menos)
O Servicios Protectores de Adultos (adultos de 18 años de edad o más).**

Eso incluye abusar, infligir daño físico, negar o privar a un menor de una cirugía o abuso, negligencia o explotación de un adulto discapacitado o vulnerable

**Child Protective Services
Número para Informes de 24 horas
1-888-767-2445**

**Adult Protective Services
Número para Informes de 24 horas
1-877-767-2385**

Como informador obligatorio, el DCW (trabajador de cuidado directo) tiene la responsabilidad de asegurar que se ha dado un informe al Child Protective Services (Servicios Protectores de Menores) o al Adult Protective Services (Servicios Protectores de Adultos) dependiendo de la edad de la persona.

Qué se debe informar	
El abuso o negligencia de un menor	El abuso o negligencia de un adulto vulnerable
Nombre del menor	Nombre del adulto
Dirección del menor	Nombre de la persona responsable – si se trata de alguna persona aparte del individuo
Nombre de los padres o persona responsable	Edad del adulto
Edad del menor	Índole y grado de su vulnerabilidad
Índole y grado de los daños sufridos o de la negligencia	Índole y grado de los daños sufridos, negligencia o explotación
Cualquier evidencia de daños o negligencia previos	Otros datos que puedan ser útiles para investigar el caso
Cualquier otra información que pueda ser útil para investigar el caso	Otros datos según requisito
Otros datos según requisito	
Cuándo dar un informe	
Toda vez que Ud esté inquieto/a acerca de la salud y seguridad inmediata de la persona a la que Ud está dando apoyo, llame a la comisaría/agencia de policía!	
DÉ un informe INMEDIATAMENTE al trabajador local de los Child Protective Services (Servicios Protectores de Menores)	DÉ un informe INMEDIATAMENTE al trabajador local de los Adult Protective Services (Servicios Protectores de Adultos).
Someta un informe escrito (informe de incidente serio) a la DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo) dentro de un día hábil.	Someta un informe escrito (informe de incidente serio) a la DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo) dentro de un día hábil.

Medidas a tomar si Ud sospecha abuso y/o negligencia

Si Ud sabe o sospecha que una de las personas que Ud apoya está siendo abusada o descuidada, éstas son las medidas que Ud debe tomar:

Proteger a la persona.

Nota para los Facilitadores: Proteger a la persona no quiere decir intervenir físicamente en contra de otra. El DCW (trabajador de cuidado directo) debe cuidar de no ponerse en una situación peligrosa.

Proteger a la persona puede incluir llamar a la policía para que se haga cargo de la situación. Incluso puede incluir quedarse con la persona hasta que se pueda asegurar su seguridad.

Informe a su supervisor verbalmente.

Nota para los Facilitadores: El informe verbal es una cortesía para su empleador y no cumple con el propósito del requisito del informe obligatorio.

Escriba un Informe del Incidente.

Nota para los Facilitadores: Éste es un buen momento para distribuir o mostrar el formulario del Informe del Incidente. La siguiente sección abarca todos los datos que se deben incluir en el informe. Ud quizás quiera incluir una discusión acerca de cómo cabe el formulario del Informe del Incidente en la secuencia de comunicación de informes a la DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo), a la persona responsable, a los CPS o APS, para cumplir los requisitos del informe obligatorio.

Participe en el proceso de investigación según se lo pidan.

Nota para los Facilitadores: Participar en la investigación incluye compartir lo que sabe con su agencia, la DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo), y los Child or Adult Protective Services (Servicios Protectores de Menores o Adultos). También significa no hablar acerca de los alegatos de abuso o negligencia con otras personas que no forman parte del equipo de investigación.

Recuerde, el abuso y la negligencia se prohíben en todos los servicios y programas operados o apoyados por DES/DDD -- Department of Economic Security/Division of Developmental Disabilities (Departamento de Seguridad Económica/División de Discapacidades del Desarrollo), y cualquier persona que lo hace está sujeta al despido y a ser enjuiciada.

Nosotros, como DCW (trabajadores de cuidado directo), hemos sido identificados por la ley como informadores obligatorios. Eso significa que tenemos la obligación legal de informar toda vez que tenemos una sospecha razonable de que ocurre algún abuso, negligencia o explotación.

**¡IMPORTANTE! ¡Su *deber* es informar!
¡Ud no es la persona que efectúa la
investigación! Con dar a conocer sus
inquietudes Ud ha hecho su deber. No
es necesario que Ud haga seguimiento a
todos los alegatos. En efecto, ¡a Ud no
se le permite hacer ninguna
investigación! Aunque pueda crear una
confusión o alteración temporaria, el
beneficio a la persona que Ud apoya es
lo principal. Ud hizo su deber, y debe
tener confianza de que está haciendo lo
que debe de su parte.**

E. RECURSOS ADICIONALES PARA LOS PARTICIPANTES

Las señas físicas del abuso o negligencia pueden incluir:

- Moretones
 - En distintas partes del cuerpo
 - De formas inusuales (alrededor del brazo o en la forma de una mano u objeto)
 - Inesperadamente grandes
 - Frecuentes, de gran número
 - En lugares inusitados
 - En distintas etapas de curación
- Quemaduras
 - De formas inusuales
 - Inesperadamente grandes
 - En lugares inusitados
- Cortes / Abrasiones
- Fracturas
- Cualquier rompedura de huesos en la cara, mandíbula, o cráneo debe ser considerado sospechoso además de fracturas en espiral de los huesos largos
- Pobre higiene
- Dolor vaginal/rectal
- Problemas con los medicamentos
- Deshidratación
- Desnutrición
- Quemadura de sol
- Enfermedades frecuentes/enfermedades relacionadas con el estrés
- Enfermedad de largo plazo sin tratamiento
- Infecciones de la piel
- Enfermedades transmitidas sexualmente en una persona que se sabe que no es sexualmente activa
- Embarazo en una persona que se sabe que no es sexualmente activa
- Desnutrición
- Falta de medrar
- Frecuentemente aparenta estar sucio/a
- Olor corporal
- Dientes pudridos

Señas comportamentales del abuso o negligencia pueden incluir:

- Evitar estar con miembros de la familia, amigos o trabajadores de cuidado
- Demoras en buscar tratamiento
- Regresión / Deterioración de las destrezas
- Incontinencia (falta de control de la vejiga)
- Temor de una persona específica o de un lugar específico
- Temor de ser tocado/a
- Asustarse / Reaccionar con sobresalto
- Cambio significativo del interés en actos sexuales
- Cambios de costumbres al comer
- Cambios de costumbres al dormir
- Retraimiento
- Depresión
- Expresión de pobre auto estima y auto imagen
- Criticarse demasiado a sí mismo/a y a los demás
- Comportamiento que va de un extremo al otro
- Cambios repentinos e inexplicables del comportamiento
- Informar abuso y/o negligencia
- Escaparse
- Pasarse de la raya en las relaciones con los demás
- Pobres relaciones con sus semejantes
- Estar desconsolable
- Temor vagamente expresado de estar en un ambiente abusivo
- Perfeccionismo
- Pérdida de la alegría, del deseo de divertirse
- Promiscuidad, prostitución
- Vestirse con muchas prendas
- Juegos simbólicos, obras de arte, y/o cuentos violentos

Señas ambientales del abuso o negligencia pueden incluir:

- Falta de necesidades como comida, agua, calefacción, aire acondicionado
- Falta de servicios, tales como del agua, del gas, o de la electricidad
- Falta de espacio adecuado
- Falta de ventilación
- Infestaciones de animales o insectos
- Condiciones inseguras debido a la falta de mantenimiento, por ejemplo, cables desnudos, toma de corriente al descubierto, tuberías rotas, etc.
- Mugre, incluso basura, excrementos humanos o de animales, comida podrida, etc.
- Ropa sucia y sin reparar
- El individuo tiene responsabilidad muy por encima de lo justo y apropiado en vista de su desarrollo
- Los cuidadores no se pueden encontrar en casos de emergencia
- El individuo deja de ir a la escuela o a los programas sin explicación
- Ambiente de mal olor
- Los animales del entorno están abandonados y/o abusados

RECURSOS PARA EL INSTRUCTOR

Escenarios:

Chelsea tiene ataques epilépticos. Su familia es muy desorganizada y a menudo se olvida de darle los medicamentos recetados para sus ataques. A veces sus medicamentos bajo receta no se llenan a tiempo. Tiene ataques epilépticos frecuentes y a consecuencia tiene cicatrices en la cara y le faltan dientes. Hace un mes, Ud mencionó a la familia que quizás Chelsea debería ir al médico para verificar los niveles de sus medicamentos. La familia estuvo de acuerdo pero no la llevaron todavía. Hoy día Ud ha tenido que llamar al 911 cuando tuvo un ataque epiléptico.

La situación de Chelsea constituye una negligencia médica.

Esteban es un muchacho de 15 años con síndrome de Down. A causa de un abuso previo, tiene severos arrebatos comportamentales que incluyen pegar y morder a los demás. Toma Clonidine que, entre otros efectos, actúa como sedativo. Ud nota que su cuidador le ha estado dando el doble de la dosis porque se torna pasivo y duerme la mayoría del tiempo.

La situación de Esteban constituye un abuso de los tratamientos recetados.

Joey, niño de 4 años de edad, tiene síndrome alcohólico fetal y demoras en su desarrollo. Ud vio un moretón en su cara y cuando le preguntó al cuidador qué pasó ella empezó a dar muchos detalles acerca de los efectos del síndrome alcohólico fetal y cómo constantemente se topa contra objetos haciéndose daño. No explicó qué pasó para que tuviera un moretón en la cara.

La situación de Joey es una en que el cuidador usa la discapacidad del menor para explicar la lesión.

Randy es un muchacho de 25 años de edad con parálisis cerebral que vive con su hermano mayor. Ud recién empezó a trabajar con él. Ud nota que su casa está muy sucia y que no hay comestibles en la heladera y en la alacena. Parece que Randy no ha estado bien vestido y fuera de la cama por mucho tiempo. No tiene ropa limpia. Al ayudarlo Ud ve que tiene una llaga por presión muy mala. Después que se vistió, Ud le preguntó si quiere ir al almacén. Randy dice que su hermano se lleva el cheque mensual y que nunca tiene dinero. Ud le pide al hermano que le dé plata para comprar comestibles y él le dice que se vaya y no vuelva nunca más.

La situación de Randy es una de posible negligencia y explotación.

Sandy es una muchacha de 15 años diagnosticada con autismo. Usa gestos y vocalizaciones para comunicarse. Hace bastante tiempo que Ud ha notado que Sandy parece atemorizada y no quiere que la toquen cuando Ud la ayuda a darse una ducha. En días recientes se niega absolutamente a entrar en el recinto de la ducha. Al ayudarla a cambiar, señala a sí misma y se pone a llorar. Ud no se siente cómoda preguntándole a la familia qué es lo que está pasando.

Sandy está mostrando señas de un posible abuso físico y/o sexual.

Ud trabaja con una madre joven y simpática que está pasando por unos malos ratos. Ud piensa que quizás tenga problemas de abuso de sustancias químicas. Tiene 4 niños. Ud trabaja con el niño mayor que tiene 7 años de edad. Ella tiene un nuevo novio y le ha pedido a Ud que le cuide los niños así puede descansar y salir con el novio. A Ud le dio pena la situación de la madre así que se puso de acuerdo en ayudarla. Ahora son las 11 de la mañana del día siguiente y no hay comida para los niños. La madre había quedado en volver a la 11 de la noche anterior y ahora no está respondiendo a su teléfono móvil. Ud no puede ponerse en contacto con ninguna persona en su agencia.

Éste es un ejemplo de abuso y negligencia programáticos.

Partes reimprimadas a partir de "Responding to Maltreatment of Children with Disabilities" (Cómo reaccionar al maltrato de menores con discapacidades)

Mary A. Steinberg, M.D. y Judith R. Hylton

Con permiso del Oregon Institute on Disability & Development (Instituto de Discapacidad y Desarrollo de Oregón) en Oregon Health Services University (en la Universidad de Servicios de Salud de Oregón)

PRINCIPIOS DEL CUIDADO MÓDULO DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

CAPÍTULO NÚMERO 6: INFORMES DE INCIDENTES

GUÍA PARA LOS FACILITADORES

CONTENIDO:

- A. Clases de Incidentes
- B. Informes de Incidentes
 - 1. Fundamentos: El propósito del informe de incidentes
 - 2. Medidas a tomar cuando ocurre un incidente
 - 3. Informe de medidas de emergencia
 - 4. Al completar un informe de incidentes

Tiempo estimado para este capítulo: 1.5 horas

Materiales necesarios:

- 1. Guía para los Facilitadores
- 2. Guía para los Participantes
- 3. Formulario del Informe de Incidentes (Incident Report Form -- DD-191 FF 5-10)

COMPETENCIAS:

(SABER O PODER:)

1. Identificar ejemplos de incidentes que se deben informar.
2. Enumerar las medidas que un DCW (trabajador de cuidado directo) debe tomar cuando ocurre un incidente.
3. Enumerar quién debe ser notificado acerca de un incidente.
4. Identificar los plazos necesarios dentro de los cuales se debe informar sobre el incidente.
5. Identificar los elementos esenciales para documentar el informe de incidentes.

TÉRMINOS CLAVE:

Medida de emergencia

Incidente serio

Incidente

Informe verbal

Informe del Incidente

Escrito con imparcialidad

A. CLASES DE INCIDENTES

Un incidente es un acontecimiento o eventualidad que tiene la posibilidad de afectar la salud y el bienestar de un individuo, su familia, el estado de Arizona, el proveedor del servicio o la comunidad. Por lo tanto, puede incluir situaciones que posiblemente se consideren de interés periodístico y/o resulten en que el estado de Arizona o el proveedor de servicios incurran una responsabilidad legal. Un incidente consiste **en cualquier cosa** que pudiese afectar negativamente a la persona, al proveedor o a la División. **Es obligatorio dar informes de incidentes.**

Algunos incidentes se consideran de naturaleza “seria” y tienen mayor prioridad de notificación. Si alguna vez Ud no está seguro/a si el incidente es o no serio, simplemente notifique de inmediato a su supervisor y él/ella le ayudará a determinar qué procedimiento de notificación a seguir.

Nota para los Facilitadores:

Pida que el grupo diga en voz alta qué a su ver se considera un simple incidente o un incidente serio, basándose en la discusión hasta ahora. Proporcione refuerzos positivos para todas las repuestas. Termine la sesión diciendo que nuestro lema es: “¡Si tiene dudas, llene el informe!”

TEMA PARA DISCUSIÓN: ¿Qué es un incidente?

Nota para los Facilitadores:

Diga que hay veces cuando es obligatorio completar un informe; la segunda parte de este capítulo trata de cuándo se debe presentar un informe. Revise las dos listas más abajo según sea necesario para abarcar los temas que no surgieron anteriormente durante la discusión. También refiérase a la información sobre informes en la sección Fundamentos del curso: capítulo 2 – Cuestiones Legales y de Ética (informes obligatorios, HIPAA); capítulo 6 – Observar, Documentar e Informar, y capítulo 9 – Procedimientos en caso de Incendios, Seguridad y Emergencias.

Clases de Incidentes - Ejemplos

Los incidentes pueden incluir, pero no se limitan a lo siguiente:

- Muerte de una persona.
- Situaciones posiblemente peligrosas debido a que se ha tratado con negligencia a una persona.

- Alegatos en que se sospecha abuso sexual, físico, programático, o verbal/emocional.
- Desaparición de una persona.
- Daños accidentales que pueden o no resultar en una intervención médica.
- Violación de los derechos de una persona.
- Fraude (por ejemplo: falsificación de las hojas de horarios).
- Quejas acerca de un hogar de cuidado en grupo o acerca de alguien que vive en el mismo.
- Alegatos de conducta sexual inapropiada.
- Circunstancias que amenazan la salud, seguridad o bienestar de las personas, tal como la pérdida del aire acondicionado, del agua o de la electricidad.
- Uso de técnicas del manejo del comportamiento que no forman parte del plan de mejoras del comportamiento.
- Robo o pérdida del dinero o propiedad de una persona.
- Uso de medidas de emergencia según definidas por el Artículo 9.
 - Técnicas del manejo físico empleadas en una emergencia para manejar un comportamiento repentino, intenso o incontrolable.
- Problemas con medicamentos.
- Perturbaciones de la comunidad que quizás arriesguen a la persona o al público.
- Enfermedad o daños severos relacionados al trabajo.
- Amenazas dirigidas a los empleados o propiedad de la División o del proveedor y accidentes que no involucran al consumidor o al empleado y que acontecen en propiedades estatales o pertenecientes al proveedor.
- Hospitalización o visita a la sala de emergencia debido a una enfermedad, daño o error de medicamento.
- Condiciones climáticas inusuales u otros desastres que resultan en cambios de emergencia de las operaciones.
- Uso de drogas por parte del proveedor.

Incidentes Serios

Los incidentes serios requieren inmediata notificación a la DDD-- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo). La División interpreta la palabra "inmediatamente" como la primera oportunidad permisible que no arriesga indebidamente al cliente o al personal, según se aplique a la situación. La notificación debe ser efectuada dentro de las 24 horas de ocurrido el incidente. Si alguien en su agencia no está disponible, Ud debe notificar al coordinador de apoyo de la División; verifique la política de su agencia acerca de las notificaciones. Es obligatorio además que el DCW (trabajador de cuidado directo) informe también a los servicios protectores apropiados y a la policía si se sospechan incidentes de abuso o negligencia.

Los incidentes serios pueden incluir, pero no se limitan a:

- Todas las muertes.
- Todos los alegatos en que se sospecha abuso y negligencia.
- Toda situación que consiste en una amenaza seria e inmediata al bienestar físico o emocional de una persona o miembro del personal.
- Todo serio daño personal – daños físicos que crean un riesgo razonable de mortalidad, desfiguración seria o permanente, o seria discapacidad en la salud del cliente.
- Toda situación en que una persona, que no puede permanecer sin supervisión en su propio domicilio o en la comunidad, se escapa o ha desaparecido.
- Daño a la propiedad cuyo valor estimado sobrepasa los \$10,000.
- Toda situación que involucra el robo o pérdida del dinero o propiedad de una persona de más de \$1000.
- Toda situación que involucra informar a la policía porque una persona suscrita a la División ha desaparecido o se encuentra en peligro inminente.
- Toda situación que involucra informar a la policía sobre la posesión y/o uso de sustancias ilegales por parte de individuos, el personal o los proveedores.
- Toda situación que resulta en una llamada al 911 debido a un intento de suicidio por parte de un individuo.
- Toda situación que involucra un incidente o queja por parte de la comunidad que es o será parte de las noticias en primer plano del diario, de la radio o televisión.

Su empleador quizás quiera también dar informes de daños a cualquier clase de propiedad u otras situaciones “fuera de lo común.” Su agencia es la que determinará si estos incidentes se clasifican como serios o no.

Nota para los Facilitadores:

Discuta la idea que la diferencia entre un incidente y un incidente serio es la severidad del mismo. Típicamente, los incidentes son menos serios que los incidentes serios e involucran menor prioridad. Los informes de medidas de emergencia son los que más se parecen a los incidentes serios, pero incluyen algunos requisitos de información adicionales.

B. INFORMES DE INCIDENTES

1. Fundamentos: El propósito del informe de incidentes

Notas para los Facilitadores:

Pídales a los participantes que discutan muy rápido con la persona a su lado porqué tiene importancia el informe de incidentes. Después de darles un poco de tiempo para discutirlo, pida que los participantes compartan en voz alta las razones por las cuales el informe de

incidentes pueda tener importancia para la persona que apoyan. Quizás Ud quiera escribir sus respuestas en la pizarra blanca o en el bloc de papel de diario. Luego repita el proceso, preguntándoles porqué los informes de incidentes quizás puedan tener importancia para ellos mismos como empleados o contratistas, para sus patrones, para el estado de Arizona, etc. Una vez que las respuestas se vuelven repetitivas o las áreas principales del tema hayan sido abarcadas, enfatice que los informes de los incidentes son valiosos de muchas distintas maneras, pero principalmente según se detalla a continuación.

- Como herramienta de comunicación.
- Como modo de proteger al DCW (trabajador de cuidado directo).
 - Un informe del incidente protege al DCW (trabajador de cuidado directo), a la agencia para la cual trabaja, y al estado de Arizona, asegurando que todas las respuestas al incidente se han documentado.
- Como modo de promover la salud y la seguridad.
 - Un informe del incidente asegura que se han enfrentado problemas que podrían afectar de modo adverso a la persona.
- Como método de acumular datos de tendencias.
 - Informes de incidentes ayudan a la familia y al equipo a ver patrones y actúan como un registro de incidentes y acontecimientos. Eso puede beneficiar a la familia y al equipo para que enfrenten futuros eventos provocadores o patrones de problemas parecidos a los que ya han ocurrido.
- Como modo de reducir la probabilidad de repeticiones.
 - Permite que la familia y el equipo enfrenten áreas de problemas. Por ejemplo, si una persona se golpea las piernas en la espinilla al levantarse de la cama, quedando herida y dolorida, un informe de incidentes hará saber a todo el mundo que hay un problema con la cama, o con la disposición de los muebles en la habitación, para que se pueda hacer un cambio.
- Como modo de proporcionar comunicación entre las partes responsables, la DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo, la agencia proveedora y el DCW o trabajador de cuidado directo).
- Como herramienta de notificación sobre asuntos inquietantes que requieren seguimiento.
 - Sin un informe de incidentes, la gente que está en posición de hacer una diferencia quizás no tenga toda la información que necesita para actuar. El

informe de incidentes permite que la agencia proveedora, el estado de Arizona, además de la persona responsable y la familia (de ser el caso) tomen las medidas necesarias para resolver el problema o la cuestión.

HOJA INFORMATIVA:

Dé a cada participante una copia del “incident report form - DD-191 FF (5-10)” (formulario del informe de incidentes). Revise con ellos cada uno de los elementos que componen ese formulario para asegurarse de que los participantes de la clase se han familiarizado con su diseño y contenido.

ACTIVIDAD:

- Haga que los participantes trabajen en parejas o en pequeños grupos.
- Distribuya un ejemplo de escenario a cada grupo.
 - Muestras de escenarios se encuentran en la sección “Recursos” al fin de esta Guía para los Facilitadores.
 - No es necesario usar cada escenario. Elija el que le parece más beneficioso y significativo para esta clase en particular.
- Haga que los grupos discutan la clase de informe (si lo hubiese) que cada escenario requiere.
- Haga que los grupos compartan sus escenarios, la clase de informe que identificaron para aquel escenario y porqué lo eligieron.

2. Medidas a tomar cuando ocurre un incidente

“En caso de duda, llene el formulario.”

En caso de enfrentar una situación que se pueda considerar un incidente, siga estas medidas:

- Ante todo, tome toda acción necesaria para resolver cualquier tipo de emergencia y asegurar la salud y seguridad de cada individuo involucrado. Eso puede incluir llamar al 911 o tomar otras acciones de emergencia.

En caso de incidentes:

- Complete un informe escrito del incidente lo más pronto posible, pero siempre antes de terminar su día de trabajo.
- La agencia proveedora debe proporcionar un informe escrito a la DES—DDD del distrito antes del cierre del siguiente día hábil. Ud, el DCW (trabajador de cuidado directo) posiblemente deba responsabilizarse de enviarlo, o su supervisor/a quizás le pida que Ud se lo entregue para que él/ella lo envíe.

- Una copia del informe también deberá ser enviada a la persona responsable si la hubiese. Otra vez más, Ud posiblemente deba responsabilizarse de enviarla, o su supervisor/a quizás le pida que Ud se la entregue para que él o ella la envíe.

En caso de incidentes serios:

- Complete un informe escrito del incidente serio lo más pronto posible, pero siempre antes de terminar su día de trabajo.
- La agencia proveedora debe proporcionar un informe verbal y escrito a la División.
- **Dentro de 24 horas** de un incidente serio, se deben tomar las siguientes medidas:
 - El proveedor del servicio debe dar un informe verbal del incidente al DES/DDD del Distrito. Existen sistemas de información después de hora si el incidente ocurre después de las horas de trabajo o durante el fin de semana.
 - Un informe escrito debe ser completado y sometido al DES/DDD del Distrito dentro de 24 horas de ocurrido el incidente.
 - Se debe hacer una notificación a la persona responsable (guardián, miembro de la familia, etc.) dentro de 24 horas.

Nota para los Facilitadores: La persona responsable quizás sea un guardián o un miembro de la familia y debe ser notificada a menos que se haya indicado de otro modo en el Individual Support Plan (ISP)(Plan Individual de Apoyo). Los administradores de la Agencia quizás hagan esta notificación, o quizás sea hecha por el coordinador de apoyo de DES/DDD. A veces, es posible que se le pida al proveedor de apoyo directo que haga la notificación.

3. Informe de medidas de emergencia

Cuando se usa una técnica de emergencia de manejo físico para controlar un comportamiento repentino, intenso e incontrolable, la persona que emplea esa medida debe:

- Inmediatamente informar a DES/DDD y a la persona responsable de las circunstancias de la medida de emergencia.
- Después de llamar a las personas mencionadas más arriba, dentro de un día hábil, someta un informe detallado y completo por escrito de las circunstancias de la medida de emergencia, el cual se debe enviar al Coordinador de Apoyo y al District Central Reporting Site (emplazamiento central de informes del distrito).
- La responsabilidad del DCW en este caso es de asegurar que la notificación inmediata se hace y que el informe de incidentes se escribe lo más rápido posible dentro de los límites de la seguridad y prudencia, pero siempre antes de que termine su turno.

DES/DDD interpreta el término “inmediatamente” como la primera oportunidad permisible que no arriesgue indebidamente al cliente o al persona, según sea la situación, y sin exceder las 24 horas.

En su informe de medidas de emergencia Ud necesita incluir la siguiente información:

- Todas las intervenciones usadas antes de que la medida de emergencia fuese implementada.
- Una declaración de cómo el comportamiento del individuo presentaba un peligro inminente (de posible daño a sí mismo y a otros, o daño serio a la propiedad).
- Que el comportamiento mostraba continuidad o probabilidad de continuidad (la intensidad iba a continuar si Ud no intervenía).
- Información acerca de cualquier daño que pudo haber ocurrido y las medidas de cuidado que se tomaron para cuidar del mismo.

Notas para los Facilitadores:

Enfatice la siguiente información: Estos requisitos de notificación se aplican sin tomar en cuenta la hora del día o el día de la semana en que ocurre el incidente. Hay sistemas de notificación después de hora para incidentes que ocurren después de hora o en los fines de semana.

NOTA: Ya que este proceso tiende a variar de distrito a distrito, Ud como el /la facilitador/a debe estar al tanto acerca del proceso usado en el distrito en que está enseñando y en el cual el trabajador de cuidado directo será empleado.

Las medidas de emergencia deben ser usadas de acuerdo a las directivas indicadas en el Artículo 9. Ud, como facilitador/a, debe familiarizarse con esas directivas para asegurarse de que puede responder a cualquier pregunta que le hagan. Algunos datos de las medidas de emergencia se han incluido en la sección de recursos de esta guía para los facilitadores.

4. Al completar un informe de incidentes

Todos los informes de incidentes deben ser:

- Completados en tinta azul o negra. Su agencia quizás le pida que use un color específico.
- Corregidos con exactitud.
 - Si Ud comete un error, tache una línea solamente a través del error y ponga sus iniciales y la fecha en que se hizo el cambio.
 - Nunca garabatee por encima del error.

Capítulo 6: Informes de incidentes

- Nunca use tinta o cinta de corrección sobre un formulario del informe de incidentes.
- Nunca borre nada en el informe de incidentes.
- Escriba claramente, imparcialmente y en el orden de lo acontecido, sin referir a su propia opinión. Tome en cuenta que estos informes se hacen disponibles a la familia/guardianes y que se consideran documentos legales. La palabra “Imparcial” significa que Ud menciona hechos, no opiniones.

Nota para los Facilitadores: Enfatique que cuando se escribe con imparcialidad, el autor debe declarar sólo los hechos que él mismo sabe. No deben incluir ninguna opinión.

Un buen ejemplo:

La radio estaba puesta y se oía música en la sala de estar. Sally salió de su cuarto y declaró “esa música me molesta. Por favor apáguela.”

No escriba:

Sally salió de su cuarto furiosa porque no le gustaba el canto que jugaban por la radio y exigió que la apagase. Estaba realmente enojadísima.

Todos los informes de incidentes deben:

- Incluir datos demográficos tales como:
 - Nombre completo
 - Dirección
 - Fecha de nacimiento
 - Número de identificación
- Incluir los nombres y títulos de los DCW (trabajadores de cuidado directo) que fueron testigos del incidente o que estuvieron involucrados en el mismo.
- Incluir una descripción del incidente con todos los hechos conocidos, lugar, fecha y hora en que ocurrió el incidente.
- Incluir las causas del daño (si lo hubiese).
- Declarar si la persona responsable fue notificada o no y, si no lo fue, por qué razón.
- Incluir si alguien se puso en contacto con la policía o los servicios protectores de adultos/menores o los servicios sociales de la tribu.
- Incluir la firma y el nombre, tanto de la persona que completó el informe como los de su supervisor/a, además de cualquier otro comentario adicional.

- Ser completados para cada persona involucrada en el incidente sin violar la confidencialidad de los demás individuos.
- Ser mantenidos por la agencia proveedora y por el coordinador de apoyo de la DDD - Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo).

Si más de un individuo, que recibe servicios a partir de la DDD, está involucrado en el incidente, escriba un informe separado para cada persona. Use solamente el nombre del individuo para el cual se escribe el informe. Refiérase a las demás personas de forma genérica, por ejemplo, compañero de piso, compañero de cuarto, semejante, amigo, etc.

ACTIVIDAD:

Para asegurarse de que los participantes dominan el tema de la oportunidad de completar la actividad enumerada más abajo.

- Divida la clase en parejas o en pequeños grupos.
- Proporcione un distinto ejemplo de incidente a cada grupo. Hay muestras de escenarios en la sección de recursos de esta Guía para los Facilitadores.
- Haga que los participantes trabajen en parejas o en pequeños grupos y escriban un informe de incidentes con base en la información proporcionada.
- Discuta con los participantes qué clase de informe habían identificado y facilite la discusión acerca de la clase de informe que cada grupo había identificado y los criterios para que cupiese en la categoría identificada.
- Pida que los grupos intercambien sus informes.
- Prepare el paso siguiente recordando a los grupos que esta es una actividad educacional y que deben permanecer positivos con sus comentarios al respecto.
- Haga que los grupos proporcionen retroalimentación escrita en la sección “COMENTARIOS/ACCIÓN CORRECTIVA” del informe de incidentes, enfocando en las tres maneras en que el informe se podría hacer con más claridad y en los tres mejores elementos que ya tiene. Enfatice que la retroalimentación debe ser constructiva y positiva.
- Haga que los grupos continúen intercambiando informes hasta que cada grupo reciba su informe original de vuelta. Recuerde a los grupos que la retroalimentación se ha diseñado para ayudarles a aprender y que deben tomar todo lo que sea útil de la retroalimentación y usarlo para mejorar sus futuros informes. Si no están de acuerdo con la retroalimentación que recibieron, está bien.
- Pregunte si los grupos tienen alguna duda o necesitan alguna clarificación sobre el informe que han completado o con otros problemas que hayan surgido durante el ejercicio.

Nota:

Es buena idea proporcionar una o más copias escritas de los informes de incidentes para que los participantes puedan verlos como hojas informativas.

Notas para los Facilitadores:

Con base en la actividad descrita más abajo, haga que los participantes practiquen la distinción entre un informe de incidentes y un informe de incidentes serios y qué notificaciones se deben hacer en cada caso.

ACTIVIDAD:

- Haga que los participantes, trabajando en parejas o en grupos pequeños, usen los informes que ya han creado, o si hay suficiente tiempo, deles un nuevo escenario y haga que escriban otra serie de informes, informe de incidentes/informe de incidentes serios/informe de medidas de emergencia (Incident Report / Serious Incident Report / Emergency Measure Report).
- Añada el paso de identificar los procedimientos de notificación requeridos para cada clase de informe.
- Haga que los grupos documenten los pasos de notificación que a continuación el trabajador de cuidado directo debe tomar en respuesta a los mismos.

NOTAS PARA LOS FACILITADORES:

Resumen: Proporcione una revisión breve del contenido del curso y pregunte si alguien tiene alguna pregunta antes de terminar.

- Asegúrese de dar énfasis a lo importantes que son los informes de incidentes para:
 - Una comunicación eficaz.
 - Prevenir que vuelvan a acontecer los mismos incidentes o identificar los nuevos riesgos que enfrenta una persona.
 - Mantener registros exactos.
 - La protección legal.
- Repita brevemente las 3 clases de informes (informes de incidentes, informes de incidentes serios, e informes de medidas de emergencia)(Incident Reports, Serious Incidents, Emergency Measure Reports) y los criterios de notificación para cada uno.
- Repita brevemente los plazos para cada notificación.
- Responda a cualquier pregunta adicional que los participantes tengan.

RECURSOS PARA LOS FACILITA- DORES

ESCENARIOS DE PRÁCTICA

Instrucciones:

1. Usando un formulario del informe de incidentes en blanco, complete un informe de práctica con base en el escenario que le fue dado.
2. Ud puede no tener todos los datos que necesita para completar el informe. No se dan fechas y horas. Ud debe usar la fecha y hora actual. El incidente asignado puede pedir que Ud cree otros datos. A menos que le digan otra cosa, sólo dé un informe de lo que Ud sabe.
3. Recuerde los fundamentos del informe de incidentes:
 - a. Use tinta solamente.
 - b. Use la debida forma de corregir, tachando un error : ~~error~~^{mn}
 - c. Mantenga la confidencialidad.
 - d. Declare sólo los hechos.
 - e. Cite sus fuentes.
 - f. Use dichos textuales siempre que sea posible.
 - g. Trabaje con claridad – use viñetas para esclarecer.
4. Asegúrese de completar todos los espacios en blanco (incluso las notificaciones).
5. Relájese... ésta no es una prueba. Es una práctica. Siéntase libre de usar su paquete y sus compañeros como recurso.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 1

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Padre/Madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

Sally se cae al salir del vehículo frente a su casa, raspándose la rodilla. Ud le limpia la herida y le da los primeros auxilios. Sally indica que su rodilla se siente mejor. Parece que camina normalmente y participa por completo en todas las actividades.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 2

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Padre/madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

A Sally le han robado de su habitación todo un juego de equipos de teatro a domicilio. El juego incluía un televisor de plasma, un equipo de estéreo, parlantes, etc. cuyo valor es de \$3500.00.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 3

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Padre/madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

Mientras Ud está en un restaurante de la zona, se le acerca una persona enojada (y aparentemente intoxicada) de la comunidad que declara que no quiere comer en el mismo restaurante con “esa gente”, señalando a Sally y a su compañera de cuarto, Maya. La gerencia le pide que se marche. Cuando él se niega a hacerlo, llaman a la policía la que llega dentro de unos pocos minutos para conducir al hombre fuera del restaurante.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 4

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Padre/madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

Ciertos individuos de la comunidad entran en un restaurante donde Ud está comiendo el almuerzo con Sally y empiezan a hacer comentarios “inapropiados” e insultantes a Sally. Cuando el gerente del restaurante les pide que se marchen, éstos empiezan a gritar y a maldecir pero quedan de acuerdo en marcharse. Al salir vuelcan una silla.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 5

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Padre/madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

Al preparar la cena, a Ud se le caen de la mesa y se rompen varios platos. Ninguna persona que recibe apoyo estuvo involucrada.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 6

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Padre/madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

Al completar una verificación rutinaria de las camas a las 2:00 de la mañana, Ud se da cuenta de que falta Sally. Ud se pone en contacto con la policía y con su supervisor. Llegado el fin de su turno aún no se ha encontrado a Sally.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 7

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Padre/madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

Mientras está proporcionando apoyo con pago a su sobrina, Sally, Ud observa que la madre la llama una idiota y le da repetidas bofetadas.

Cuando Ud interviene, la madre deja de hacerlo y explica a continuación que simplemente estaba frustrada con Sally, declarando que “no se imagina cómo perdió el control de ese modo” y prometiendo que lo acontecido no va a ocurrir otra vez.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 8

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Padre/madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

Después de tomar su medicamento Sally se da cuenta de que acaba de tomar 1000mg de Tegretol en vez de los 500mg que le habían recetado. Ud se pone en contacto con el médico que lo había recetado quien le dice que la tenga bajo observación para ver si se producen efectos secundarios.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 9

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Padre/madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

Sally le dice que un miembro del personal llamado Jim Doe la pegó ayer mientras ella estaba en su programa del día.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 10

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

Sally de repente pierde la consciencia. Ud llama al 911. Los paramédicos la transportan al hospital.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 11

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

Un reportero del diario de la zona se acerca a Ud y empieza a preguntarle acerca del trabajo que Ud hace, la gente que trabaja con Ud y su relación con el Estado de Arizona.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 12

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

Durante una tormenta del monzón, un relámpago golpeó a un gran árbol del jardín de atrás el cual prendió fuego. Ud llama a los bomberos quienes llegan un poco más tarde y apagan el incendio en unos pocos minutos.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 13

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

Sally tuvo un ataque epiléptico, durante el cual se golpeó la cabeza en el suelo lo que hizo que le sangrara e hinchara. Ud llama al 911 quienes la transportan al hospital donde la tuvieron bajo observación hasta la mañana siguiente.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 14

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

Mientras estaba en el parque de la zona, Sally agarró a un niño pequeño y lo sacudió. El niño se asustó, pero no sufrió ningún daño. Ud habló brevemente con la madre del niño que estaba muy enojada y le dio los datos de contacto de su supervisor/a.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 15

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

A Sally la pararon agentes de policía quienes encontraron que estaba en posesión de marijuana. Ella se pone en contacto con Ud desde la cárcel. Ud notifica a su supervisor/a.

Informe de Incidentes – Escenario de Práctica No. 16

Nombre: Sally Sample

Dirección: 1234 Elm Street Townplace, Arizona 85000

Teléfono: 480-555-5555

Número de caso Assists: 1234567

Fecha de nacimiento: 6/11/1988

Proveedor: ACME PROVIDERS

Madre: Sandra Sample

Coordinador de apoyo: Ima Good

**Quando trata de despertar a
Sally en la mañana, Ud se da cuenta de que murió durante
la noche.**

Recursos de Medidas de Emergencia: Información

A partir del Artículo 9 del curriculum estandarizado Adoptado y aprobado el 12/9/2002 y revisado el 9/09, página 23

INFORMES DE MEDIDAS DE EMERGENCIA

1. Medidas de Emergencia:

Definición de una “Medida de Emergencia”: el uso de técnicas físicas de manejo y/o de medicamentos que modifican el comportamiento bajo orden del médico para un uso específico de emergencia solamente, cuando el comportamiento de un individuo se torna de repente intenso y fuera de control, poniendo en peligro la salud o seguridad de sí mismo o de otra persona.

Nota: las medidas de emergencia descritas aquí no se deben confundir con la técnica prohibida de restricciones físicas, incluso de restricciones mecánicas, cuando se usan como consecuencia negativa del comportamiento, según se indica en R6-6-902.A.4.

El equipo debe reunirse y considerar la preparación de un plan de comportamiento cuando se usa una medida de emergencia dos o más veces en un período de 30 días o en cualquier patrón identificable.

2. Técnicas del Manejo Físico de Emergencia:

Cuando las técnicas del plan de comportamiento son ineficaces, el personal debe usar la menor cantidad de intervención necesaria para manejar con seguridad el comportamiento incontrolable del individuo. Esas técnicas se han incluido en el Client Intervention Training (CIT)(Entrenamiento de Intervención del Cliente) y deben ser:

- Usadas solamente por individuos específicamente entrenados en el uso de técnicas de intervención del cliente (Client Intervention Techniques)
- Usadas solamente cuando los métodos menos restrictivos no tuvieron éxito o fueron inapropiados
- Usadas para evitar que el individuo se dañe a sí mismo o a otros causando daños severos a la propiedad
- Continuadas por el menor tiempo necesario para traer al comportamiento del individuo bajo control
- Usadas simultáneamente con el comportamiento incontrolable
- Apropriadas a la situación para asegurar la seguridad

3. Procedimientos de notificación:

Cuando se emplea una técnica física de manejo para manejar un comportamiento repentino e intenso, la persona que emplea tal medida debe:

- a. Dar un informe inmediatamente (*la División interpreta el término “inmediatamente”, como la primer oportunidad disponible que no arriesga indebidamente al individuo o al personal, según se aplique a la situación, y sin exceder las 24 horas*) de las circunstancias de la medida de emergencia a las siguientes personas:
 1. La persona nombrada por la División
 2. La persona responsable

- b. Después de llamar a las personas nombradas más arriba, preparar un informe completo por escrito de las circunstancias de las medidas de emergencia, el cual debe ser sometido dentro de un día hábil al coordinador de apoyo y al District Central Reporting Site (emplazamiento central de informes del distrito).

PRINCIPIOS DEL CUIDADO MÓDULO DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

CAPÍTULO NÚMERO 7: LA VIDA DIARIA

GUÍA PARA LOS FACILITADORES

CONTENIDO:

- A. Introducción
- B. Ayuda para las Comidas
 - 1. Ayuda con la preparación de las comidas
 - 2. Ayuda con la alimentación
 - 3. La alimentación de una persona con disfagia (dificultad al tragar la comida)
 - 4. La alimentación de una persona con discapacidad cognitiva
 - 5. Factores del riesgo de asfixia
 - 6. Cómo fomentar el apetito
 - 7. Dispositivos de asistencia
- C. Ayuda con la auto administración de medicamentos
- D. La integridad de la piel
- E. Cómo bañar, vestir y acicalar
 - 1. El cuidado de la piel
 - 2. Cómo bañar o duchar
 - 3. El cuidado del cabello
 - 4. Cómo vestir
 - 5. Cómo afeitarse
 - 6. El cuidado de las uñas
 - 7. Aparatos de asistencia
- F. Higiene oral
- G. La eliminación
- H. Transferencias
 - 1. Los principios de la mecánica del cuerpo para la seguridad de la espalda
 - 2. El uso del cinturón de seguridad
 - 3. Transferencias de la cama
 - 4. Transferencias de la silla de ruedas

5. Ambulación (cómo caminar)
 - I. Girar y posicionar
 1. Cómo evitar úlceras por presión
 2. Cómo evitar contracciones
 3. Ejercicios del arco de movimiento (Range of motion -- ROM)
 4. Aparatos de asistencia

Tiempo estimado para este capítulo: 3 horas (lo cual varía dependiendo del número de participantes)

Materiales necesarios:

1. Guía para los Facilitadores
2. Guía para los participantes
3. Equipos: silla de ruedas, cinturón de seguridad, andador, cama y ropa blanca, ropa, artículos comestibles, plato, vaso, cubiertos, cepillo de dientes, pasta dentífrica

COMPETENCIAS: (SABER O PODER:)

1. Dar ejemplos de técnicas que se pueden usar para promover la independencia y respetar las preferencias de una persona (por ejemplo, a la hora de las comidas).
2. Identificar recursos para averiguar los requisitos de una persona a la hora de las comidas.
3. Identificar las características de personas con riesgo de asfixia.
4. Identificar las medidas contra la asfixia que un DCW (trabajador del cuidado directo) puede usar durante la hora de las comidas.
5. Dar ejemplos de técnicas que se pueden usar para preservar la dignidad y privacidad mientras se proporciona un cuidado personal.
6. Enumerar los factores del riesgo para el deterioro de la piel.
7. Explicar la importancia del reposicionamiento y enumerar las técnicas que ayudan a prevenir daños a la piel y úlceras por presión.
8. Identificar y describir los aparatos de asistencia comunes, incluso el cinturón de seguridad, andadores y sillas de ruedas.
9. Explicar la importancia de las debidas destrezas de transferencia y el uso seguro de los aparatos de asistencia.

10. Identificar los problemas relacionados a proporcionar asistencia con el bañado y con la eliminación.
11. Describir y jugar el papel de cómo se usan las técnicas del posicionamiento y transferencia de una persona.
 - a. Uso del cinturón de seguridad.
 - b. Asistencia con la ambulación (con o sin aparatos de asistencia).
 - c. Técnicas para posicionar una persona en la cama.
 - d. Técnicas para posicionar una persona en una silla de ruedas.
 - e. Transferencias hacia o fuera de una silla de ruedas (con o sin aparatos de asistencia).
 - f. Transferencia fuera de la cama (o del sofá).
12. Simular/jugar el papel o describir cómo se asiste con las actividades de la vida diaria (Assistance with Daily Living – ADL).
 - a. Ayuda con el vestido.
 - b. Ayuda con las comidas (ayuda total/alimentación y sugerencias, ayuda mano sobre mano).
 - c. Ayuda con el cepillado de los dientes.

TÉRMINOS CLAVE:

Actividades de la vida diaria (Activities of daily living -- ADL)	Contracción
Ambulación	Ejercicios del arco de movimiento
Andador	Incontinencia
Aparato de asistencia	Integridad de la piel
Asfixia	Llaga por presión (úlceras)
Barra de sostén	Silla de ruedas
Cinturón de seguridad	Transferir, transferencia

A. INTRODUCCIÓN

Nota para los Facilitadores:

Las destrezas que ayudan con las actividades de la vida diaria (activities of daily living -- ADL) son destrezas funcionales que se requieren para que una persona pueda vivir independientemente. Proporcionar apoyo con las actividades de la vida diaria (ADL) para una persona es un componente clave de la responsabilidad de un DCW. En esta sección, discutimos modos de proporcionar asistencia que promueven el auto respeto, la auto determinación y la mayor independencia posible.

1. Las actividades de la Vida diaria (Activities of Daily Living -- ADL)

Las actividades de la vida diaria (ADL por sus siglas en inglés) se consideran las tareas básicas del auto cuidado de una persona. Incluyen la habilidad de:

- a. Vestirse
- b. Comer
- c. Caminar y transferir
- d. Usar el baño
- e. Cuidar de los requisitos de la higiene (por ej., bañarse, ducharse, acicalarse)

Además, hay que considerar las actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living -- IADLs). Estas actividades son importantes para que una persona funcione en la comunidad:

- a. Ir de compras
- b. Mantener un hogar limpio (limpiar, hacer la colada)
- c. Manejar las finanzas personales
- d. Preparar la comida
- e. El transporte (p.ej., conducir un auto)

El enfoque de este capítulo está centrado en los **requisitos del cuidado personal (las actividades de la vida diaria o ADLs)** y cómo proporcionar asistencia para cumplir con los mismos. Cómo proporcionar asistencia con algunas de las actividades instrumentales de la vida diaria o IADLs (limpieza del hogar, preparación de comidas) se discute en el libro del curso dedicado a los Fundamentos.

2. Seguimiento de los Planes de Apoyo

El proceso de planificación identificará los apoyos individualizados que son importantes para asistir a una persona a que obtenga sus metas. Los apoyos pueden incluir asistencia con requisitos personales o actividades de la vida diaria. El plan de apoyo describe las habilidades y requisitos de la persona.

Nota para los Facilitadores:

Los apoyos proporcionados a través de los servicios de apoyo del hogar y la comunidad (Home

and Community Based Services -- HCBS) pueden incluir:

- Descanso: Supervisión y cuidado de una persona para aliviar a los cuidadores principales de la misma.
- Servicio de asistencia personal: Ayudar a la persona para que logre o mantenga condiciones de vida sanas y seguras y/o mantener la limpieza personal y participar en las actividades de la vida diaria. Un acuerdo del servicio de asistencia personal se crea específicamente para cada persona, detallando las tareas proporcionadas por el/a DCW (trabajador/a del cuidado personal).
- Habilitación: Enseñar y asistir a la persona para que aprenda una destreza en particular.

Los elementos que componen el plan de apoyo y que ayudan a identificar las áreas de asistencia incluyen:

- Una sección del Plan de Acción, que identifica las áreas y destrezas que la persona y el equipo de planificación han identificado, ayuda a adquirir destrezas que impelen a la persona hacia la independencia. Aquí es donde el equipo documenta los planes de enseñanza o resultados específicos. Aquí es donde se deben enumerar los resultados apoyados con fondos de la División y los resultados del plan para el fomento del comportamiento. Además, éste puede incluir metas académicas, metas de auto ayuda, u otras metas que la persona o su familia han identificado para que se desarrollen de forma privada o con otras agencias.

El/la DCW es responsable de implementar el plan de apoyo en su propia área de apoyo. Eso incluye apoyar a la persona con las actividades de la vida diaria (activities of daily living -- ADL). El/la DCW debe seguir el plan de apoyo convenido. Si la persona o la familia desea que Ud haga algo que no está incluido en el plan de apoyo, Ud puede exponerse a sí mismo y a su agencia a problemas de carácter disciplinario y/o de responsabilidad legal. Póngase en contacto con su supervisor/a si surge una situación parecida. (Refiérase al capítulo 4 – Planes de Apoyo).

3. ¿Cuánta asistencia es suficiente?

Cuando se apoya a CUALQUIER persona, sin pensar en la condición, sea miembro de familia o cliente, el/la DCW debe recordar de dar apoyo a la persona para que permanezca lo más independiente posible. Se debe alentar a los clientes a que hagan cuanto más puedan por sí mismos. El/la DCW puede averiguar cuánta asistencia se requiere:

- a. Revisando el plan de apoyo para ver qué instrucciones contiene. Esto se hace al verificar si la persona es independiente o necesita asistencia mínima o total en cuanto a las tareas.
- b. Pidiendo que el cliente o la familia determinen qué pueden hacer. Ayudar sí pero no hacerse cargo de la tarea.

- c. Observando qué puede hacer la persona y qué puede aprender a hacer.
- d. Teniendo continuas comunicaciones con el cliente y con la familia – los requisitos y las habilidades pueden cambiar, a veces a diario.

Nota para los Facilitadores:

El Examen Estandarizado

- Se puede usar para evaluar la capacidad de una persona para el auto cuidado y su habilidad de funcionar independientemente dentro del contexto de la vida cotidiana.

Las Entrevistas

- Hable directamente con la persona acerca de las destrezas de la vida diaria y de la vida en la comunidad más importantes asociadas a la situación específica en que la persona lleva su vida.
- Entreviste a sus padres para mayores aportes acerca de las destrezas de la vida diaria y de la vida en la comunidad que ellos sienten son las más importantes para la persona que recibe ayuda.

Revisiones del Archivo

- Toda documentación de las evaluaciones previas efectuadas por otros proveedores de apoyo.
- Cualquier previa evaluación o documentación médica.
- Cualquier previa evaluación o documentación educacional.

Observaciones formales o informales

- Observe a la persona cuando efectúa actividades de la vida diaria.
- Como alternativa observe tareas simuladas, si no puede ser testigo de la ejecución de destrezas dedicadas a las actividades actuales de la vida diaria, tales como, preparación de comidas, acicalamiento, etc.

Revisiones de las evaluaciones de los terapeutas (Terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc.)

- Revise las evaluaciones y valoraciones de los terapeutas.

Hable con el terapeuta acerca de las distintas maneras de ayudar a la persona con las actividades de la vida diaria.

Actividad Opcional:

- Haga que los participantes se dividan en grupos.
- Haga que cada grupo identifique cinco tareas clave capaces de describir a un cuidador.
- Haga que cada grupo identifique cinco tareas clave que describen a un profesional del cuidado directo.
- Haga que cada grupo se encargue de una lista de destrezas:
 - Cepillado de dientes
 - Vestido
 - Bañado
 - Alimentación
- Haga que cada grupo identifique cómo harían para encarar cada destreza de un modo

diferente, en base al enfoque de un cuidador en comparación con el de un profesional de apoyo directo.

En resumen, su papel como persona de apoyo directo es de promover y alentar cuanto más sea posible la independencia y el crecimiento personal. No queremos que la gente que apoyamos se vuelva más dependiente de los demás. Queremos crear la auto estima, la auto determinación y el propósito en la vida.

B. AYUDA CON LA ALIMENTACIÓN

Los trabajadores del cuidado directo (Direct Care Workers – DCW) pueden ayudar a las personas a la hora de la comida. Siempre que sea posible, la persona debe comer con un mínimo de ayuda. Si se requiere, deben haber equipos adaptivos para alentar la auto alimentación de la persona. Sólo alimente a la persona si él/ella no puede hacerlo.

1. Ayuda con los preparativos para la comida

- La persona debe estar sentada con la cabeza elevada para evitar la asfixia.
- Corte la carne, abra los cartones, emanteque el pan, si hay necesidad de ayuda.
- Use la descripción del reloj para una persona con discapacidad visual (p. ej., la carne está a las 12:00; la ensalada a las 4:00, etc.).

2. Ayuda con la alimentación

Proveer ayuda con la alimentación o dar de comer a una persona es una destreza que muchos DCW deben usar a diario. El propósito de esta destreza es de asegurar que el/la DCW conoce las técnicas correctas para ayudar a que alguien coma por sí mismo/a o para alimentar a otra persona.



Procedimiento: Ayuda con la alimentación:

Suministros

- Cuchara y/o tenedor, servilleta, tazón o plato, un delantal para proteger la ropa, vaso o taza.
- Comestibles.



Descripción del procedimiento

1. Mantenga la dignidad y seguridad en todo momento.
2. Verifique el plan de apoyo (evaluación del riesgo) o consulte al/a la supervisor/a para determinar si existe riesgo de asfixia y verifique la consistencia de la comida

- requerida. Verifique si hay comestibles prohibidos debido a alergias o riesgo de asfixia.
3. Asegúrese de que ha cortado la carne, abierto los cartones, enmantecado el pan, etc. si se necesita ese tipo de ayuda.
 4. Siéntese al lado de la persona al nivel de los ojos.
 5. Asegúrese de que la persona esté sentada con la cabeza elevada para evitar asfixia.
 6. Proporcione **SOLAMENTE** la cantidad de ayuda necesaria (guía graduada, mano sobre mano, etc.). **Aliente a la persona para que sea lo más independiente posible.**
 7. Verifique la temperatura de la comida antes de comenzar. Toque el contenedor y obsérvelo para ver si está humeando para asegurarse de que la comida tenga una temperatura aceptable.
 8. Explique qué alimentos están en el plato. Para alguien con discapacidad visual, use el método de descripción del reloj (p.ej, "Su carne está a las 12:00, los vegetales están a las 3:00," etc.).
 9. Pregúntele a la persona qué quiere comer primero.
 10. Observe a la persona para asegurarse de que ha tragado la comida antes de darle un alimento o un líquido adicional. Recuérdele de masticar y tragar según sea necesario.
 11. Ofrezca líquidos a intervalos regulares.
 12. Mantenga una conversación agradable al efectuar esta tarea, pero no haga preguntas que toman mucho tiempo para responder.
 13. No apresure a la persona.
 14. Una vez que ha terminado de comer, asegúrese de ayudar a la persona a que se limpie la cara y lave las manos según sea necesario.

Sugerencias prácticas:

- Esté consciente de cómo la persona se siente con respecto a la necesidad de ayuda. Permita que la persona haga sus propias selecciones en cuanto a la comida; ofrezca alternativas y respete las preferencias.
- Esté consciente de cualquier cosa que esté causando que la persona se canse o se frustre con facilidad.
- Preste atención especial a personas que quizás presenten riesgos de asfixia.

- Asegúrese de estar en comunicación con la persona acerca del ritmo en que la está alimentando o ayudando con la alimentación.

¡NO se olvide!

- No lo haga todo para la persona simplemente porque es más rápido para Ud. Sólo proporcione la ayuda que de verdad se necesita.
- No suponga que a la persona le gusta todo lo que se le ha servido.
- No trate a la persona como si fuera un menor. Por ejemplo, no le limpie la boca con la cuchara.
- Sirva la comida en la debida consistencia para evitar la asfixia.

3. Cómo alimentar a una persona que tiene dificultad al tragar (Disfagia)

- Posicione a la persona derecha en una silla para evitar asfixia o aspiración (inhalación de líquidos).
- Mantenga a la persona orientada y enfocada en la alimentación.
- Ayúdela a controlar el masticado y tragado, eligiendo las debidas comidas (una dieta con comida de consistencia espesa es más fácil de tragar), tal como:
 - o Huevos cocidos blandos, puré de papas y cereales cremosos.
 - o A menudo se usan líquidos espesos.
- La variedad de texturas y temperaturas en los alimentos estimulan la acción de tragar; ofrezca una variedad de alimentos en el plato.
- A veces la disfagia es temporaria. Una persona enferma por un plazo corto quizás al principio tenga dificultad al tragar, lo que mejora una vez recuperada.

4. Cómo alimentar a una persona con discapacidad cognitiva

- Evite cambios. Siente a la persona en el mismo lugar para todas las comidas.
- Evite el exceso de estimulación. Demasiada actividad y ruido a menudo aumenta la confusión y la ansiedad. Elimine las distracciones, en todo lo posible, y vuelva a enfocar gentilmente a la persona.
- Las comidas deben estar listas para comer cuando la persona se sienta (p.ej., la carne debe estar cortada, el pan enmantecado, etc.).
- Evite aislar a la persona. El aislamiento crea más confusión.
- Llame a la persona por el nombre que él/ella prefiere. Logre y mantenga contacto con sus ojos.

- Hable con voz tranquilizadora, suavemente, despacio, con claridad y en faz a la persona.
- Mantenga simpleza en la comunicación. Use instrucciones simples y cortas, tales como, “levante su tenedor,” “ponga comida en el tenedor,” “ponga el tenedor en su boca.”
- Use objetos o movimientos de la mano para dar indicaciones.

5. Factores del riesgo de asfixia

La asfixia se produce cuando un alimento u objeto obstruye la vía de respiración superior, impidiendo que la persona respire. Ésta es una emergencia médica que requiere una acción rápida, incluso una llamada inmediata al 911, seguido por intentos de desalojar el objeto que está causando la asfixia. Ésta última es una causa principal de lesiones médicas, pero se puede evitar.

Los trabajadores del cuidado directo (Direct Care Workers – DCW) deben revisar la evaluación del riesgo en el plan de apoyo individual para identificar los factores del riesgo asociados a la alimentación y a la asfixia. También deben verificar con la persona misma y su familia todas las instrucciones acerca de las comidas – **incluso los riesgos de asfixia.**

¿Porqué tienen riesgo de asfixia las personas con discapacidades del desarrollo?

Las personas con discapacidades del desarrollo comparten ciertas características comunes que les dan un alto riesgo de asfixia/inhalación, incluyendo:

- Reflejos protectores de la vía respiratoria reducidos o ausentes, como ocurre en el caso de la parálisis cerebral.
- Destrezas motrices orales pobres o poco desarrolladas que no permiten que se mastique o trague adecuadamente.
- Reflujo gastroesofágico (GERD por sus siglas en inglés), que puede causar aspiración del reflujo contenido en el estómago.
- Ataques epilépticos.
- Incapacidad de tragar ciertas consistencias de fluidos y/o texturas alimenticias.
- Efectos secundarios de medicamentos que disminuyen o relajan los músculos voluntarios, causando tardanzas al tragar o supresión de los reflejos protectores que ayudan a vomitar y toser.
- Movilidad impedida que hace que ciertas personas no puedan posicionarse debidamente para facilitar que traguen adecuadamente.

Señales de asfixia:

- Ser incapaz de hablar.
- Tener una expresión de ojos muy abiertos y pánico en la cara.
- Tener dificultad al respirar o una respiración ruidosa.
- Ser incapaz de toser con brío.
- Tener un color azulado o grisáceo de la piel, los labios o las uñas.
- Pérdida de conciencia.

Alimentos que comúnmente causan asfixia:

- Sándwiches, por ejemplo: sándwiches de jalea y mantequilla de maní.
- Carne: bistec, hamburguesas, perritos calientes y pollo.
- Vegetales, particularmente cuando no están cocidos.
- Fruta, particularmente fruta sin pelar.
- Tentempiés: palomitas de maíz, nueces, caramelos, chicles, y pasas de uva.
- Burritos.

Riesgos especiales para personas con trastornos de la deglución

Las personas con trastornos de la deglución tienen un mayor riesgo de aspirar la comida y los líquidos (aspirando la comida dentro de los pulmones). La comida difícil de masticar o tragar debido a su forma, tamaño o textura, aumenta el riesgo de aspiración o asfixia.

Las personas con trastornos de la deglución deben evitar los siguientes tipos de comida:

Perritos calientes	Malvaviscos	Caramelos	Papas fritas de bolsa
Ensaladas	Pedazos de carne	Manzana cruda	Chicles
Pollo con hueso	Totopos	Galletas saladas (Pretzels)	Nueces (de todas las variedades)
Palomitas de maíz	Fríjoles Duros	Pan grueso y duro	Nachos

Bollos en rosquilla	Uvas	Zanahorias crudas	Flan
Pasas de uva	Fruta en almíbar	Apio	Arroz

Causas comunes de la asfixia

Al comer y masticar:

- Comiendo o bebiendo demasiado rápido.
- Colocando demasiada comida en la boca.
- El no masticar la comida debidamente antes de tragar.
- El tragar objetos no comestibles.
- Factores relacionados a los dientes, por ejemplo:
 - o No tener dientes.
 - o Tener sólo unos pocos dientes, o tener dolor de dientes, que causa que alguien no mastique su comida debidamente.
 - o Dentaduras postizas pueden crear dificultades para poder saber si la comida se ha masticado bien o no antes de tragar.
 - o Si las dentaduras postizas duelen o no quedan bien puestas, las personas pueden no masticar su comida o no ponerse las dentaduras del todo.

Distracciones:

- Ser inatento al comer.
- Reír o hablar mientras se come.
- Caminar, jugar o correr con un utensilio u objeto en la boca.
- Distracciones causadas por otras personas o actividades.
- Robo de alimentos.

Dieta:

- Textura de la dieta incorrecta - líquidos o artículos de comida no preparados de acuerdo a la dieta prescrita.

- Al comer algo con dos o más texturas, especialmente cualquier cosa con un líquido delgado y un componente sólido, tal como, cereales con leche.

Personal de Asistencia:

- Supervisión inadecuada.
- Personal inadecuadamente entrenado.
- Personal no familiarizado con la dieta prescrita.
- Técnicas de alimentación con asistencia inadecuada.
- Pobre posicionamiento.

Qué hacer cuando alguien se asfixia:

Cualquier persona que no puede toser con brío, hablar o respirar, puede estar asfixiándose.

¡Llame inmediatamente al 911!

Reproducido con permiso del estado de Nueva Jersey, Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos), Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo). Ud puede obtener la Health and Safety Alert (Alerta de Salud y Seguridad) en su totalidad, yendo a:
http://www.state.nj.us/humanservices/ddd/documents/Documents%20for%20Web/Health_SafetyAlert_choking_071509.pdf

6. Aliente la alimentación y el apetito: atraiga a todos los sentidos

- Preste atención a la presentación de la comida. Ponga la mesa con mantel o mantelitos individuales.
- Presente comidas con tema, tal como un tema mexicano o italiano.
- Mantenga una conversación positiva y agradable en la mesa (Nunca diga, "Si no come no va a tener postre.").
- Asegúrese de que los anteojos estén puestos y limpios (aumenta el atractivo visual).
- Puede ser necesario aumentar las especias para hacer que la comida sea más sabrosa.

7. Dispositivos de asistencia

Aliente a que cada persona coma lo más independientemente posible. Esto apoya la autosuficiencia, auto estima y puede ahorrar tiempo. Algunas veces una persona tiene que ser alimentada o “guiada” a través de una merienda. Las siguientes son consideraciones generales:

- Proporcione dispositivos adaptados, tales como, un cuchillo balancín que permite que se corte algo con una mano.
- Proporcione comidas que no requieren el uso de utensilios (p.ej., comidas que se comen con los dedos, sopa en un tarro).
- Ponga manejillas sobre los utensilios para que pueda ser más fácil agarrarlos.
- Use colores contrastantes con los mantelitos individuales.
- Sea consistente en el orden de colocar los alimentos sobre el plato y la mesa para personas con discapacidades de la vista. Por ejemplo, las papas a las 3:00, la carne a las 9:00.

Nota para los Facilitadores: Actividades opcionales:

- Divida la clase en pequeños grupos para jugar un programa de juegos en que se presta ayuda con la alimentación.
 - o Cada grupo tiene un representante que responde a cada pregunta.
 - o La primera persona que responde con la respuesta correcta gana un punto para su equipo.
 - o El grupo con la mayoría de puntos gana el juego.
- **Preguntas posibles**
 - o Identifique 3 fuentes que pueden proporcionar datos acerca de los requisitos alimenticios de una persona.
 - o Identifique cuatro características de las personas con riesgo de asfixia.
 - o Dé ejemplos de cuatro técnicas que se pueden usar para promover la independencia y el respeto de las preferencias de una persona, al ayudarla durante la hora de las comidas.
 - o Dé ejemplos de tres dispositivos adaptivos que pueden ser usados a la hora de las comidas para ayudar a que la persona pueda mantener su independencia.

C. ASISTENCIA CON LA AUTO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Una responsabilidad crítica del trabajo de un/una DCW es de asegurar la salud y bienestar de las personas que se apoyan. En algunos casos, eso incluye asegurar que tomen sus medicamentos correctamente.

Si Ud no está seguro/a de cualquier cosa acerca de cómo hacer para ayudar a que una persona tome sus medicamentos, pare, póngase en contacto con su supervisor/a u otra persona nombrada por su agencia, y obtenga una clarificación antes de continuar.

1. Definiciones

Asistencia significa la ayuda o asistencia necesaria para completar la función o tarea.

El/la DCW puede proporcionar la asistencia necesaria para que una persona tome su medicamento.

Auto cuidado directo significa que la persona es capaz de reconocer un peligro, pedir ayuda, expresar una necesidad y tomar las decisiones del cuidado básico.

Una persona capaz de “cuidarse a sí misma directamente” puede instruir al/a la DCW que le ayude a abrir la botellita del medicamento; a colocar la píldora en su boca y a darle un vaso de agua.

Servicios dirigidos del cuidado significa programas y servicios, incluso servicios del cuidado personal proporcionados a personas que son incapaces de reconocer peligros, de pedir ayuda, de expresar una necesidad o de tomar las decisiones del cuidado básico.

Cuando se proporcionan “servicios dirigidos del cuidado,” el trabajador del cuidado directo (DCW) puede proporcionar ayuda tomando las instrucciones a partir de la persona responsable, e incluso prestar la ayuda necesaria para que la persona tome sus medicamentos.

Documentación significa información de apoyo escrita.

El/la trabajador/a del cuidado directo (DCW) debe mantener la documentación, registrando el día y la hora en que la asistencia con la auto administración de medicamentos fue proporcionada.

2. Dónde se encuentran los datos sobre cómo proporcionar ayuda con la auto administración de medicamentos

El Plan de Apoyo Individual (Individual Support Plan -- ISP) de la persona proporciona información de apoyo acerca de los medicamentos tomados y de la cantidad de ayuda requerida para la auto administración de los mismos. El Plan de Apoyo individual (Individual Support Plan—ISP) indica si el cliente necesita ayuda con la auto administración de medicamentos y cualquier otra instrucción acerca de la clase de asistencia necesaria:

- a. No requiere ayuda para la auto administración de medicamentos o con la administración de medicamentos;
- b. Necesita ayuda con la auto administración de medicamentos, lo que puede incluir:
 - Recordarle al cliente de que es hora de tomar el medicamento;
 - Abrir el contenedor del medicamento para un residente;
 - Vertir o colocar la dosis específica según las instrucciones del cliente escritas con su propia mano;
 - Observar al cliente mientras toma el medicamento; o
 - Asistir al cliente para que tome los medicamentos que han sido preparados de antemano en un organizador de medicamentos por la persona responsable.
- c. Necesita asistencia total, lo que incluye el uso de organizadores de medicamentos.
 - Los organizadores de medicamentos pueden ser preparados de antemano por la persona responsable. Deben haber instrucciones simples y claras de parte de la persona responsable. Por ejemplo: El medicamento debe estar en un envase bien marcado, "Por favor dar a mi madre a las 10 de la mañana con un vaso de agua." (Solamente la dosis exacta debe estar en el envase, de modo que el/la DCW no tiene que decidir cuántas píldoras se deben usar.)

3. Qué se debe documentar

Se debe documentar que los medicamentos fueron dados, según las instrucciones del organizador de medicamentos, según el día y la hora y según lo indicado por la persona responsable.

4. Qué no se debe hacer

- Un/una DCW no puede usar su juicio profesional y no puede tomar decisiones acerca de los medicamentos.
- Si el cliente no sabe cuál es el medicamento, el/la DCW no puede ayudarlo a descubrirlo.
- Si el cliente está confundido acerca de la dosis y el tiempo etc., el/la DCW no puede ayudarlo a resolver la confusión.

D. INTEGRIDAD DE LA PIEL

Nota para los Facilitadores:

Introduzca esta sección, explicando lo siguiente:

Las personas mayores de edad y con discapacidades son susceptibles a problemas de la piel debido a la movilidad reducida. Esto se debe a condiciones médicas, dolor, depresión, confusión, y/o lesiones. **Por lo tanto, es de naturaleza crítica que un/una DCW tenga la costumbre de verificar la condición de la piel del cliente para ver si hubo algún cambio, y de informar si se produjo alguno a su supervisor/a.** Una intervención temprana es de suma importancia para mantener la integridad de la piel.

Toda persona que permanece sentada por mucho tiempo se encuentra a riesgo de incurrir problemas de la piel. **Es de naturaleza crítica que los DCW tengan como rutina acostumbrada examinar la piel de la persona para ver si hay algún cambio. Se debe dar parte de todo cambio al supervisor/a.**



**Póngase en contacto con su supervisor/ a
antes de tomar cualquier acción
relacionada a los problemas de la piel.**

Úlceras por presión

Nota para los Facilitadores:

Las úlceras por presión (también llamadas llagas por presión o úlceras/escaras por decúbito) son lesiones de la piel causadas por una presión constante cuyo resultado es dañar los tejidos subyacentes. La presión comprime los tejidos de la piel causando un decaimiento de la circulación. Eso a su vez causa que el oxígeno y nutrientes en los tejidos se reduzcan, causando por último la muerte de los mismos.

Las úlceras por presión son lesiones de la piel. También se llaman llagas por presión o úlceras por decúbito. La presión sobre la piel comprime los tejidos y puede causar la muerte de los mismos.

Un problema común son las prominencias óseas:

- Cóccix.
- Talones.
- Codos.

Las fuentes comunes de la presión son:

- Permanecer sentado o acostado en una misma posición por demasiado tiempo.
- Yesos, abrazaderas, o muletas que frotan la piel.
- Ropa de cama arrugada y ropa de vestir mal ajustada.
- Humedad y otras sustancias que irritan la piel.

Notas para los Facilitadores:

Otros factores que contribuyen

1. **la fricción:** La fricción ocurre cuando el cuerpo de una persona frota contra una superficie o un objeto frota contra la piel. Por ejemplo, el hecho de deslizar una persona de un lado a otro puede raspar o rasguñar la piel seca y tierna.
2. **Humedad:** Exposición prolongada a la humedad, sea por perspiración o incontinencia cambia la naturaleza protectora de la piel. La piel húmeda se vuelve hinchada, blanda e irritada, haciéndola susceptible a llagas, urticaria, e infecciones micóticas.
3. **Deshidratación y dieta pobre:** La toma de fluidos adecuada es esencial para mantener una piel sana. El agua y los alimentos ricos en proteína y en vitaminas (especialmente la vitamina C y el cinc) ayudan al cuerpo a resistir el trauma, a luchar contra las infecciones y a promover la convalecencia.
4. **Peso del cuerpo:** Tener sobrepeso o un peso bajo aumenta el riesgo de problemas con la piel.
5. **Enfermedades:** Diabetes, enfermedad del corazón, y pobre circulación aumentan el riesgo de tener llagas por presión.
6. **Movilidad y conciencia limitadas:** La voluntad y la habilidad de involucrarse en actividades pueden reducirse si hay dolor, si se toman sedativos, si hay pobre energía o déficits motrices o mentales.
7. **Irritantes:** Sustancias químicas (incluso la orina) y otras sustancias (p.ej., jabones anti-bacteriales) pueden irritar e inflamar la piel. Las reacciones alérgicas pueden producir sarpullidos. Una úlcera de la piel puede producirse en el lugar de la irritación.
8. **Lesiones:** El riesgo del deterioro de la piel aumenta donde ha habido una lesión. Una quemadura causada por una compresa caliente, un rasguño, un moretón o un raspado puede desarrollarse en una úlcera si no se le da el debido tratamiento.
9. **Fumar:** Personas que fuman tienen mala circulación y se sanan más despacio.

Qué se debe averiguar y de qué hay que dar parte:

- Piel rojiza que permanece roja.
- Lugares de piel endurecida, ampollas o escoriaciones.
- Llagas abiertas.

Notas para los Facilitadores:

Etapas del daño de la piel

Etapa I: Una piel rojiza cuyo color no vuelve a ser normal 20 minutos después de haberse quitado la presión. La piel permanece intacta. En personas con piel más oscura, descoloración de la piel, un área caliente, con edema (acumulación de fluidos) o con un área endurecida pueden ser síntomas indicadores de esta etapa.

Etapa II: Existe daño que involucra parte del espesor de la piel. Puede afectar el tejido más externo de la piel, (la epidermis) y la capa debajo de ella (la dermis), o ambas a la vez. La úlcera es superficial y parece como una ampolla o escoriación.

Etapa III: Esto involucra el espesor total de la piel, extendiendo hasta los tejidos subcutáneos. Esta capa más profunda del tejido de la piel tiene un suministro de sangre más bien pobre y puede ser más difícil de sanar. La úlcera es un cráter profundo que puede o no socavar (mediante túneles) el tejido adyacente.

Etapa IV: Aquí se ve una pérdida del espesor completo de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido, o daño al músculo, a los huesos o a las estructuras de apoyo.

Lo que Ud puede hacer para evitar la formación de úlceras por presión:

- a. **Evite exposiciones prolongadas:** Ayude a la persona a cambiar de posición un mínimo de cada 2 horas o recuérdale que debe hacerlo ella misma. Si un área permanece rojiza más de 20 minutos, reduzca el tiempo para cambiar de posición por 30 minutos.
 - La persona debe aliviar la presión en la rabadilla (el cóccix)(porque está sentada o acostada) cada 20-30 minutos, empujándose hacia arriba con los brazos, moviéndose de lado a lado, o inclinándose hacia delante, con los pies en el suelo. Asegúrese de que la persona no se caiga.
 - Aliente a que la persona ejecute ejercicios suaves y actividades que no involucran quedarse sentado/a por largos períodos de tiempo.
 - Asegúrese de que la cama y la ropa blanca bajo las zonas de presión (cóccix, codos, talones) estén limpias, secas y libres de arrugas y objetos.
 - Es la responsabilidad de los DCW de cambiar la posición de la persona un mínimo de cada 2 horas si la persona no lo puede hacer por sí sola (por ejemplo, si una persona tiene cuadriplejía).

- b. **Evite raspaduras de la piel debido a la fricción.** Considere lo siguiente para evitar estas raspaduras:
 - Siga procedimientos de transferencia seguros. No arrastre ni deslice a la persona a través de las superficies. Pida ayuda o use una sábana como levantador para darle vuelta o mover a la persona en la cama.
 - La cabecera de la cama no se debe elevar más de 30 grados. Eso evitará que la persona se deslice en la cama y reducirá la presión sobre la rabadilla (cóccix).
 - Evite que la persona se deslice de la silla de ruedas.

- c. **Proteja la piel donde los huesos sobresalen y donde dos superficies de la piel se frotan:** Proteja la piel con género o con almohadillas especiales para los codos y los talones. Las almohadas no reemplazan los cambios frecuentes de las posiciones.

- d. **Proteja la piel frágil contra los rasguños:** Mantenga cortas las uñas de las manos (tanto las propias como las de la persona) y las uñas de los pies. Las uñas largas de los pies pueden rasguñar las piernas de una persona.

- e. **Proteja la piel contra la humedad y sustancias irritantes:** Mantenga la piel seca. Esté consciente de cuáles son las fuentes de humedad, incluso los baños, la lluvia, la perspiración, y las comidas y líquidos derramados. Vigile para ver si se produce irritación de la piel debido a residuos de detergentes que quedan en la ropa y en la ropa de cama.

- f. **Vigile para ver si hay reacciones alérgicas (urticaria) producidas por productos de salud y cuidado personal:** Algunas personas, por ejemplo, son alérgicas a las almohadillas para la incontinencia.
- g. **Si Ud ve un área rojiza,** proporcione un masaje ligero **alrededor** de la misma, (y no sobre ella), para aumentar la circulación del área.

E. CÓMO DAR BAÑOS, VESTIR Y ACICALAR

1. El Cuidado de la Piel

En general, el cuidado de la piel involucra la buena higiene y buena nutrición, ejercicio y medidas preventivas. Es importante examinar regularmente la piel de la persona para ver si hay señas de infección o deterioro. Refiérase a la previa sección para más detalles de cómo evitar que se produzcan daños a la piel. Como se ha mencionado con anterioridad, la prevención es mejor que el tratamiento. Un/una DCW debe ser observador/a para reducir el riesgo de que surjan problemas más tarde.

Sugerencias para el cuidado de la piel

- **Gel de áloe (sábila)** (el gel verde en la góndola de primeros auxilios—no la loción) es muy bueno para tratar las irritaciones menores de la piel, tales como el rozo entre las piernas, en los pliegues de la ingle, o debajo de los pechos. Use según las instrucciones. Asegúrese de que el áloe está listado como el primer ingrediente. Los productos malvendidos ponen agua como primer ingrediente.
- Si una mujer no usa corpiño y tiene pechos grandes, use un trozo limpio de 100% algodón, como un pañuelo de hombre o un pedazo de camisa, y colóquelo bajo sus pechos después de su ducha. Eso ayudará a mantener la piel seca.
- Un polvo medicamentado también puede ser útil para las irritaciones menores de la piel.
- Use jabones a base de lanolina en vez de jabones antibacteriales o jabones muy perfumados. Un jabón que no se tiene que enjuagar también da buen resultado.

2. El Bañado

El bañado proporciona muchos beneficios:

- Limpia y se libra de los desechos de la piel.
- Estimula la circulación.
- Proporciona un ejercicio pasivo y activo.

- Ayuda a que la persona se sienta mejor acerca de sí misma y de su apariencia.
- Proporciona una oportunidad de observar la piel y de conectarse con la persona.

Algunas personas quizás puedan bañarse sin ayuda. Otras pueden requerir asistencia de vez en cuando, y las demás quizás necesiten ayuda todo el tiempo. **Aliéntelas a que sean lo más independientes que puedan.**

La frecuencia en que se baña una persona probablemente será algo que se debe decidir entre Ud y el cliente. Se recomienda un mínimo de dos veces por semana. Ud se debe dar cuenta que cada vez que una persona se baña se quita los aceites naturales del cuerpo, haciendo que la piel se seque aún más. Los patrones del baño de una persona, su tipo de piel, las actividades recientes y su condición física, todos ellos son factores que le ayudarán a decidir la frecuencia con que una persona se baña.

Proporcione seguridad y comodidad:

Nota—Baños en una bañera no se recomiendan para personas con ciertas discapacidades o para personas mayores de edad, porque aumentan el riesgo de caídas o de no poder salir de la bañera.

Regla práctica: Si una persona no puede entrar o salir de una bañera sin ayuda, se le debe dar una ducha usando un banco en la ducha. Esto es más seguro no solo para la persona pero para el/la DCW también. Notifique a su supervisor/a si éste es un problema.

Cómo ayudar con una ducha o baño

Es importante determinar la cantidad de ayuda para el baño o la ducha que la persona que Ud apoya necesita. El plan de apoyo quizás le pueda aconsejar. Ud debe también discutir con la persona o su familia la cantidad de ayuda y supervisión que la persona requiere.

Después de aprender cuáles son los requisitos de la persona durante el baño o la ducha:

- Averigüe qué productos para el cuidado de la piel la persona usa y recoja todos los artículos necesarios para el baño antes de comenzar.
- Permita o ayude a la persona a ir al baño antes de bañarse, si es necesario.
- Proteja la privacidad de la persona.
- Siempre explique a la persona lo que va a hacer.
- Proteja la persona contra las caídas.
- Use las debidas técnicas para levantar o transferir a la persona.
- **Siempre** verifique la temperatura del agua antes de usar.

- Cuando esté proporcionando una ayuda total en el baño o la ducha, siempre empiece por la cabeza y termine con los pies.
- Aliente a la persona a que ayude cuanto pueda con seguridad.
- Enjuague la piel para quitar todo el jabón.
- Si está ayudando a secar a la persona, hágalo con palmaditas a la piel para evitar que se irrite o deteriore.
- Ayude a bañar o bañe la piel toda vez que las heces o la orina la toquen.

Medidas de seguridad para baños en bañeras y duchas

- Coloque un tapete en el piso de la ducha, a menos que la superficie del piso sea antideslizante o tenga tiras antideslizantes.
- Vacíe la bañera antes de que la persona salga; cubra la parte superior del cuerpo de la persona con una toalla para calidez.
- Haga que la persona use las barras de seguridad si las hay.
- Evite el uso de aceites de baño.
- Verifique y siempre proporcione la cantidad de supervisión que una persona requiere.
- No deje sin atender a personas débiles o tambaleantes.
- Permanezca al alcance del oído de una ducha o bañera, esperando del otro lado de la cortina de la ducha o fuera de la puerta del baño, si la persona puede quedar sola.

3. El cuidado del cabello

El cuidado rutinario del cabello involucra su lavado, peinado, secado y estilizado. Puede ser una tarea muy cansadora, aún para personas que son independientes en la mayoría de los casos. Una persona puede disfrutar ir a un salón de belleza o peluquería para caballeros o que Ud le ayude. Algunos peluqueros hacen visitas al hogar, también.

Un champú se puede dar en la bañera o ducha, en el lavamanos o en cama. Siempre considere los deseos de la persona cuando determina el estilo del peinado. Debe ser un peinado fácil de cuidar y apropiado para la persona. Se debe usar solamente el equipo de peinado de la persona (p.ej., los cepillos de estilizar, los rulos y las hebillas).

Si Ud está ayudando con el cuidado del cabello, tenga listos todos los suministros necesarios:

- El champú, el enjuague de crema o el acondicionador.
- Un envase plástico (para enjuagar).

- Toallas.
- Peine, cepillo y posiblemente un secador.

Advertencia: Si la persona tiene un trastorno de los ojos o ha tenido una cirugía ocular reciente, consulte con un profesional del cuidado de la salud, antes de usar el champú. El hecho de mover la cabeza a distintas posiciones puede aumentar la presión sobre los ojos. Ud quizás deba evitar que eso ocurra.

4. Cómo ayudar a alguien con el vestido

La clave para ayudar a alguien con el vestido, como con cualquier tarea de higiene personal o acicalado, es que el/la DCW debe permitir que la persona sea lo más independiente posible, aún cuando se viste muy despacio.



Procedimiento: Cómo ayudar a alguien que se vista

Suministros

Artículos de vestido que el cliente se quiere poner.

Descripción del procedimiento

1. Comuníquese con la persona acerca del procedimiento de ayuda y de sus expectativas.
2. Haga disposiciones para el confort y privacidad de la persona.
3. Discuta con la persona sus preferencias en cuanto a las prendas. Ofrezca a la persona alternativas para lo que quiere ponerse ese día.
4. Obtenga la ropa y extiéndala de un modo ordenado.
5. Vista primero el lado débil (si lo hay). Ponga la ropa sobre el brazo débil y luego deslícelo al lado más fuerte. Cuando está quitando la ropa quítela del lado fuerte primero.
6. Cuanto más sea posible, vista a la persona mientras esté sentada. Póngale la ropa interior y los pantalones solamente hasta los muslos. Para terminar, pídale que se pare y luego tire hacia arriba la ropa interior y los pantalones.
7. Continúe comunicándose con el cliente a cada paso del proceso y a medida que va progresando.

Sugerencias prácticas

- Siempre discuta con la persona cuáles son sus preferencias y de qué modo se encuentra lo más cómoda.
- No piense que la persona quiere ponerse la ropa que algún otro ha elegido para ella.
- Esté consciente de cómo la persona puede sentirse al necesitar ayuda.

- Esté consciente de cualquier problema que puede causar que la persona esté cansada o frustrada con facilidad.
- Sea amable al ejecutar esta tarea, entable una conversación con la persona.
- Aliente a que la persona se ponga ropa con cinturas elásticas y cierres de Velcro.

¡No se olvide!

- Aliente a la persona para que sea lo más independiente posible.
- Sólo proporcione la ayuda necesaria – no lo haga todo para la persona simplemente porque es más rápido para Ud.
- Si la persona tiene un lado más fuerte que el otro, ponga la ropa en el brazo y hombro del lado débil primero, luego deslice la ropa sobre el lado fuerte. Al desvestirlo/a, empiece a hacerlo por el lado fuerte primero.

5. Cómo ayudar con el afeitado

Para la mayoría de los hombres, el afeitado es un ritual de toda la vida, y lo pueden hacer a pesar de estar discapacitados. Tanto el acto de afeitarse como el resultado, por lo general, levanta la moral. Se debe permitir que una persona de género masculino se afeite a menos que no pueda hacerlo con seguridad.

Una persona de género femenino quizás quiera afeitarse las piernas, debajo de los brazos o los pelos de la cara.

Una máquina de afeitar eléctrica es lo más fácil y seguro de usar. Las personas que tienen diabetes o que toman anticoagulantes deben usar una máquina de afeitar eléctrica. Después de afeitar con la máquina de afeitar eléctrica, enjuague la cara con agua cálida o ponga una toallita húmeda y cálida sobre la cara, secando ésta última a palmaditas. Si la persona lo desea se puede aplicar una loción después del afeitado.

6. Cuidado de las uñas

El cuidado de las uñas para los dedos de las manos y los pies evita infecciones, lesiones y olores. Los padrastrós, uñas encarnadas, y uñas arrancadas de la piel pueden causar deterioros de la piel. Las uñas largas o rotas pueden raspar la piel o engancharse en la ropa. Las uñas son más fáciles de cortar y limpiar después de estar remojadas o después del bañado. Las uñas se cortan con cortaúñas no con tijeras. **Algunas agencias no permiten que su personal corte las uñas** porque los cortaúñas pueden dañar los tejidos circundantes.

Suministros

- Vasija con agua cálida.
- Cortaúñas (no tijeras).
- Palito de naranja, esmeril y lima de uñas.

- Loción o vaselina.
- Toallas de papel.

Procedimiento

1. Disponga los artículos al lado de la persona. Permita que la persona enjuague las uñas durante 10-20 minutos o haga el procedimiento después de un baño. Limpie debajo de las uñas con el palito de naranjo.
2. Corte las uñas en forma **DERECHA DE UN LADO A OTRO** con los cortaúñas **si le permiten hacerlo**. Conforme las uñas con el esmeril o con la lima de uñas.
3. Ponga loción o vaselina sobre las manos y pies.
4. Limpie y vuelva el equipo y los suministros a su debido lugar. Tire a la basura los artículos desechables.

No recorte las uñas si la persona:

- Tiene diabetes
- Tiene una circulación disminuida en las piernas o pies
- Toma medicamentos que afectan la coagulación de la sangre
- Tiene uñas muy gruesas y uñas de los pies encarnadas

En tales casos, las uñas se deben **limar solamente**, para evitar posibles cortes de la piel. Si se necesita mayor cuidado, se debe consultar a un podiatra (por lo general, el seguro abarca los casos enumerados más arriba).

Como empapar los pies y ayudar con el cuidado de los pies

Empapar los pies puede ayudar a la persona de tres maneras: promueve el relajamiento, proporciona ejercicio y permite que el/la DCW examine los pies del cliente. **Advertencia: El empapado no se aconseja para todas las personas.** Los que tienen diabetes no deben empapar los pies. Consulte con su supervisor/a para asegurarse de que este procedimiento se recomienda. Las indicaciones generales para el empapado y cuidado de los pies son:

- Planee el empapado los días en que no se baña el cliente. La persona se puede empapar los pies mientras está sentado/a y haciendo tareas de acicalado o mirando la televisión. El empapado de los pies no debe durar más de 20 minutos.
- Proporcione una palanca con agua tibia y un jabón suave.
- Recuerde a la persona que haga ejercicios con los pies mientras los está empapando. Déle instrucciones paso por paso: mené los dedos de los pies, estreche los pies, de vueltas a los tobillos en el sentido de las agujas del reloj, y después del sentido opuesto, flexione y extienda los dedos de los pies y los tobillos.
- Seque los pies a palmaditas. Seque muy bien entre los dedos del pie.

- Examine los pies. Mire cuidadosamente, especialmente si la persona tiene reinguera, resiste al caminar o dar pasos (el aumento de fricción puede causar ampollas o llagas por presión). Si nota alguna lesión póngase en contacto con su supervisor/a para recibir más instrucciones.
- Ponga loción sobre la piel seca o agrietada. Use una loción que contiene lanolina o aceite mineral.
- Limpie y devuelva el equipo y los suministros a su debido lugar. Disponga de los artículos desechables.

7. Aparatos de asistencia

Las caídas en el baño constituyen los accidentes caseros más comunes. Las superficies húmedas y enjabonadas de loza, mármol o porcelana en los baños pueden ser muy resbalosas. Un asiento diseñado para el baño o la ducha y barras de sostén permiten que la persona disfrute una ducha o baño con comodidad. Hay asientos de distintos tamaños y estilos. En todo caso, busque uno que sea fuerte, estable y tenga tapones de goma en los extremos para evitar resbalos.

Taburete de baño

Económico y de peso ligero, el taburete de baño es adecuado para una persona de poco peso o de peso mediano. Las piernas con tapones de goma evitan resbalos y ya que no tiene respaldo permite un fácil acceso a la espalda de la persona. El taburete de baño es ideal para bañeras estrechas y se le puede almacenar con facilidad cuando no se usa. Sin embargo, su base pequeña contribuye a que tenga poca estabilidad.

Silla de baño

La silla de baño es buena para una persona pesada cuya espalda tiene poca fuerza (algunas sillas pueden soportar un peso de 400 libras). Aunque su estabilidad está realzada por las piernas de tapones de goma y la amplia base, la silla de baño quizás no entre en las bañeras estrechas. El respaldo impide un acceso fácil a la espalda de la persona y a otras partes del cuerpo.

Banco de transferencia

Un banco es adecuado para las personas que tiene dificultad al levantar las piernas para entrar o salir de la bañera. Una parte del asiento largo y estacionario permanece fuera de la bañera y otra dentro. La persona se sienta fuera de la bañera y se mueve adentro deslizándose a lo largo del banco. Los tapones de succión sobre piernas ajustables (el interior de la bañera es más alto que la parte de afuera) evitan resbalos.

Regaderas de mano

Las regaderas estándar de la ducha se pueden reemplazar por un modelo a mano. Esta regadera permite que la persona la ponga al nivel que necesita dentro de la ducha.

Barras de sostén

La instalación de barras de sostén en la bañera o ducha puede ayudar a que la persona entre o salga con más facilidad y reduce el riesgo de que se caiga.

Una barra de sostén cerca del inodoro puede dar apoyo cuando se sienta o para. Si se necesita más apoyo, hay una variedad de sostenes que pueden añadirse al inodoro en sí.

Asientos del inodoro alzados o elevados

Los asientos del inodoro alzados ayudan a personas que tienen dificultad al doblar o sentarse, alzando el asiento del inodoro hasta una altura más cómoda y conveniente. Se puede elegir entre una gran variedad de asientos alzados de inodoros. Algunos tienen descansabrazos que proporcionan una plataforma de sostén sólida que ayuda con transferencias y otros están específicamente diseñados para personas que están recuperando de cirujías de recambio de cadera o de fracturas de las piernas. Algunas se pueden sujetar al inodoro mientras otras son independientes.

La persona debe poder tener ambos pies planos sobre el piso o sino es demasiado alto.

F. HIGIENE ORAL

Una buena higiene oral evita úlceras y mal aliento y evita que las membranas mucosas se vuelvan secas y agrietadas. Una pobre higiene oral puede contribuir a un pobre apetito, y la bacteria en la boca puede causar pulmonía. Las encías inflamadas también comienzan un proceso inflamatorio que es estresante para el corazón y disminuye la resistencia a las infecciones. Aliente a las personas a que se cepillen los dientes todos los días, especialmente antes de dormir. Los cepillos de dientes eléctricos o cepillos con manguitos más grandes y largos promueven el auto cuidado.

El hecho de proporcionar la debida higiene oral para una persona que no puede cuidar de sus propios dientes es un papel importante del/de la DCW. La debida técnica para el cepillado de dientes ayuda a evitar condiciones tales como la gingivitis, la caries dental y las escoriaciones de los dientes, esta última siendo una condición en que los dientes se desgastan. Si Ud ayuda a la persona con su higiene oral, examínele la boca regularmente para ver señas de rojez, hinchazones o sangrados. Un dentista debe verificar si hay algunas manchas rojas o blancas o úlceras o llagas que sangran y que no desaparecen dentro de dos semanas.



Procedimiento: Cómo ayudar con el cuidado oral

Suministros

- Un cepillo de dientes extra suave o suave.
- Pasta dentífrica.
- Guantes protectores.
- Recipiente para escupir.
- Vaso desechable.
- Enjuagues de agua o con producto del supermercado.

- Delantales para proteger la ropa.

Descripción del procedimiento

1. Junte todos los materiales necesarios.
2. Proporcione una explicación de lo que va a ocurrir antes de comenzar el proceso y continúe haciéndolo a través de todo el proceso.
3. Coloque a la persona en una posición sentada (un mínimo de 60 grados) o parada antes de comenzar.
4. Ponga un delantal protector encima de la ropa de la persona.
5. Lávese las manos y póngase los guantes antes de cepillar los dientes de la persona.
6. Aplique un poco de agua y pasta dentífrica al cepillo.
7. Cepille todas las superficies de los dientes y a lo largo de la línea de las encías antes de cepillar la parte interior de los dientes. Morder lo que se pone en la boca es una reacción natural. Para evitar ese reflejo, no inserte el cepillo en la parte interior de la boca hasta llegar a la última parte del proceso.
8. Ofrezca a la persona la oportunidad de enjuagar la boca y de escupir en el recipiente según sea necesario. Si la persona no lo puede hacer independientemente, vuélvala a un lado para permitir que el líquido le salga de la boca sobre un pedazo de tela doblado.
9. Enjuague el cepillo periódicamente y aplique una pequeña cantidad de pasta dentífrica a medida que se necesite.
10. Limpie la parte interior y exterior de los dientes.
 - Coloque el cepillo en forma paralela a la parte interior de los dientes de la persona.
 - Apunte las cerdas del cepillo a un ángulo de 45 grados en la dirección de la línea de las encías.
 - Cepille un pequeño grupo de dientes a la vez con una moción suave de aproximadamente 20 cepilladas o 10 segundos.
 - Continúe ejecutando los pasos descritos más arriba hasta que todos los dientes premolares y molares exteriores e interiores, superiores e inferiores se hallan cepillado.
 - Limpie las superficies internas de los incisivos centrales superiores e inferiores usando el cepillo con un movimiento amplio, moviéndolo en dirección opuesta a la línea de las encías.

11. Una vez completado el proceso, limpie y seque el área alrededor de la boca de la persona y quítele el delantal de protección.
12. Disponga de la ropa blanca usada y de los desechos.
13. Quítese los guantes y póngalos en la basura.
14. Lávese las manos.

Sugerencias prácticas

- Párese detrás de la persona de modo que Ud esté mirando abajo a su boca. Eso permitirá mejor acceso a y una mejor vista de la boca.
- No use demasiada pasta dentífrica.
- Cepille todas las áreas de los dientes (exterior, interior y superior).
- Permita que la persona tenga la oportunidad de enjuagar con toda la frecuencia necesaria.
- Si la persona no puede escupir el agua, use un frotis bucal en vez de un cepillo.

¡No se olvide!

- Limpie a fondo el cepillo después de cada uso.
- Empiece con la parte exterior de los dientes.
- Use precauciones universales y medidas de control de infecciones a través del proceso.

G. LA ELIMINACIÓN

Es su responsabilidad ayudar a que las personas mantengan una función normal o que puedan compensar por la pérdida de esa función. Además lo debe hacer de un modo profesional para preservar la dignidad de la persona. Asegure la privacidad y la comodidad de la persona y no la apesure.

Problemas con la eliminación pueden ocurrir debido a varias razones. Cambios relacionados a la edad, estreses emocionales y enfermedades crónicas que alteran la salud mental, afectan la nutrición y limitan la actividad, son todas posibles causas. Los problemas del intestino y urinarios pueden ser intermitentes o constantes, dependiendo de la causa. Los costes físicos y emocionales de los problemas del control de los intestinos y de la vejiga pueden incluir:

- Aumento del riesgo de infecciones y del deterioro de la piel.
- Sentimientos de ansiedad, bochorno, vergüenza, auto reproche y frustración.

- Un sentido decreciente de control, dignidad y auto estima.
- Preocupación para el futuro.
- Auto imagen amenazada.
- Pérdida de privacidad en la ejecución de funciones privadas.
- Aislamiento social.

1. Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria es el escape o la fuga involuntaria de la orina a partir de la vejiga.

Causas comunes de los problemas de la vejiga:

- Cambios en los nervios. La persona no reconoce que la vejiga está llena.
- Pérdida de memoria. Una persona puede olvidarse de dónde está el baño o de cómo usarlo.
- Estrés o fatiga.
- Infección.
- Medicamentos.
- Alcohol.

Notas para los Facilitadores:

Los problemas comunes de la vejiga pueden ser causados por una capacidad reducida de la vejiga, el músculo esfínter debilitado de la vejiga, y el tono reducido del músculo de la vejiga, todas ellas siendo causas muy comunes. Otras causas del pobre control de la vejiga pueden ser:

- Cambios neurológicos. Las señales neurológicas al cerebro que la vejiga está llena se han decelerado, dando a la persona menos tiempo para alcanzar el baño.
- Discapacidad mental. Por ejemplo, la pérdida de la memoria puede afectar la habilidad de la persona de encontrar el baño y de recordar los debidos procedimientos para ir al baño.
- Cambios psicológicos. La depresión, el estrés, y la fatiga pueden reducir la motivación y la habilidad de permanecer continente.
- Infección. Las infecciones de la vejiga son comunes en las mujeres.
- Medicamentos. Los diuréticos aumentan la salida de orina. Los sedativos disminuyen la conciencia de que se necesita orinar.
- Alcohol. El alcohol aumenta la salida de orina y reduce la conciencia de que la vejiga está llena.

Tipos de incontinencia – Los cuatro principales tipos de incontinencia urinaria son:

- Incontinencia debido al estrés: Escape de orina durante el ejercicio, al toser o al reír.

- Incontinencia debido al impulso: Contracciones involuntarias de la vejiga o apertura del esfínter de la vejiga con impulso repentino de orinar. El tiempo entre el momento en que el cerebro envía el mensaje del impulso y la apertura del esfínter de la vejiga se acorta dando menos tiempo para ir al baño.
- Incontinencia debido a derrames: El escape de pequeñas cantidades de orina de una vejiga constantemente llena. Eso ocurre en hombres que tienen glándulas prostáticas engrandecidas, y personas con diabetes.
- Incontinencia funcional: Problemas con la habilidad funcional o física de llegar al baño a tiempo. Comúnmente ocurre en condiciones tales como derrames cerebrales, pérdida de memoria y la enfermedad de Parkinson. Personas que tienen un control normal no se consideran incontinentes si un trastorno de la movilidad les impide llegar al baño antes de orinar.

Control de la incontinencia

- **Establezca un programa de ir al baño cada dos horas.** Planee los viajes al baño 10-15 minutos antes del momento típico en que la incontinencia ocurrió en un pasado reciente. El hecho de vaciar la vejiga antes que llegue el impulso permite más tiempo para ir al baño.
- **Identifique la ayuda que Ud puede proporcionar.** Por ejemplo, si el acceso al baño es un factor contribuyente, enumere los pasos que necesita tomar para corregir la situación (p.ej., proporcione a la persona un orinal o cómodo en el cuarto, y etiquetee la puerta del baño de modo que la persona confundida pueda identificarlo). Además, incluya intervenciones que quizás ayuden a la persona (p.ej., posicionamiento, aumento de líquidos, y ejercicio). Las siguientes prácticas son seguras en la mayoría de las situaciones:
 - **Recomiende a la persona que se ponga ropa cuyo diseño facilita poder quitarla.**
 - **Recuérdelo de un modo apropiado.** Por ejemplo, use palabras que forman parte del vocabulario de la persona. Una persona con discapacidad de la memoria puede recordar palabras de su infancia tales como hacer "pipí." Si se usan tales términos, asegúrese de que todos entiendan que su propósito no es de degradar a la persona sino de ayudarla.
 - **Proporcione una cantidad amplia de líquidos, a menos que las órdenes del médico indiquen lo contrario.** Una vejiga llena envía mensajes más fuertes al cerebro. Además, fluidos adecuados diluyen la orina, haciendo que sea menos irritante a la pared de la vejiga. En caso de estreñimiento ofrezca un vaso de jugo de ciruelas a la hora de dormir.
 - **Aliente al cliente a que vacíe la vejiga completamente antes de ir a dormir e inmediatamente después de despertar por la mañana.**

2. Almohadillas (toallas) para la incontinencia

Las almohadillas y calzoncillos para la incontinencia ayudan a manejar la falta de control de la vejiga y de los intestinos. Son muy absorbentes y protegen la ropa. Existen muchos

distintos tipos de almohadillas y calzoncillos en el mercado. Si a la persona no le gusta cierto tipo, pruebe otros antes de darse por vencido/a. Por favor no use la palabra “pañales” con personas adultas.

Al ayudar a alguien con un cambio de almohadilla o calzoncillo, el/la DCW debe juntar los suministros (almohadilla nueva, bolsa de plástico, toalla o toallitas húmedas desechables para limpiar la piel). El/a DCW se debe ponerse guantes y ayudar a quitar la almohadilla vieja según sea necesario. Ponga la almohadilla usada en la bolsa de plástico. Ayude a la persona a limpiar el área circundante (se debe limpiar la piel de las enzimas urinarias y fecales que la deterioran). Coloque toda toallita desechable usada en la bolsa de plástico. Ayude al cliente a ponerse la nueva almohadilla. Quítese los guantes y tírelos en la bolsa de plástico. Cierre la bolsa, póngala en la basura de afuera y lávese las manos.

3. El cuidado de ostomías

Una ostomía es una apertura quirúrgica en el abdomen a través de la cual se descargan los materiales fecales y de orina cuando se ha perdido la función normal de los intestinos y de la vejiga. Una **ileostomía** es una abertura a partir del pequeño intestino (la porción ílea), y una **colostomía** es una abertura a partir del intestino grueso (el colon). Ambos tipos descargan heces. Una **urostomía** es una abertura que circunvala la vejiga y descarga la orina.

El cuidado y el manejo de una ostomía depende del tipo que es. Típicamente, la persona tiene puesta una bolsa plástica de colección. Está adherida al abdomen en todo momento para proteger la piel y para recoger los productos. Cuando se necesita una nueva bolsa, la piel se limpia con jabón y agua, se puede aplicar una barrera protectora sobre la piel, y se aplica una nueva bolsa (que quizás se debe cortar de antemano para que quede exactamente sobre la apertura quirúrgica o stoma). La bolsa se vacía cuando le convenga a la persona. De nuevo, cómo se vacía depende del tipo de ostomía de que se trata y de los suministros usados. Algunas colostomías se pueden controlar mediante la irrigación (enema) y sólo requieren un pedacito de gasa o bolsita engomada de plástico para cubrir la estoma entre irrigaciones.

Hay distintos tipos de suministros para las ostomías en el mercado y cada persona tendrá requisitos personales para el cuidado de su ostomía dependiendo del tipo de la ostomía y tamaño del estoma (apertura) y su preferencia personal. Notifique a su supervisor/a si se requiere un cuidado de ostomía.



Recuerde de ponerse guantes cuando ayuda a que una persona use el baño y cuando esté a cargo del cuidado de una ostomía.

4. El cuidado de la piel después de ir al baño

El cuidado de la piel después de ir al baño es extremadamente importante. Como se ha mencionado con anterioridad, las enzimas que contienen la orina y las materias fecales causan irritación de la piel y erupciones. Éstas son parecidas al sarpullido de los bebés. Para personas incontinentes, se recomienda una ducha diaria.

También sería necesario que la persona que usa almohadillas para la incontinencia (no se debe usar la palabra “pañales” a menos que se trate de un bebé), se ponga algún tipo de sustancia protectora de la piel sobre y alrededor de las nalgas, tal como el ungüento A&D.

(Nota: Informaciones más detalladas se pueden encontrar en [Colostomy Guide](#), (Guía acerca de las colostomías) una publicación de United Ostomy Association (la Asociación Unida de Ostomías). Póngase en contacto con UOA at 1-800-826-826.

http://www.uoaa.org/ostomy_info/pubs/uoaa_colostomy_en.pdf.)

Notas para los Facilitadores:

- Haga que los participantes practiquen las siguientes destrezas
 - Asistencia con el cepillado de dientes
 - Asistencia al comer
 - Asistencia al vestir

Actividad opcional

- Divida la clase en pequeños grupos y haga que cada uno adopte una destreza del diario vivir.
 - Bañar
 - Vestir
 - Acicalar
 - Higiene oral
 - Eliminación
- Haga que los participantes enumeren y presenten las técnicas para las actividades de la vida diaria enumeradas más arriba, que promueven la independencia mientras aseguran que se respeten las preferencias de la persona.

H. TRANSFERENCIAS

Notas para los Facilitadores:

Un movimiento tan básico como sentarse o levantarse de una silla puede ser difícil para una persona con discapacidad, dependiendo de su edad, flexibilidad y fortaleza. Técnicas para ayudar a una persona con transferencias pueden variar. Algunas personas requieren un alto nivel de asistencia, también llamado una asistencia máxima. El/la DCW tendrá que usar dispositivos de asistencia, tales como el cinturón de seguridad, o un levantador mecánico. Otras personas requieren menos asistencia, haciendo que el uso de aparatos sea opcional. La altura y

estabilidad de la silla o de cualquier otro asiento también juega un papel en una transferencia exitosa. Un asiento ligeramente alzado es preferible a uno bajo o profundo. Una silla con apoyabrazos también es preferible.

Algunas personas necesitan ayuda con las transferencias. Ejemplos son, meterse o salir de la cama o sentarse o levantarse de una silla.

Hay distintas técnicas y herramientas para el uso de los DCW.

Niveles de asistencia en cuanto a las transferencias

- **Asistencia máxima**
- Levantador mecánico
- Cinturón de seguridad con una persona que puede soportar el 50 % o menos de su peso
- **Asistencia moderada**
- Cinturón de seguridad para una persona que puede soportar el 50% o más de su peso
- Sugerencias verbales con asistencia física moderada
- **Asistencia mínima**
- Cinturón de seguridad opcional
- Ayuda manual con una persona que puede soportar el 85 - 90% de su peso.
- Orientación verbal y física del cliente.
- Estar listo/a para ayudar (para asegurar la seguridad).

Indicaciones generales sobre cómo proporcionar asistencia con transferencias

Aunque los procedimientos pueden variar para ciertos tipos de transferencias, existen indicaciones generales que se pueden aplicar cuando se ayuda con cualquier transferencia.

- Explique cada paso de la transferencia y permita que la persona la complete despacio.
- Instruya a la persona verbalmente acerca de la secuencia de la transferencia (p.ej., "Muévase delante de la silla," etc.).
- Al ayudar con la transferencia de una persona **no** la agarre, tire o levante por debajo de los brazos, (codos, hombros, o muñecas) ya que eso puede causar una lesión de las articulaciones.
- Conozca sus límites: No transfiera a nadie más pesado/a de lo que pueda manejar.
- Si la persona no se puede parar o está demasiado débil para pararse, el/la DCW debe usar un levantador mecánico para la transferencia. Si el mismo no está incluido en el plan de servicio y si no sabe cómo usar un levantador mecánico, pida que su supervisor/a le dé instrucciones acerca de qué hacer.



En ningún momento debe la persona poner las manos alrededor del cuello del/de la DCW durante una transferencia.

1. Principios de la mecánica del cuerpo para la seguridad de la espalda

El uso de la mecánica corporal correcta es una parte importante del trabajo del/de la DCW debido a que:

- La persona que necesita apoyo depende del/de la DCW para asistencia práctica. Si el/la DCW no cuida de su propia espalda usando la mecánica corporal correcta, el DCW no podrá proporcionar tal asistencia.
- El hecho de no usar la mecánica corporal correcta arriesga la seguridad tanto de la persona como del/de la DCW.
- Algunas lesiones causan discapacidades permanentes.

Así como levantar, empujar y tirar bultos pueden dañar su espalda, lo mismo ocurre al inclinarse o tratar de alcanzar algo mientras se está trabajando en el hogar de una persona. Como DCW, Ud quizás haya sido testigo de primera mano del dolor y desgracia que una lesión de la espalda puede causar. La buena noticia es que Ud puede aprender una manera simple de reducir el riesgo de lastimar su espalda.

Los principios de la mecánica corporal que juegan una parte integral de esta sección son:

- **Zapatos adecuados:** Los DCW siempre deben usar zapatos adecuados. Zapatos cerrados antideslizantes.
- **El centro de gravedad sobre la base de apoyo:** Es importante que el/la DCW esté consciente del concepto del centro de gravedad sobre la base de apoyo al trabajar con el cliente. Por lo general, el centro de gravedad de una persona está justamente detrás del ombligo de la misma. Una buena base de apoyo es estar parado con los pies ligeramente apartados y las rodillas un poquito flexionadas.
- **Principios del apalancamiento del cuerpo:** Usando los músculos de las piernas y de los brazos es importante, pero también lo es la aplicación del apalancamiento del cuerpo. Refleje la postura del cliente. Use el cuerpo entero no solamente una parte del mismo.

2. Use el cinturón de seguridad

Un cinturón de seguridad, a veces llamado un cinturón de transferencia, proporciona al DCW un punto seguro para sujetar mientras ayuda a la persona a caminar o hacer actividades de transferencia.

Nota especial:

Asegúrese de que se puede usar un cinturón de seguridad sin riesgo en el caso de esa persona. Ud no podrá usar el cinturón en el caso de:

- Personas que han tenido una cirugía reciente o incisiones en el torso (dentro de las últimas 6-8 semanas).
- Personas con ostomías (p.ej. una colostomía), tubo-G, hernias, un severo EPOC (COPD en inglés), incisiones post quirúrgicas, equipo de monitoreo, tubos o líneas que pueden ser comprometidas por la presión.
- Una persona embarazada. Aplicar un cinturón de seguridad a una mujer encinta puede lesionar al nonato.

Si el/la DCW determina que la persona no puede usar el cinturón de seguridad sin riesgo, el/la DCW debe ponerse en contacto con su supervisor/a para recibir las instrucciones de la agencia acerca de su política y procedimientos específicos.

Procedimiento: Uso del Cinturón de Seguridad

Suministros

El cinturón de seguridad (con dientes de metal o con una hebilla de desenganche rápido).



Descripción del procedimiento

1. Dígale a la persona lo que va a hacer.
2. Posicione a la persona para hacer que el cinturón se enganche con más facilidad. La persona tiene que moverse hacia delante y sentarse al borde de la silla.
3. Coloque el cinturón de seguridad alrededor de la cintura de la persona, arriba del hueso de la pelvis y debajo de la caja torácica. Siempre coloque el cinturón de seguridad por encima de la ropa, y para las mujeres asegúrese que los tejidos del pecho están encima del cinturón.
4. Pase el extremo metálico del cinturón a través de los dientes de la hebilla primero y luego a través del otro lado de la hebilla.
5. Ajústelo para que quede justo pero no incómodo para la persona. Ud debe poder deslizar su mano palma abierta entre el cinturón y la persona.
6. Atraviese el extremo que sobra del cinturón por la banda de la cintura.
7. La correa debe quedar lisa sobre la hebilla.
8. SIEMPRE verifique que la hebilla esté debidamente cerrada antes de usar.
9. SIEMPRE agarre el cinturón de transferencia por la parte de abajo.



10. Quite o afloje el cinturón de seguridad cuando no esté en uso.

Sugerencias prácticas:

- Es importante que Ud pida permiso antes de poner el cinturón de seguridad porque se está por invadir el espacio personal de una persona. Mantenga los derechos de la persona, informándole de todos los procedimientos antes de tomar acción.
- El largo de los cinturones de seguridad es vario; use el tamaño más apropiado para la persona.
- Los cinturones con manijas reforzadas son más fáciles de agarrar y aumentan la seguridad y el control.
- El movimiento que se debe hacer al usar el cinturón es tratar de balancear y tirar en vez de levantar hacia arriba.
- El/la DCW debe caminar un poco detrás de la persona con una mano debajo de la parte trasera del cinturón.
- En algunos cinturones de seguridad, la costura y la etiqueta están en la parte exterior, en otros en la parte interior. No piense que la etiqueta del fabricante está en la parte interior – asegúrese de poner el extremo del cinturón a través de los dientes primero.

¡No se olvide!

- Aplique el cinturón de seguridad encima de la ropa, NUNCA sobre la piel desnuda.
- Verifique en el caso de las mujeres, que el tejido del pecho no esté atrapado por el cinturón.
- Use una buena mecánica corporal al transferir una persona con el cinturón de seguridad.

3. Procedimiento: Transferencia de la cama a estar de pié

Suministros

Zapatos/medias o calcetines antideslizantes.



Descripción del procedimiento

1. Dígale a la persona lo que piensa hacer.
2. Si es posible levante o baje la altura de la cama para evitar que la posición ponga demasiada presión sobre la espalda del/de la DCW.
3. Haga que la persona se vuelva de lado, mirando hacia Ud, con los codos y las rodillas flexionadas.

4. Coloque un brazo alrededor de los hombros de la persona (no el cuello) y el otro alrededor de las rodillas.
5. Dígale a la persona que use el antebrazo para levantarse y la mano opuesta para empujarse hasta alcanzar una posición sentada, mientras Ud apoya la espalda y los hombros del cliente con la mano izquierda.
6. Con la mano debajo de las rodillas de la persona, ayúdela a girar las piernas por el lado de la cama con un movimiento fluido. Ayúdele a moverse hasta el borde de la cama si es necesario.
7. Permita que la persona se siente al borde de la cama por un minuto o dos. Asegúrese de que la persona está orientada y estable antes de intentar que se pare.
8. Ayúdele a ponerse los zapatos antideslizantes (zapatillas deportivas, pantuflas, medias o calcetines antideslizantes, todas ellas son buenas selecciones).
9. Si la cama se alzó o bajó, asegúrese de ajustar la altura para que los pies de la persona toquen el suelo con comodidad.
10. Dígale a la persona que ponga sus pies uniformemente sobre el suelo.
11. Ayude a la persona a levantarse. El/la DCW debe mantener una mano sobre el codo de la persona y la otra detrás de su espalda.

Sugerencias prácticas

- Asegúrese de tener listos los suministros. No deje a la persona al borde de la cama mientras va a buscar las pantuflas o el salto de cama.
- Recuerde de dar apoyo a los miembros y a la espalda durante el procedimiento.
- ¡SEA OBSERVADOR/A! Es común que la presión se baje cuando se va de la posición de acostado/a a la de sentado/a, por lo que a veces la gente se mareo o sufre vértigo. Observe a la persona para ver si hay cambios en su condición, tal como cambio de color, de respiración u otras señas de que está afligido/a.
- Use una buena mecánica corporal al volver, mover o parar a la persona. Proteja su espalda.
- Aliente a que la persona le ayude lo más que posible; eso ayuda a mantener su independencia.

¡No se olvide!

- No se olvide de bajar la cama si se usa una cama mecánica.
- No “tire” a la persona de los brazos, manos, muñecas, etc. Apoye la espalda y las rodillas para evitar lesiones.
- No permita que la persona coloque sus manos/brazos alrededor de su cuello mientras Ud la ayuda.

4. Transferencia de una silla de ruedas

Suministros:

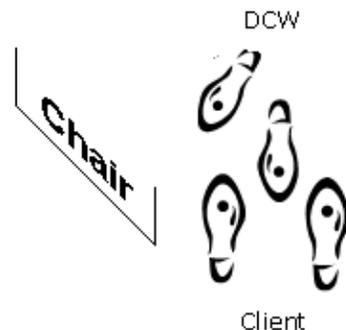
- Silla de ruedas.
- Cinturón de seguridad.
- Silla.



Descripción del procedimiento

Nota: La persona puede soportar el 50% o más de su peso (ayuda moderada)

1. Asegúrese de que la persona puede ponerse el cinturón de seguridad sin riesgo.
2. Explique el procedimiento del cinturón de seguridad a la persona.
3. Pida a la persona permiso para usar el cinturón de seguridad. Explique que es un dispositivo de seguridad y que el mismo será quitado en cuanto se complete el procedimiento.
4. Dígale a la persona lo que va a hacer.
5. Trabe las ruedas de la silla de ruedas.
6. Ponga el descansapié hacia arriba y gírelo hacia un lado o quítelo.
7. Quite el descansabrazos más cercano a la silla (o hágalo caer si es posible).
8. Coloque la silla a un ángulo de 45 grados con respecto a la silla de ruedas.
9. Haga que la persona se mueva al frente del asiento de la silla de ruedas.
10. Use el cinturón de seguridad alrededor de la cintura de la persona para ayudarle a salir de la silla de ruedas (refiérase a la destreza del cinturón de seguridad).
11. Colocación de los pies (dependiendo de la discapacidad o preferencia del cliente):
 - Coloque ambos pies delante de los pies del cliente con los dedos de los pies apuntando hacia afuera.
 - Coloque un pie un poco más adelante del otro. El pie de adelante se coloca entre los pies del cliente.



12. Haga que la persona se agarre de sus hombros o de sus brazos, ¡no de su cuello!
13. Agarre el cinturón de seguridad por ambos lados con los dedos debajo del cinturón.

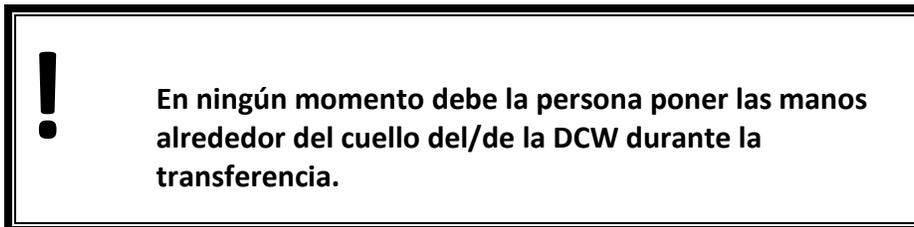
14. Doble las rodillas y las caderas. Levante con sus piernas, no con su espalda.
15. Ayude a la persona a que se pare, reflejando la postura de la misma.
16. Haga que la persona se pare por un minuto, cambiando de peso de un pie al otro.
17. Levante los pies y muévalos para que queden en frente de la silla, a medida que la persona toma pequeños pasos hasta estar en posición parada en frente de la silla.
18. Pregúntele a la persona si siente el asiento de la silla detrás de sus piernas.
19. Haga que la persona ponga sus manos sobre los descansabrazos.
20. Ayude a la persona a que se siente, reflejando la postura de la misma.

Sugerencias prácticas:

- El/la DCW debe siempre usar zapatos apropiados (zapatos de tacón bajo, cerrados y con suelas antideslizantes).
- Use movimientos suaves y fluidos.
- No se apresure al ejecutar el procedimiento de transferencia.
- No transfiera una persona que es demasiado pesada para este tipo de transferencia.

¡No se olvide!

- Mantenga el cuerpo bien alineado; use las debidas mecánicas corporales.
- Muévase girando los pies, sin distorsionar el cuerpo.
- Asegúrese de colocar el cinturón de seguridad de la debida manera.



5. Ayuda con la ambulación (Al caminar)

La ambulación simplemente significa caminar, mover de un lado para otro. Es importante entender que cada persona es diferente en cuanto al nivel de ayuda que necesita.

La ambulación tiene varios beneficios, algunos de los cuales incluyen:

- Aliviar el estrés y la ansiedad.
- Mejorar y/o mantener la fortaleza de los músculos.
- Mejorar la circulación.
- Disminuir los problemas de la digestión y eliminación.
- Mejorar el apetito.

Nota especial:

- Antes de comenzar a trabajar con una persona, Ud debe familiarizarse con el plan de apoyo y con las expectativas y requisitos. Póngase en contacto con su supervisor/a para clarificar la situación.
- Asegúrese que la persona puede usar el cinturón de seguridad sin riesgo. Diríjase a la “aplicación del cinturón de seguridad” para averiguar cuál es el procedimiento y qué contraindicaciones hay.

Suministros

- Un cinturón de seguridad y/u otros dispositivos para la ambulación, tales como un bastón o un andador.
- Zapatos antideslizantes que le quedan bien.



Descripción del procedimiento

1. Comunique el procedimiento/acciones a la persona antes de comenzar.
2. Póngale zapatos antideslizantes que le quedan bien.
3. Póngale el cinturón de seguridad (diríjase al procedimiento para la aplicación del cinturón de seguridad).
4. Asegúrese de que la persona tiene los pies puestos firmemente sobre el suelo.
5. Agarre el cinturón por debajo para mayor seguridad.
6. Haga que el aparato de ambulación de la persona esté listo y a la disposición de la persona si se lo requiere.
7. Camine por detrás y a un lado de la persona durante la ambulación; sujete el cinturón directamente detrás de la persona. Esté consciente de estar apoyando el lado más débil si lo hay.
8. Lado derecho: Ud debe estar parado/a entre las 4 y 5 horas del reloj.
9. Lado izquierdo: Ud. Debe estar parado/a entre las 7 y 8 horas del reloj.
10. Deje que la persona establezca el ritmo y asegúrese de caminar usando el mismo pie que la persona, manteniendo el cinturón de seguridad bien agarrado.
11. Vigile para ver si hay señas de fatiga.



Ambulación con un andador

Cuando ayuda a una persona a ambular con el andador, es imperativo que la persona quede dentro del marco del mismo. Asegúrese que el andador es del tamaño adecuado para la persona.

El/la DCW debe siempre caminar del lado débil de la persona para proporcionar un apoyo adicional si se necesita.

Nota especial: En caso de que la persona se desmorone o pierda su equilibrio, es aceptable dejar que se siente cuidadosamente en el suelo. El/la DCW no debe tratar de levantar, sujetar o agarrar a la persona si ésta empieza a caerse.

Sugerencias prácticas:

- Comunique a la persona cuáles son las expectativas en todo momento.
- Aliente a que la persona ayude lo más que posible.
- Esté consciente de y quite del camino todo obstáculo que pueda causar tropiezos: cuerdas eléctricas, tapetes, trastos.
- Asegúrese de estar parado/a del lado débil de la persona, si lo hay.
- Sea observador/a: la persona puede cansarse con facilidad y sólo poder tomar unas caminatas muy cortas.
- Asegúrese de que los dispositivos de asistencia son del tamaño apropiado; notifique a su supervisor/a si tiene alguna preocupación al respecto.
- Las puntas de los bastones se desgastan con el pasar del tiempo, y puede ser necesario reemplazarlas periódicamente.
- No apesure a la persona porque debe cumplir con su programa.

¡No se olvide!

- Mantenga el cinturón de seguridad bien agarrado.
- No piense que una vez que la persona está levantada y moviéndose, de que continuará manteniendo su equilibrio. Siempre esté preparado/a para una caída.

I. CÓMO GIRAR Y POSICIONAR

Notas para los Facilitadores:

Una persona que permanece sentada por mucho tiempo puede deslizarse fuera de una silla. El/la DCW tiene que ayudar a esa persona para que se repositone (vuelva a su posición anterior). Se debe usar un cinturón de seguridad al proporcionar esta ayuda. Si la persona está sentada en una silla de ruedas, asegúrese de que las ruedas estén trabadas antes de repositonarla. Aún si está bien sentada, se debe alentar a que la persona cambie de posición de vez en cuando, para evitar irritaciones y úlceras por presión sobre la piel.

Cuando una persona permanece en cama mucho tiempo, también es importante darle vuelta y cambiar de posición. Algunas personas solo necesitan que se les avise; otras necesitan que se les preste ayuda. La persona puede alternar posiciones, yendo de estar de espaldas (decúbito supino) al lado (decúbito lateral) o cara abajo (decúbito prono). Algunas camas se pueden

ajustar para que la cabeza esté más alta (posición de Fowler).

1. Introducción

Cómo evitar las llagas por presión (úlceras)

Algunas personas permanecen mucho tiempo en cama o en una silla o en una silla de ruedas. Algunas de ellas pueden cambiar de posición por sí mismas, pero otras necesitan ayuda.

El/la DCW es responsable de:

- Recordarle a la persona de que cambie de posición regularmente.
- Proveer asistencia cuando sea necesario.
- Después de darle vuelta o después de una transferencia, asegurarse de que la persona esté debidamente posicionada.
- Las personas que no pueden cambiar de posición por sí mismas necesitan que el/la DCW cambie su posición en la cama, silla o silla de ruedas cada dos horas. (Vea también la sección sobre el cuidado de la piel.)

Cómo evitar las contracciones

Notas para los Facilitadores:

Una contracción es cuando el músculo se entumece debido a la inmovilización (no poder moverse). Después de un derrame cerebral u otra lesión, los músculos pueden permanecer inactivos por largos plazos. Durante ese tiempo, el músculo se atrofia: se vuelve más pequeño y más corto, algunas veces hasta tal punto que ya no se puede usar. Las contracciones se pueden formar en las manos, los dedos, los brazos, las caderas, las rodillas y las pantorrillas.

Cuando una persona con discapacidad está sentada, asegúrese de que está erguida para evitar que se formen contracciones de los músculos del pecho y de la parte anterior de los hombros. Asegúrese de que ambos pies están puestos uniformemente sobre el piso, y aliente a que la persona mantenga las palmas abiertas y hacia abajo, de forma relajada, sobre la mesa o sobre le descansabrazo. Esto evitará que se formen contracciones en las manos. Poniendo una toallita enrollada en la mano de la persona quizás ayude a evitar las contracciones de la mano y de paso ayudar con la higiene también.

Una vez desarrollada una contracción, el tratamiento puede ser difícil o doloroso. Limita severamente el movimiento y la independencia de la persona. Los **DCW pueden ayudar a evitar contracciones mediante el debido posicionamiento, ejercicio y equipo.**

Una contracción es el entumecimiento de un músculo debido a la inactividad. Cuando los músculos se hacen más pequeños y más cortos, no pueden ser usados debidamente. El tratamiento de las contracciones es doloroso y difícil.

Sugerencias para evitar contracciones:

- Aliente a que la persona se siente bien erguida.
- Ambos pies deben estar uniformemente puestos sobre el piso.
- Las manos deben estar abiertas y relajadas.

2. Procedimientos para girar y posicionar



Procedimiento: Posicionar en la cama

El debido alineamiento de la persona mientras está en la cama puede ser esencial para el confort y descanso adecuado de la persona. El/la DCW debe concienzudamente ayudar a que la persona mantenga un buen alineamiento del cuerpo, atender activamente los puntos de presión y estar consciente del apoyo a las curvas naturales del cuerpo. Estas curvas deben ser apoyadas para evitar presiones indeseables que pueden conducir a zonas de incomodidad o llagas por presión.

El debido posicionamiento:

- Ayuda a que la persona se sienta más cómoda.
- Alivia la tensión.
- Ayuda a que la función corporal sea más eficiente.
- Evita complicaciones con respecto al deterioro de la piel y llagas por presión.

Suministros

- Cama.
- Frazadas.
- Almohadas.

Descripción del procedimiento

1. Tome precauciones para proteger la privacidad de la persona.
2. Comuníquese con la persona acerca de las expectativas y el procedimiento (cómo se siente más cómoda, si tiene algún problema sobre las presiones, cuáles son sus preferencias personales).
3. Alce la cama hasta alcanzar una posición cómoda, baje la barandilla lateral (si se dispone de una cama mecánica).
4. Déle vuelta a la persona a la nueva posición cómoda y preferida (dándole apoyo al torso superior y a la cabeza).
 - Posición supina: de espaldas uniformemente.

- Posición de Fowler: de espaldas con la cabeza levemente alzada.
 - Posición lateral: de un lado o el otro.
 - Posición prona: sobre el estómago.
5. Coloque una almohada debajo de la cabeza de la persona para mayor comodidad.
 6. Los brazos se extienden y apoyan con pequeñas almohadillas, los codos pueden apoyarse o estar fuera de la cama.
 7. Una toalla enrollada puede apoyar los riñones (parte más estrecha de la espalda).
 8. Una pequeña almohadilla se coloca a lo largo y por debajo de los muslos de la persona para evitar rotación externa de la cadera.
 9. Una pequeña almohadilla se coloca debajo de los tobillos y alza los talones fuera de la cama.
 10. Las rodillas se pueden flexionar y apoyar con una pequeña almohadilla o con una frazada enrollada.
 11. Se puede añadir una pequeña almohadilla o rollo a los pies para evitar que se caigan.

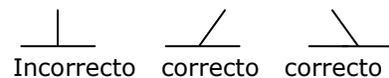
Cómo posicionar a alguien en la cama



Posición supina, de espaldas, usando almohadas como apoyo; los talones fuera de la cama—note que la almohada bajo la cabeza se coloca debajo de los hombros y que hay almohadillas debajo de los tobillos, pantorrillas, y rodillas.



Posición lateral, de lado, con almohadas como apoyo – la persona no debe ser ubicada a un ángulo de 90 grados (cadera a la cama) pero un poco más de lado, yacendo hacia adelante o hacia atrás.





Procedimiento: Cómo posicionar a alguien en la silla de ruedas

Cuando una persona con discapacidad se sienta en una silla de ruedas, asegúrese de que esté erguida para evitar el riesgo de llagas por presión. La debida posición cuando se está sentado/a es cuando el cuerpo está bien alineado y cómodo. Un buen alineamiento involucra tener la cabeza, hombros y caderas directamente encima del eje de la rueda.

Posición incorrecta de las ruedas delanteras



Posición correcta de las ruedas delanteras



Descripción del procedimiento

1. Explique a la persona qué medidas va a tomar para repositonarlo/a.
2. Trabe la silla poniendo a las ruedas en la posición delantera (eso se puede lograr moviendo la silla de ruedas hacia atrás). Entonces las ruedas giran para adelante, estableciendo una base fuerte de apoyo para la silla.
3. Ponga el descansa pie a un lado si lo hay.



4. Párese delante de la persona con el pie izquierdo de la persona entre sus piernas. Haga que la persona se incline hacia delante y ponga la cabeza encima de su cadera izquierda. Esto ubica la gran parte del peso de la persona sobre la nalga derecha. Su brazo izquierdo debe abrazar la espalda de la persona para darle estabilidad.

5. Coloque su brazo derecho debajo del muslo de la pierna izquierda de la persona, presionando ligeramente la rodilla izquierda de la persona contra su propia pierna. (Lo mejor es de usar un área amplia encima de su rodilla para presionar contra la rodilla de la persona). Con un movimiento fluid, use su cuerpo entero para empujar a la persona suavemente hacia la parte trasera de la silla de ruedas.



6. Permita que la persona se siente y luego haga los mismos pasos del otro lado de la persona que debe ser

reposicionada. Quizás necesita hacer esto varias veces (tanto para el lado izquierdo como para el derecho) para obtener el alineamiento correcto de la persona en la silla de ruedas.

Sugerencias prácticas

- Siempre explique a la persona lo que va a hacer.
- Asegúrese de que las ruedas estén trabadas.
- Asegúrese de que el peso de la persona está del lado opuesto del lado que se está por reposicionar.
- Use su cuerpo entero cuando esté reposicionando.
- Prepárese para ejecutar esta técnica reposicionándose a sí mismo/a en una silla: Siéntese al borde de una silla y muévase hacia atrás sin usar la mano. Este movimiento de trasladarse hacia atrás en una silla (primero por un lado y luego por el otro) se usa en la técnica del reposicionamiento.

¡No se olvide!

- Siempre use la debida mecánica corporal. Una mecánica corporal pobre puede lesionar tanto al cliente como al/a la DCW.
- No acelere el procedimiento; Ud quizás deba hacer este procedimiento un par de veces para que la persona llegue a sentarse bien atrás en la silla.
- NO LEVANTE a la persona por encima de los brazos de la silla de ruedas.

Nota: Cuando ejecuta este procedimiento con alguien en la silla, asegúrese de que ésta esté bien trabada y no se mueve.

Escenario para practicar

Juan, que tiene cuadriplegia y usa un levantador mecánico para ser transferido a la silla de ruedas, debe ser reposicionado regularmente en la silla para tener un buen alineamiento al estar sentado. Demuestre cómo Ud volvería a posicionar a Juan si éste se estuviera deslizando de la silla de ruedas.

3. Ejercicios del arco de movimiento (Range of Motion -- ROM)

Los ejercicios del arco de movimiento son la mejor defensa contra la formación de contracciones. Un fisioterapeuta, enfermera a domicilio u otro profesional del cuidado de la salud debe recomendar ejercicios del arco de movimiento para que las personas con discapacidades los puedan hacer en casa. El enfoque de estos ejercicios está centrado en las articulaciones. Cada moción debe ser repetida despacio y suavemente, y nunca más allá del punto de dolor. **Nunca haga ejercitar una articulación hinchada o roja.**

Algunas personas pueden hacer ejercicios del arco de movimiento independientemente; quizás sólo necesiten aliento y dirección de su parte. Otras necesitarán que las ayude. Eso quiere decir ayuda para levantar, estrechar y mover los miembros y las articulaciones, o de recibir indicaciones sobre cómo ejecutar el ejercicio. Algunas otras, con mayores limitaciones físicas, quizás dependan de alguien para que les mueva los miembros durante los ejercicios. A pesar de cuánto se involucra o no, la persona se beneficiará por haber hecho el movimiento: le permitirá mantener un mayor arco de movimiento.

Los ejercicios activos del arco de movimiento (Active ROM exercises) los hace la persona.

Los ejercicios pasivos del arco de movimiento (Passive ROM exercises) los hace el/la DCW. Los ejercicios pasivos ROM deben ser aprobados por un profesional del cuidado de la salud para limitar la responsabilidad legal. Refiérase al plan de apoyo o pida que su supervisor/a le dé instrucciones antes de prestar ayuda con algún ejercicio.

4. Aparatos de asistencia

Los andadores y sillas de ruedas son aparatos comunes que ayudan a las personas con su movilidad. El/la DCW debe conocer estos aparatos y saber cómo usarlos con seguridad.

Nota para los Facilitadores:

Los individuos de mayor edad pueden usar un bastón. Vea el apéndice para más información acerca de los bastones.

Los andadores ocupan el segundo puesto después de los bastones en cuanto a la cantidad de usuarios. Desde que fueron introducidos más de doscientos años atrás, los andadores han cambiado enormemente. Hay muchos modelos, tamaños y estilos. El tamaño de las ruedas y el peso del andador varía enormemente en los distintos modelos de andadores con ruedas.

Andadores

Los andadores son populares: casi dos millones de personas en los EUA los usan. Los andadores son serviciales para personas con artritis, rodillas o tobillos débiles o problemas con la estabilidad. Capaces de apoyar hasta el 50% del peso de una persona, los andadores son más estables que los bastones.

Clases de andadores

El **andador estándar** (sin ruedas, véase la foto en la pág. 45) es el tipo más básico y más común usado en la terapia. Para operar, la persona levanta el andador, lo mueve adelante y lo pone de nuevo sobre el piso, con cada paso. Debido a que se tienen que levantar, su uso extenso puede causar tensiones en las muñecas, hombros y brazos.

Con un **andador de ruedas** (2 ruedas), el usuario simplemente empuja al andador hacia delante. No es necesario levantarlo, así que el modo de caminar es más natural.

Los andadores de dos ruedas tienen frenos automáticos que operan cuando alguien empuja al andador hacia abajo. Algunos tienen elementos auto deslizantes que permiten que las piernas traseras apenas rocen la superficie.

Muchos andadores estándar y de ruedas se pliegan haciendo que su almacenaje y transporte sea más fácil.

Andadores rolantes (3 o 4 ruedas) requieren menos energía. Se hace más fácil deslizarse sobre alfombras y umbrales y aún dar vuelta atrás. Los andadores rolantes a menudo tienen frenos de mano. Todos son más pesados que los andadores rígidos o plegables. Muchos andadores no se pliegan por lo que son difíciles de transportar.

Uso eficaz del andador

- Un profesional, tal como un médico o fisioterapeuta, debe ayudar a elegir o recetar un andador y luego demostrar cómo se camina correctamente con él.
- La altura de un andador es óptima cuando los codos flexionados de los brazos de la persona están a un ángulo de 20 a 30 grados. La parte superior del manubrio del andador debe tener la misma altura que la curva de la muñeca de la persona.
- Para evitar tropiezos o caídas, la persona debe:
 - Siempre mirar adelante, y no a los pies.
 - Caminar adentro del andador (evitando empujar al andador adelante demasiado lejos como si fuera un carrito de supermercado).
 - Usar el andador solamente en lugares bien iluminados. Se deben evitar lugares con trastos, tapetes, y cables.
 - Calzar zapatos apropiados. Zapatos de tamaño adecuado con suelas de goma son los mejores. Se deben evitar calzados sin ajustar, tales como zapatillas, o zapatos con suelas deslizantes.
 - Evite usar el andador en las escaleras.

Cuartos pequeños, tales como los baños, pueden impedir el uso seguro de un andador. Una solución es de instalar barras de sostén. Con un andador de ruedas, es posible que Ud pueda reversar las ruedas las que entonces quedan al interior del andador, ahorrando 3-4 pulgadas de espacio.

Nota para los Facilitadores:

A las personas con discapacidades del desarrollo se les toman medidas para sus sillas de ruedas si las necesitan. Lo mismo no ocurre para personas mayores de edad quienes suelen comprar una silla de ruedas usada. El uso de una silla de ruedas puede ser inferior al nivel óptimo si ésta no se mide debidamente. Vea el apéndice para informaciones adicionales.

Sillas de Ruedas

La silla más común es la **silla de ruedas estándar**. Puede pesar más de cuarenta libras. El peso de una silla de ruedas ligera (20-25 libras) es más fácil de transportar o almacenar.

Las sillas de ruedas eléctricas tienen baterías. Requieren poca fuerza para operar. Pueden ser pesadas y grandes y requieren una camioneta para transportarlas.

Las motonetas también son eléctricas. La apariencia de una motoneta es de una silla montada sobre una plataforma con ruedas.

Accesorios para una silla de ruedas

- Tablas de transferencia permiten que una persona se mueva de la silla de ruedas a otro asiento o cama sin tener que pararse de pie.
- Las banderitas de seguridad hacen que la persona o la silla de ruedas sea más visible. Es una banderita roja sujeta a un mástil delgado y largo.
- Algunas sillas de ruedas tienen cestos y paragolpes.

Actividad:

Haga que los participantes practiquen las siguientes destrezas:

- Asistencia con ambulación / uso del cinturón de seguridad.
- Técnicas para posicionar a una persona (en la cama / silla de ruedas).
- Transferencia a o fuera de una silla de ruedas.

Recursos Opcionales

Para el/la

Instructor/a

El cuidado de los dientes postizos

Los dientes postizos se deben limpiar al menos una vez al día para evitar manchas, mal aliento e irritación de las encías. Dientes postizos parciales requieren el mismo cuidado que las dentaduras postizas enteras. Si Ud ejecuta esta tarea para la persona, siga este procedimiento recomendado:

1. Lávese las manos antes y después de manejar las dentaduras y use guantes desechables.
2. Use un pañuelo de papel o una toallita de mano limpia para levantar un lado, romper la succión y quitar las dentaduras de la boca de la persona.
3. Examine la boca para ver si hay dientes flojos o rotos, hinchazones, zonas rojizas o sangre. Cualquiera de estas condiciones pueden indicar dentaduras mal ajustadas o un problema bucal de más severidad.
4. Coloque las dentaduras en un envase lleno de agua fría.
5. Limpie las dentaduras arriba de una palanganita llena de agua o cubierta con una toallita de mano para evitar que se rompan las dentaduras si por acaso se caen.
6. Mantenga las dentaduras dentro de la palma de su mano. Cepilla la parte interior de la dentadura superior primeramente, luego los dientes y la zona del paladar. Enjuague bien.
7. Haga que la persona se enjuague la boca antes de volver a colocar las dentaduras. Proporcione un enjuague bucal tal como una solución de agua con sal. Se recomienda un enjuague salino tibio por la mañana, después de las comidas y al acostarse.
8. Aplique la crema o adhesivo de las dentaduras sobre las mismas antes de reemplazar, según la preferencia del cliente.
9. Almacene las dentaduras en agua cuando no estén en la boca del cliente. Eso impide que se tuerzan. Las dentaduras se deben remojar en agua de 6 a 8 horas cada día (generalmente por la noche).



Procedimiento: El baño en cama

El baño es una actividad de la vida diaria que limpia la piel, mejora la circulación y proporciona una oportunidad para usar el arco de movimiento y para la socialización. Es preferible transferir a la persona a una silla para darle un baño parcial o a un banco para la ducha. Cuando esto no es posible debido a la debilidad de la persona o su resistencia disminuida (la persona no puede sentarse erguida por mucho tiempo), o debido a problemas respiratorios que hace que las transferencias sean demasiado exigentes, entonces se necesita dar un baño en cama.

Suministros

- Palangana con agua.
- Jabón a base de lanolina (un jabón que no requiere enjuague es el mejor).

- Al menos cuatro toallas absorbentes y suaves y dos toallitas de mano suaves.
- Guantes desechables.
- Loción hidratante para el cuerpo.

Descripción del procedimiento

1. Pregunte a la persona cuáles son sus preferencias, y basándose en su respuesta, junte los suministros, y planee cómo va a proceder.
2. Explique qué va a hacer y continúe hablando a la persona a través de cada paso del baño.
3. Ayude a la persona a quitarse la ropa, los anteojos, y las joyas.
4. Póngase los guantes desechables.
5. Cubra a la persona con dos grandes toallas, una para cubrir desde los hombros a la cintura y la otra desde la cintura a los dedos de los pies. Luego quite la ropa de cama por debajo.
6. Use una toallita de mano para la limpieza y otra para enjuagar (a menos que se use un jabón que no requiere enjuague).
7. Haga que la persona se lave su cara si puede hacerlo, asegurando que las zonas detrás de las orejas se laven y secan.
8. Coloque la toalla a lo largo del brazo de la persona. Lave, enjuague y seque con palmaditas el brazo, debajo del brazo y la mano (coloque las manos en la palangana si es posible).
9. Repita con el otro brazo, debajo del brazo y la mano.
10. Levante la toalla del pecho justamente para mostrar el pecho y lavarlo, enjuagarlo y secarlo a palmaditas. Vuelva a cubrir el pecho.
11. Levante la toalla que cubre el abdomen y lave la zona de la ingle. Enjuague y seque a palmaditas. Reemplace la toalla.
12. Cambie el agua apenas se vuelve fría.
13. Coloque la toalla a lo largo de la pierna de la persona. Lave, enjuague y seque la pierna y el pie a palmaditas. Asegúrese que el área entre los dedos esté seca. Examine los talones para ver si hay alguna señal de problemas con la piel.
14. Repita el mismo proceso con el otro lado del cuerpo.
15. Vuelva la persona hacia el lado opuesto al suyo.
16. Exponga sólo la espalda, ponga una toalla a lo largo y cerca de la misma.
17. Empezando por los hombros y trabajando hacia abajo, hacia las nalgas, lave, enjuague y seque a palmaditas la espalda. Examine la zona del cóccix para ver si hay problemas de la piel (éste es un lugar común para estos problemas).
18. Vuelva la persona a la espalda. Si la persona no puede lavarse la zona genital, hágalo para él o ella, siempre limpiando desde la zona genital a la zona anal (de adelante a atrás). (Vea “el cuidado perineal” más abajo.)
19. Vuelva la persona a un lado. Lave la zona rectal, de adelante a atrás, enjuague y seque a palmaditas.
20. Aplique loción hidratante mientras la piel esté todavía húmeda.
21. Ayude a la persona a vestir.

Cuidado perineal

El cuidado perineal (peri-care) es el término usado para la limpieza de la zona genital. Asegúrese de proporcionar privacidad y comodidad. Cierre la puerta y las persianas si es necesario para preservar la privacidad. Use una toalla o sábana de baño para mantener a la persona cubierta mientras ejecuta el procedimiento del cuidado perineal.

- **Cliente femenino:** Haga que la mujer se acueste sobre la espalda con las rodillas dobladas. Visibilice la zona y separe los labios. Haga un pase de la toallita de mano de adelante a atrás. Déle vuelta a la toalla y haga otro pase de la toallita de adelante a atrás. Continúe hasta que la zona se haya limpiado. Enjuague con agua usando el mismo procedimiento y seque a palmaditas.
- **Cliente masculino:** Haga que el hombre se acueste de espaldas. Si la persona es incircuncisa retracte el prepucio. Agarre el pene y con un movimiento circular límpielo desde la punta al eje. Déle vuelta a la toallita y repita desde la cabeza del pene al eje. Lave el escroto. Enjuague con agua y seque a palmaditas. **Para la persona masculina incircuncisa ponga el prepucio en su lugar original.**
- **Para la zona rectal de tanto el cliente femenino como masculino:** Haga que la persona se acueste del lado opuesto al suyo. Si es necesario separe las nalgas para visibilizar la zona anal. Limpie de adelante a atrás, dando vuelta a una nueva parte de la toallita de mano con cada pase hasta que la zona esté limpia. Enjuague con agua y seque a palmaditas.

Sugerencias prácticas

- A través del procedimiento se debe alentar a la persona a que ejecute cuanto más pueda de la rutina del baño como sea posible.
- El/la DCW debe asegurar la privacidad y dignidad del cliente exponiendo sólo las zonas necesarias durante el bañado. Cierre la puerta y las persianas o cortinas, si es necesario.
- Asegúrese de que el cuarto esté tibio y que no hay corrientes.
- Tenga cuidado de no cansar demasiado a la persona. Si la persona se cansa, termine con las zonas más importantes (cara, manos, debajo de los brazos y zona genital) y deje el resto para otro día.
- Cuando esté lavando los ojos, limpie un ojo, luego dé vuelta a la toalla y limpie el otro, de tal modo como para no contaminar el uno con el otro. Lo mismo se hace para el cuidado perineal. Para una mujer, se limpia de adelante a atrás, se da vuelta a la toallita y se limpia de adelante a atrás, repitiendo hasta que el lugar quede limpio.
- No se debe fregar ni frotar, ya que eso puede causar moretones, o agrietar la piel de más edad.
- Cuando se aplica una loción hidratante, masaje suavemente las prominencias óseas (p.ej., caderas, rabadilla, codos) usando un movimiento ligero y circular. Vigile para ver si hay algún cambio en la piel. No masaje las piernas—una pobre circulación a menudo causa que se formen coágulos que pueden ser desalojados por el masaje.

¡No se olvide!

- Lave las zonas desde la parte limpia a las partes sucias, es decir, de cabeza al recto. No tiene tanta importancia si se lava un brazo y pierna y luego otro brazo y pierna, o si se lavan ambos brazos y ambas piernas a la vez.
- La comunicación es muy importante antes y durante el procedimiento. Eso incluye la comunicación no verbal durante el cuidado perineal. Si Ud se siente incómodo/a o hesitante, la persona probablemente sentirá lo mismo. Aún si la persona no puede hablar, continúe hablándole.
- Mantenga el agua tibia para más confort. El agua fresca puede causar que la persona se enfríe.

Cuidado del catéter

a. Catéter interno (“Foley”)

Un catéter interno es un largo tubo insertado en la vejiga. Se lo inserta a través de la uretra, la apertura normal de la vejiga. Es importante reducir el riesgo de infecciones en la vía urinaria. Eso se logra con la limpieza en que se mantiene el catéter, los tubos y las bolsas de drenaje y con el debido posicionamiento de los tubos y de las bolsas de drenaje. **Los cambios rutinarios del catéter los ejecuta una enfermera, pero es la responsabilidad del/de la DCW de notificar al/a la supervisor/a y enfermera si hay algún cambio en la orina o si el cliente se queja de un dolor.** Las pautas para el cuidado son:

1. Asegúrese de que se ha permitido que la orina fluya libremente. Los tubos no deben tener vueltas o nada que obstruya el flujo.
2. Mantenga la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga cuando se está en cama, usando un andador o en una silla de ruedas. No sujete la bolsa de drenaje a la barandilla de la cama.
3. No ponga la bolsa de drenaje en el piso ya que el sistema puede contaminarse.
4. Mantenga los tubos enrollados sobre la cama y por encima de la bolsa de drenaje.
5. Asegure el catéter al muslo interior con cinta adhesiva o con una correa de catéter para reducir la fricción y el movimiento del catéter en el lugar de inserción.
6. Verifique si ha habido escape de orina y dé parte del resultado a su supervisor/a.
7. Limpie el lugar de inserción del catéter cuando esté dando el cuidado diario de la zona perineal y, si se necesita, después de la eliminación y drenaje vaginal, usando el procedimiento descrito más abajo.
8. Vierta la bolsa de drenaje por la mañana y de noche antes de acostar, y cada vez que sea necesario. Dé parte de cualquier queja de dolor, irritación, deseo de orinar, o cambios en las características de la orina, tal como color, claridad y olor a su supervisor/a.

Para limpiar el catéter en el sitio de inserción:

Póngase guantes. Separe los labios (cliente femenino) o retracte el prepucio (cliente masculino). Examine el sitio del catéter para ver si hay costras o un drenaje anormal. Sujutando el catéter en su lugar con los dedos, límpielo desde el meatus (apertura de

la uretra) a lo largo del catéter, cerca de cuatro pulgadas. Use jabón y agua. Evite tirar del catéter, ya que puede causar dolor. Asegúrese de que el catéter está debidamente asegurado y continúe con el resto del cuidado perineal. Reemplace el prepucio del cliente masculino a su posición original.

b. Catéter suprapúbico

Un catéter suprapúbico se inserta a través de una apertura quirúrgica, permanente en la parte inferior del abdomen de la vejiga para drenar la orina. El catéter se sujeta luego a una bolsa de drenaje urinario o a una bolsa de pierna. El cuidado es el mismo como el cuidado del catéter interior detallado más arriba.

c. External Catheter

Un catéter externo (al que también se llama catéter búfalo, catéter de Tejas, o catéter condón) se aplica como un condón al pene del cliente masculino y luego se sujeta a la bolsa de drenaje urinario o bolsa de pierna. El extremo del pene no debe rozar el interior del catéter. Éste último se debe cambiar cada 24 horas y el pene se debe lavar y secar a palmaditas antes de aplicar un nuevo catéter.



Procedimiento: Cómo vaciar una bolsa de drenaje

Una persona con un catéter interno urinario tiene algún tipo de dispositivo para recoger la orina comúnmente llamado una bolsa de catéter. Esta bolsa debe ser vaciada por la persona misma o por el/la DCW regularmente, con atención especial a las prácticas de control de infecciones.

Suministros

- Una bolsa de catéter (una bolsa grande puede ocupar 2000 cc de orina-algunas veces se refiere a ella como la bolsa de drenaje nocturna).
- Guantes desechables
- Envase de colección (puede ser un urinal, pequeña jarra, o dispositivo comparable)
- Opcional: jugo de manzana y bolsa de pierna (ocupa 600-900cc y generalmente la usan las personas más movibles)

Descripción del procedimiento

1. Explique a la persona qué pasos va a tomar.
2. Lávese las manos, póngase los guantes.
3. Coloque el envase de drenaje debajo del nivel de la vejiga de la persona.
4. Desenganche el tubo y abra la tuerca por encima del envase (tenga la precaución de no tocar el tubo del lado del envase).
5. Vacíe la orina en el envase, cierre la tuerca y vuelva a sujetar el tubo a la bolsa de orina.
6. Vacíe el contenido del envase en el inodoro.
7. Enjuague el envase y vacíe el agua del enjuague en el inodoro y tire la cadena.
8. Desinfecte el envase, séquelo con toallas de papel y póngalo donde se lo almacena.

9. Quítese los guantes y lávese las manos siguiendo los debidos procedimientos.



Procedimiento: Cómo se posiciona el cómodo

La eliminación regular y periódica de los desechos del cuerpo es esencial para mantener una buena salud. Las personas que están confinadas a la cama y cuya ambulación es limitada deben confiar en el/la DCW para ayudarles a ejecutar esta tarea. Eso a menudo incluye ayudar a que la persona tome la debida posición y use un cómodo. Es importante entender y ser capaz de demostrar esta destreza debidamente. El/la DCW debe estar consciente de las inquietudes emocionales de la persona, preservar su privacidad y dignidad mientras se ejecuta esta tarea manteniendo al mismo tiempo una buena higiene personal.

Suministros:

- Cómodo con cobertura (si está disponible)
- Recipiente de agua tibia
- Toallita individual
- Guantes desechables
- Toallas de papel/almohadilla protectora
- Persona, Voluntario/a para posicionar y prestar realidad a la escena
- Manequín/muñeca si no hay voluntarios
- Papel higiénico
- Jabón
- Toalla
- Talco para bebés o de maizena (si está disponible)

Descripción del procedimiento

1. Explique el procedimiento/las expectativas a la persona.
2. Haga disposiciones para la privacidad de la persona.
3. Junte los suministros, coloque todo, menos la almohadilla protectora, sobre la mesita de noche.
4. Lávese las manos, póngase los guantes.
5. Alce la cama hasta alcanzar una posición cómoda y baje la cabecera si está elevada (si se trata de una cama mecánica).
6. Coloque la almohadilla protectora sobre la cama o silla.
7. Doble las cobijas, levante el camisón de la persona, o ayúdele a bajar la parte inferior de los pijamas.
8. Ponga talco o maizena alrededor del borde del cómodo para que se deslice con más facilidad. El hecho de colocar una toalla de papel en el fondo del cómodo ayuda a vaciar y limpiarlo más tarde con facilidad y por completo.

Si la persona puede ayudarlo:

1. Pida que flexione las rodillas, coloque los pies uniformemente sobre el colchón.
2. Pida que la persona alce las nalgas. El/la DCW puede ayudar, poniendo una mano en la región baja de la espalda, levantándola con suavidad con una mano.
3. Empuje el cómodo hacia abajo dentro del colchón, y deslícelo debajo de las caderas de la persona.
4. Para quitar el cómodo, ruede a la persona hacia un lado, empuje el cómodo hacia fuera del colchón, sujetándolo cuidadosamente para no vaciar el contenido. Asegúrese de que los contenidos del cómodo estén cubiertos con papel higiénico.
5. Ayude a la persona a lavarse las manos con agua y jabón o con un limpiador antiséptico si se necesita.
6. Reemplace el camisón y las cobijas. Proporcione seguridad y confort.
7. Lleve el cómodo al baño.
8. Vacíe el contenido en el inodoro, teniendo cuidado de no salpicar.
9. Enjuague, desinfecte, seque y almacene el cómodo usando los debidos procedimientos para el control de infecciones.
10. Asegúrese de que la persona está segura, y baje la cama.
11. Quítese los guantes y lávese las manos.
12. Comuníquese con la persona acerca de lo cómoda que está y de la posición que tiene, según sea necesario.

Si la persona no puede ayudarlo:

(Empiece el procedimiento según se ha detallado más arriba del #1-8)

9. Ruede la persona hacia un lado, alejándola del o de la DCW.
10. Empuje el cómodo hacia el colchón y ruede a la persona de vuelta sobre el cómodo.
11. La parte angosta debe apuntar hacia el pie de la cama.
12. Las nalgas de la persona deben descansar en la parte superior y redonda del cómodo.
13. Verifique que todo está en la debida posición para evitar escapes, mirando al cómodo desde arriba, entre los muslos de la persona.
14. Reemplace las cobijas y levante la cabecera (si se puede).
15. Coloque el papel higiénico cerca del alcance del cliente.
16. Asegure la privacidad y la seguridad.
17. Permanezca cerca para poder oír cuando la persona le llama para decirle que ha terminado.
18. Traiga un recipiente de agua tibia/suministros del cuidado perineal a la cama.
19. Ayude con el cuidado perineal (limpiado) según se necesite si la persona es incapaz hacerlo por sí misma.
20. Baje la cabecera de la cama y quite el cómodo.
21. Para quitar el cómodo, ruede a la persona a un lado, empuje el cómodo hacia el colchón, sujetándolo cuidadosamente para que no se vacíe. Asegúrese que el contenido del cómodo esté cubierto por papel higiénico.

22. Ayude a la persona con el lavado de las manos o con un limpiador antiséptico, si se necesita.
23. Reemplace la ropa y las cobijas. Proporcione seguridad y confort.
24. Lleve el cómodo al baño.
25. Vacíe el contenido en el inodoro, teniendo cuidado de no salpicar.
26. Enjuague, desinfecte, seque y almacene el cómodo usando el debido procedimiento para el control de infecciones.
27. Asegúrese de que la persona esté segura y baje la cama.
28. Quítese los guantes y lávese las manos.
29. Comuníquese con la persona acerca del confort y posición según sea necesario.

Sugerencias prácticas:

- Siempre discuta con la persona sus preferencias y qué hacer para que esté lo más cómoda posible.
- Recuerde de juntar los suministros de antemano.
- Siempre mantenga la seguridad y privacidad del procedimiento (al alzar o bajar la cama, o poner las barandillas).
- Éste es un buen momento para hacer evaluaciones de la piel, mirando para ver si hay “puntos calientes.”
- Aliente a que la persona ayude lo más que pueda; eso ayuda a mantener la independencia.
- Permanezca cerca para poder oír cuando la persona haya terminado; no la deje sobre el cómodo demasiado tiempo.
- No ponga el cómodo sucio en la mesita de noche.
- Una conversación informal con la persona hace que la tarea sea más agradable tanto para el/la DCW como para el cliente.

¡No se olvide!

- Discuta el procedimiento con la persona. No vaya simplemente a ejecutar el procedimiento mecánicamente.
- ¡No se olvide de sus guantes!
- Asegúrese de cubrir a la persona y mantener su dignidad durante el procedimiento entero.
- Use una buena mecánica corporal al darle vuelta y al rodarla – proteja su espalda.
- No se olvide de ayudar a la persona con su higiene personal, tal como lavarle las manos.

Escena para la práctica:

La Sra. Chin tiene 86 años de edad y recientemente se cayó y fracturó la cadera, la cual se corrigió mediante cirugía con varillas y clavijas, pero que todavía le causa mucho dolor cuando camina. El turno del/de la DCW con la Sra. Chin empieza a las 7am, y consiste de ayudarla a levantarse, darle cuidado personal, ayudarla a vestir y a tomar el desayuno. Lo primero que quiere hacer por la mañana es usar el cómodo.

Por favor demuestre cómo ayudaría Ud a la Sra. Chin para que use el cómodo, usando las debidas técnicas.

Ambulación: Los bastones

La manija del bastón debe estar adonde cae la muñeca de la mano más fuerte de la persona mientras ésta está parada con el brazo al lado del cuerpo. La persona debe usar el bastón del lado más fuerte y el/la DCW debe caminar por el lado más débil desde donde puede prestar ayuda.

Bastones de metal son preferibles a los de madera, ya que ésta última se puede astillar o rajar. El bastón de cuatro pies ofrece más estabilidad para ayudar a que el usuario mantenga su equilibrio mientras camina.

Uso eficaz del bastón

- La manija del bastón debe tener la altura de la muñeca de la mano opuesta a la del lado más débil de la persona. Mientras el cliente esté parado y agarrando el bastón, el codo debe estar a un ángulo de 20 a 30 grados.
- Una persona no debe subir o bajar las escaleras con bastón, o sin usar el pasamano o el apoyo de otra persona del lado opuesto. La mayoría de los bastones de cuatro pies y demás bastones de base amplia no se pueden usar en las escaleras con seguridad.
- Es mejor no usar bastones sobre superficies donde hay nieve o hielo porque se pueden resbalar. Sin embargo, regatones de metal o goma que se adhieren al hielo pueden dar mayor protección contra los resbalos.
- Bastones con regatones en la punta proporcionan tracción, absorben los impactos y por lo tanto protegen la mano. Asegúrese de que los mismos no se hayan gastado. Regatones de reemplazo se hallan disponibles en las farmacias más grandes.
- Una correa de muñeca sujeta a la manija del bastón es conveniente. Permite que la mano esté libre sin tener que dejar de lado al bastón. También impide que a la persona se le caiga el bastón.

Información adicional sobre las sillas de ruedas

Hoy día, personas mayores de edad usan más sillas de ruedas que cualquier otro grupo de edad. A medida que crece la cantidad de personas que usan sillas de ruedas, las dimensiones, características y tipos de sillas se hacen cada vez más diversos. Desafortunadamente mucha gente no está consciente de que existe una gran variedad de sillas de ruedas apropiadas para distintos requisitos y sólo conocen la silla de ruedas estándar de tareas pesadas.

Mucha gente compra sillas de ruedas en ventas de garajes, o las reciben como regalo de parte de amistades bien intencionadas. Desafortunadamente, esta práctica conduce a que el usuario y la silla no "cuadren" bien el uno con el otro, lo que puede llevar a problemas con la piel en el futuro. Para evitar esta situación, es muy importante consultar con un experto, tal como un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional, antes de seleccionar una silla de ruedas.

Las personas a menudo usan las sillas de ruedas durante largos períodos del día, así que es importante que sean cómodas.

Las sillas de ruedas eléctricas operan a base de baterías y requieren menos fuerza física para mover que las sillas estándar manuales. Proporcionan independencia para personas que no pueden propulsarse mediante las sillas manuales. Ya que estas sillas tienen que llevar baterías pesadas y sistemas eléctricos, sus estructuras son generalmente más fuertes que las de las sillas manuales. Debido al equipo extra que llevan, las sillas eléctricas pueden ser un poco más anchas, más pesadas y no plegables y son difíciles de maniobrar en lugares estrechos. La mayoría de las sillas eléctricas deben ser transportadas mediante una camioneta. El suministrador debe explicar cómo y cuándo se deben cambiar las baterías. Con un uso regular, la batería debe durar como mínimo un año antes de que sea necesario reemplazarla. Ya que las baterías de las sillas de ruedas son distintas de las baterías de un auto, compre baterías solamente a partir de un suministrador de sillas de ruedas. Las motonetas también operan a base de baterías y se parecen a una plataforma horizontal con tres ruedas y una silla.

Las motonetas son útiles para personas que pueden caminar cortas distancias pero necesitan ayuda para caminatas más largas. Algunas motonetas se pueden desmontar fácilmente para luego transportarlas en el baúl del coche. Al seleccionar una motoneta, verifique si puede levantar la parte más grande y pesada de la misma una vez desmontada. Eso puede ayudarle a determinar cuán transportable es aquella motoneta en su propio caso.

PRINCIPIOS DEL CUIDADO MÓDULO DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

CAPÍTULO NÚMERO 8: APOYO POSITIVO DEL COMPORTAMIENTO

GUÍA PARA LOS FACILITADORES

CONTENIDO:

- A. Maneras de entender el comportamiento
- B. El papel del DCW (trabajador de cuidado directo) al apoyar el comportamiento de un modo positivo
- C. Técnicas del apoyo eficaz

Tiempo estimado para este capítulo: 2.5 horas

Materiales necesarios:

1. Guía para los Facilitadores
2. Guías para los Participantes

COMPETENCIAS:

(SABER O PODER:)

1. Identificar las razones por las cuales pueden ocurrir comportamientos.
2. Identificar las maneras en que el DCW (trabajador de cuidado directo) puede llegar a conocer a la persona con la cual trabaja y a apreciar qué funciona con esa persona para apoyar el éxito.
3. Identificar qué puede hacer el DCW para prestar un apoyo positivo al comportamiento y evitar problemas.
4. Identificar qué puede hacer el DCW cuando surge un conflicto.
5. Describir y/o jugar el papel de cómo redireccionar el enfoque de una persona para evitar una lucha por el poder.

TÉRMINOS CLAVE:

Apoyo positivo del comportamiento	Comportamiento
Observable	Redirección

A. MANERAS DE ENTENDER EL COMPORTAMIENTO

Nota para los Facilitadores:

Introduzca el tema del Apoyo Positivo del Comportamiento declarando que es simplemente una filosofía o enfoque para ayudar a que las personas mejoren los desafíos comportamentales que quizás enfrenten. Es un modo de ayudar a que la persona se sobreponga a costumbres o patrones de comportamiento que le impiden lograr sus metas o que constituyen un peligro para ellos mismos o para alguna otra persona. El primer paso para comprender qué significa el apoyo positivo del comportamiento es de entender el comportamiento en sí.

¿Qué es el comportamiento?

El comportamiento es acción. Es lo que alguien hace.

Nota para los Facilitadores:

Actividad:

El/la Facilitador/a pregunta: ¿Qué es el comportamiento? Y luego registra o repite las respuestas (la mayoría responderá correctamente que es una acción o lo que alguien hace). Entonces el/la facilitador/a pregunta: “la ira/el enojo es un comportamiento?” Algunos dirán que “sí,” otros que “no.” El/la Facilitador/a entonces preguntará a los que respondieron que “no,” “qué es la ira/el enojo?” Las respuestas deben ser “emoción” o “sentimientos.” Dé validez a la respuesta, la ira/el enojo es una emoción. Puede ser una posible *razón* que da raíz al comportamiento, pero no es una acción o comportamiento. Las acciones se pueden ver u oír o de cierto modo medir. Las emociones no se pueden ni ver ni oír, ya que se pueden ocultar y permanecer sin observar.

Actividad:

Pida que los participantes tengan una sesión lluvia de ideas con la persona a su lado acerca de algunas de las características del comportamiento. Hay lugar en su paquete para escribir las respuestas. Después de dar al grupo 1-2 minutos, pídeles que digan en voz alta lo que pensaron. Escriba sus respuestas en la pizarra blanca o bloc de papel de diario. Resuma los puntos clave enumerados más abajo. Esos son los que también se incluyen en la guía para el participante.

Notas:

Características del comportamiento:

- El comportamiento es una **acción**.
- El comportamiento se puede medir o contar.
- El comportamiento tiene un comienzo y un fin.

- El comportamiento tiene una razón, un propósito, y/o significado.
- El comportamiento comunica algo.

¡El comportamiento significa que estamos vivos, involucrados y participes en nuestras propias vidas!

¡El comportamiento nos ayuda a sobrevivir!

¡El comportamiento nos ayuda a gozar de la vida!

¡El comportamiento nos ayuda a ver que nuestros requisitos se cumplan!

¡El comportamiento nos ayuda a comunicarnos con otros!

Las personas siempre demuestran su comportamiento en todo momento. La única vez en que la gente no demuestra un comportamiento es cuando ha muerto.

¿Cómo funciona el comportamiento?

Usamos el comportamiento o las acciones para lograr un resultado. Ejemplos:

- Ud quiere que se laven los platos. Posibles comportamientos:
 - Ud pide que le ayuden.
 - Ud se queja de lo mucho que tiene que hacer.
 - Ud lava los platos por sí mismo/a.
- Ud desea ver el juego de pelota en la tele y no la película que la otra persona está mirando. Posibles comportamientos:
 - Ud simplemente cambia de canal sin preguntar.
 - Ud grita.
 - Ud pregunta a la otra persona si le importaría mucho si Ud cambiara de canal.
 - Ud le habla a la otra persona acerca del juego de pelota para ver si le interesa verlo.
 - Ud se para delante de la otra persona quien ahora no puede ver la tele.

Algunos comportamientos son eficaces, otros no. Algunos comportamientos son más aceptables que otros.

Cuando un comportamiento da resultado, la persona lo va a repetir. Eso es verdad para todas las personas incluso las que apoyamos.

Nota para los Facilitadores:

Declare que algunas veces el comportamiento es muy eficaz. Por ejemplo, si yo le pido que se levante y Ud se levanta, mi comportamiento al preguntarle fue eficaz porque logré lo que yo quería (que Ud se levantara). Si le pido que Ud se levante y Ud se niega, mi comportamiento no fue eficaz y yo quizás trate otras estrategias, tales como:

- Gritarle para que se levante.

- Empujarle fuera de su silla.
- Ofrecerle una recompensa si Ud se levanta.
- Explicarle porqué quiero que Ud se levante.

Eso es verdad también para la gente que apoyamos. Si yo trabajo con alguien y ellos están tratando de atraer mi atención hablándome, mostrándome artículos personales o de algún otro modo tratando de que les preste atención y yo no lo hago, se darán cuenta rápidamente que estas no son estrategias eficaces. Tratarán otras cosas tales como, gritarme, tirarme del pelo o golpearme. Probablemente descubrirán que estas estrategias son muy eficaces en atraer la atención del proveedor de apoyo.

De esta manera, a veces los individuos que apoyamos, y en efecto, muchas personas típicas, desarrollan la costumbre de usar estrategias que no son realmente socialmente aceptables o positivas, pero que ellos han descubierto son eficaces para lograr lo que necesitan y/o quieren.

La gente usa ese comportamiento porque funciona para ellos bajo las circunstancias.

Nota para los Facilitadores:

Actividad:

El/la Facilitador/a pregunta, “Todos los que tienen alguien en su vida que tiene la costumbre de ser enfadoso/a y que desean que cambie, levanten la mano?” (pausa) “Cuántos de ellos han cambiado de costumbre simplemente porque Uds deseaban que lo hicieran?” (pausa) La tendencia de la mayoría es de negar con la cabeza o responder de forma negativa a la pregunta.

Pregunte: “Bien, cuántos de Uds tienen costumbres que otros quieren que Uds cambien?” (pausa) “Cuántos de Uds no han cambiado de costumbre simplemente porque otros querían que Uds la cambiaran?” La mayoría de los grupos que participan responderán de forma mixta a esta pregunta; Ud puede reconocer que algunos respondieron que sí y otros que no.

Si es verdad para Ud y para otros, ¿Es posible que también sea verdad para la gente a la que servimos?

La gente cambia de comportamiento para hacer que las cosas funcionen mejor para ellos, de un modo más eficaz y más fácil, y no porque otros quieren que ellos cambien.

¿Porqué ocurre el comportamiento?

Nota para los Facilitadores:

Todo comportamiento tiene una razón. Para entender el comportamiento de verdad, y para apoyar de mejor manera a la persona, debemos entender las razones para el comportamiento. La mayoría de los comportamientos tienen múltiples razones. Debido a que el comportamiento tiene razones, el mismo comunica algo acerca de la persona, y si entendemos las razones del comportamiento, entonces entendemos mejor a la persona.

Las razones generales del comportamiento pueden incluir:

- **Algo que se desea o necesita.** Por ejemplo, la persona puede estar aburrida y querer su atención. Puede tratar de conversar con Ud o tratar de que Ud le preste atención mediante acciones positivas (ejecutando las tareas deseadas, diciendo chistes, etc.). Quizás haya aprendido que un modo muy rápido y eficaz de atraer la atención de alguien es de comportarse de una forma menos positiva, al gritar, tirar objetos, tratar de pegar a alguien, etc.
- **Tratar de escaparse de algo o de evitar algo.** Por ejemplo, si la persona no quiere hacer la tarea asignada puede empezar a gemir, quejarse o negarse a ejecutar la tarea.
- **Entretenerse o recibir un aporte sensorial.** Eso es especialmente verdad para gente con trastornos del proceso sensorial y algunas personas con autismo. Comportamientos, tales como picotearse la piel, golpearse la cabeza, dar vueltas, o aletear las manos, pueden calmar a esa gente cuando está estresada y pueden también proporcionar estímulos sensoriales cuando se aburre.
- **La expresión de emociones intensas** incluso alegría, temor, enojo, tristeza y para calmar el estrés. Esas expresiones pueden abarcar una amplia gama, desde sonreír a reír, llorar, gritar, tirar objetos o golpear.
- **Procesos o problemas biológicos, bioquímicos o del desarrollo.** Por ejemplo, si la persona tiene hambre, va a comer. Si le duele la cabeza, puede que la ponga entre sus manos o la golpee contra la pared. Si sus hormonas están en transición pueden comportarse de un modo imprevisto o agitarse con facilidad. Los problemas médicos y biológicos pueden incluir los efectos secundarios de medicamentos, hambre, náuseas, constipación, fatiga, enfermedad, dolor, alergias o nivel de azúcar en la sangre.
- **La comunicación.** Por ejemplo, si una persona tiene hambre y no puede obtener su propia comida, entonces puede agarrar, señalar, gemir, tocarse la cara o el estómago. Puede actuar de un modo completamente distinto hacia la comida si no tiene las destrezas expresivas para comunicar lo que necesita. Una persona puede acaparar para sí la comida de otra o tratar de ocultar su comida, si en el pasado tuvo dificultad en obtener algo de comer cuando tenía hambre.

No podemos saber las razones específicas del comportamiento de cualquier persona hasta que lleguemos a conocerla a través de un período de tiempo. Según el Institute for Human Development at Northern Arizona University (Instituto para el Desarrollo Humano de la Universidad del Norte de Arizona) debemos tomar en cuenta tres cosas cuando queremos saber por qué alguien se está comportando de cierto modo.

1. Todo comportamiento que persiste sirve algún propósito.
2. Cada persona es única.
3. La mejor manera de ayudar a que alguien cambie de comportamiento es de comprender primeramente las razones que lo impelen.

B. EL PAPEL DEL DCW (TRABAJADOR DE CUIDADO DIRECTO) ES DE APOYAR EL COMPORTAMIENTO DE UN MODO POSITIVO

El papel del DCW es de apoyar de un modo positivo los comportamientos útiles y ayudar a evitar comportamientos difíciles y desafiantes.

Positive Behavior Support (PBS)(El apoyo positivo del comportamiento) es un enfoque que ayuda a que la gente cambie su comportamiento de un modo positivo que se basa en cuatro factores:

- A. Un **entendimiento** de que uno (aún los cuidadores) no controla a los demás pero solo puede tratar de apoyar el modo propio de la persona de cambiar su comportamiento.
- B. La **creencia** de que hay una razón detrás del comportamiento más difícil, que las personas con comportamientos difíciles se deben tratar con compasión y respeto y que tienen derecho a vidas de calidad además del derecho a servicios eficaces.
- C. La **aplicación** de un gran y creciente cuerpo de conocimientos sobre cómo entender mejor a las personas y cómo hacer cambios compasivos que pueden reducir la incidencia del comportamiento difícil.
- D. La **convicción** de que uno debe continuamente alejarse de las amenazas y/o el uso de acontecimientos desagradables para manejar el comportamiento.

(Esta definición proviene del Artículo 9 del Curriculum de Entrenamiento y deriva del Positive Behavior Support Project (Proyecto del Apoyo Positivo al Comportamiento), una colaboración entre el Institute for Human Development at Northern Arizona University, (Instituto para el Desarrollo Humano de la Universidad del Norte de Arizona), University Affiliated Program (Programa Afiliado a la Universidad) y la Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo).

Para que Ud, como DCW (trabajador de cuidado directo) pueda practicar un apoyo positivo del comportamiento, Ud deberá llegar a conocer a la persona y saber cuál es el mejor modo de apoyarla. Las personas van a querer compartir, resolver problemas y trabajar con Ud, si sienten que Ud las entiende y si creen que sus propias opiniones y creencias se respetan y consideran valiosas. Este enfoque es verdad si la persona es capaz de hablar o no.

Como trabajador de cuidado directo, Ud debe asegurar que la persona tenga la oportunidad de mantener su dignidad y autoestima, sea cual fuese el comportamiento o las circunstancias. Al ayudar que la persona saque provecho de sus desafíos y experiencias puede ayudarles a encontrar el modo más eficaz y aceptable de lograr sus requisitos.

C. TÉCNICAS PARA UN APOYO EFICAZ

¿Cómo puede un trabajador de cuidado directo apoyar de un modo positivo los comportamientos útiles y evitar los comportamientos desafiantes y poco serviciales?

Actividad posible:

El/la Facilitador/a puede pedir que los participantes tengan una sesión lluvia de ideas acerca de las distintas maneras en que los proveedores pueden llegar a conocer a la persona y acumular conocimientos acerca de ella. El/la facilitador/a entonces continuaría la actividad siguiendo la lista más abajo además de desarrollar los temas que surgieron mediante la lluvia de ideas.

Llegue a conocer a la persona:

- Observe.
- “Escuche” a la persona (no solo con los oídos, sino también con los ojos, prestando atención).
- Escuche a las otras personas que conocen a aquella persona bien.
- Revise la documentación (el papeleo).
 - El documento de planeamiento (Individual Service Plan - ISP)(Plan de Servicio Individual), Person Centered Plan - PCP)(Plan Centrado en la Persona), etc.
 - Evaluaciones de los profesionales (de psicología, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, exámenes físicos, exámenes auditivos, etc.).
 - Cualquier directiva, análisis, o programa del comportamiento.
- Haga un plan para lograr el éxito.
 - Escuche. Enfoque de verdad sobre la persona, observe, escuche, y trate de ver el mundo a través de sus ojos y reconozca que Ud está allí para apoyarla.
 - Rutina. Sepa, respete e implemente su rutina; si no tiene una rutina ayude a que la persona la establezca y vuelva a tener un marco de estructura y actividad en su vida.
 - Asegúrese de que la persona tenga cuanto más albedrío pueda para decidir y controlar su vida. Aún si una actividad es necesaria, una persona debe tener un modo de elegir cuándo ocurre, dónde ocurre, qué ocurre y cómo ocurre.

Nota para los Facilitadores:

Proporcione un ejemplo, como el de la ducha. La persona puede elegir si ocurre antes o después de un acontecimiento, si se va a duchar o bañar, si va a usar la toalla verde o amarilla, si va a usar la barra de jabón o el gel, etc.

- Evite decirle que “no” a la persona y tolere que la persona le diga que “no” a Ud. “No” a menudo es el golpe de gatillo que inicia problemas, porque no deja lugar para elecciones, negociaciones o alternativas. Los DCW (trabajadores de cuidado directo) deben evitar el uso de esa palabra lo más que posible. Los DCW también deben respetar y tolerar que la persona que apoyan les diga que “No” a

ellos. Las personas tienen el derecho legítimo de “negarse” y en algunos casos es la única manera en que pueden protegerse y reafirmar sus derechos.

Nota para los Facilitadores:

Actividad posible: Enfatice que el “no” se puede comunicar de varias maneras aparte del lenguaje. Haga que cada participante identifique una manera no verbal en que una persona puede “decir que no.” Las respuestas pueden incluir el uso del lenguaje de señas, sacudir la cabeza, apartarse, mirar a otro lado, apretar los músculos y empujar a alguien fuera de lado, gritar, etc.

- Modele lo mejor. Enseñe las destrezas y comportamiento apropiados y eficaces. Responda Ud mismo/a a los desafíos del día y de las circunstancias del mejor modo posible. No establezca un estándar para la persona que Ud mismo/a no sigue. Muestre calma, control, resolución de problemas y consideración. Muestre a la persona con su propio comportamiento y no solamente con palabras qué es lo que se debe hacer.
- Anticipe los posibles problemas y evítelos. Sepa cuáles son los golpes de gatillo que dan raíz a desafíos y dificultades y evítelos en lo posible, y si no es posible, haga planes para enfrentar el desafío y resolver el problema por anticipado. Sepa cuáles son las señas de que la persona está estresada, ansiosa, enfadada o temerosa. Apenas estas señas se evidencian, diríjase a ellas en formas positivas para resolver el problema o para sobrellevarlo.
- Encomie y recompense a la persona. Dé encomios y recompensas a la persona cuando demuestra un comportamiento eficaz y apropiado.
- Utilice la redirección
 - A veces la persona enfoca su mente en el mismo problema repetidamente, o tiene ciertos golpes de gatillo que la alteran. En esos momentos y en otros, lo mejor sería simplemente “quitarle la mente del problema” y volver a enfocarla hacia algo distinto. Por ejemplo, si una persona teme los perros, y durante una caminata nota un perro al otro lado de la calle, el trabajador de cuidado directo puede redireccionar el enfoque de su mente hacia algo de interés distinto (evitando al mismo tiempo al perro) como a un pájaro, una vista interesante o una discusión acerca de un acontecimiento del pasado o futuro que pueda interesar a la persona.
 - A menudo es apropiado dar validez a lo que la persona expresa o siente antes de redireccionar el enfoque de su mente. Por ejemplo, si una persona quiere ver un programa en particular en la televisión, pero éste no se transmite en aquellos momentos, el trabajador de cuidado directo quizás pueda decirle algo como, “Sé que debe estar muy desilusionado/a que su programa no se transmite ahora. ¿Le gustaría jugar un juego de mesa en vez?”

Nota para los Facilitadores:

Revise la DESTREZA redireccionando el enfoque de una persona y practique en la clase según

sea necesario. La destreza se describe en las siguientes páginas.

- Cuando ocurre un conflicto
 - Evite las luchas por el poder. Trabaje para que ambas personas “ganen,” así ambas obtienen al menos una parte de lo que quieren o necesitan. Tome como parecer un enfoque de “tanto esto/como lo otro”, y no esto o lo otro. No tome el conflicto personalmente. Recuerde que Ud no está ahí para dictar o hacer cumplir las reglas sino para apoyar y asistir. La persona nunca debe pensar que Ud la está castigando. Se debe permitir y alentar que la persona llegue a su propia solución aceptable. Eso significa que las elecciones y el control se dan a la persona que recibe el apoyo.
 - Haga algo inesperado (Estímulo nuevo). Respondiendo de un modo único e inesperado a un conflicto puede eludirlo por el momento, dando a ambas partes la oportunidad de parar, reconsiderar y rehacer la relación colaboradora, e incluso puede incluir la risa.
 - Evalúe, priorice, y atégase a los fundamentos. Pregúntese, ¿Qué es lo esencial? ¿Se puede hacer de otro modo? ¿Cuál es la rutina? ¿Ayudaría esto a rehacer las relaciones? ¿Se debe hacer esto ahora mismo? ¿Se debe hacer de este modo? Atégase a lo esencial y no se preocupe del resto.
 - Ofrezca oportunidades para reconectar, reconciliar, aprender con dignidad. Después de que haya ocurrido un conflicto, use los momentos después del mismo para enseñar y aprender distintas destrezas que son más aceptables. Aliente y apoye la reconexión a sí mismo/a, a la rutina y a otros; permita y apoye que se restablezca la reconciliación, la dignidad y la autoestima.



Procedimiento: Cómo redireccionar el enfoque de una persona

Perspectiva General

Las personas a veces se ponen ansiosas y obsesivas acerca de algo que desean, sean éstos acontecimientos o cosas. Quizás tengan un interés en particular que puede obsesionarlas o ciertas cosas que temen o que atraen otras emociones negativas. La técnica de redireccionar el enfoque se puede usar para distraer la atención de esas personas alejándolas del acontecimiento estresante hacia algo más agradable.

La reacción del DCW (trabajador de cuidado directo) a la situación puede influenciar en gran medida los problemas del comportamiento. Esta destreza dará al DCW técnicas para desacelerar la situación.

Descripción del procedimiento:

1. Use una voz calma y tranquilizadora.
2. Si a la persona no le importa que la toquen, un toque suave puede ser una herramienta poderosa para expresar una actitud bondadosa.
3. Use oraciones cortas y simples.
4. No discuta acerca de las declaraciones que hace la persona. Discutir puede acelerar la situación. El/la DCW debe simplemente oír y afirmar que entienden lo que les está comunicando (use un modo de escuchar activo).
5. Respete los sentimientos de la persona (no le diga que no tiene razón, o que lo que dice es tonto, etc.). A menudo la persona apoyada se fía de las impresiones no verbales y él/ella puede darse cuenta si un cuidador le es condescendiente o le está tratando como una criatura.
6. Trate de proporcionar otra actividad. Confíe en su conocimiento de los intereses y preferencias de la persona para elegir adónde enfocar la redirección.

Consejos Prácticos:

- El DCW debe redireccionar el enfoque de la persona hacia otra actividad, hacia algo que la persona goza.
- La distinta actividad debe tomar en cuenta la habilidad funcional de la persona.

¡No olvide!

- No muestre frustración – use un enfoque calmado y tranquilizador.
- La otra actividad debe interesar a la persona – aún si al DCW no le interesa.

Escenarios de Práctica:

1. El Sr. Allen teme las tormentas. Todas las tardes durante la temporada de los monzones se queda mirando fijamente a las nubes a través de la ventana, lo que le causa gran ansiedad, aún cuando no hay nubes de tormenta.
2. La Sra. Smith quiere ir al almacén ahora mismo. Debido a circunstancias fuera de su control, Ud no la puede llevar hasta pasada una hora más.

APÉNDICE

REQUISITOS DE EDUCACIÓN EN ARIZONA PARA TRABAJADORES DE CUIDADO DIRECTO

Trabajadores de Cuidado Directo (DCWs por sus siglas en inglés) deben llenar los requisitos de capacitación y pruebas si trabajan para agencias que proveen servicios bajo programas de fondos públicos en Arizona.

Estos requisitos de capacitación aplican a estos servicios que se le brindan en casa a la persona:

- Auxiliar de hogar
- Cuidado personal
- Trabajo doméstico/Limpieza de la casa

Aplica para los programas ofrecidos por estas agencias:

- Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS por sus siglas en inglés), Cuidado de Largo Plazo de Arizona (ALTCS por sus siglas en inglés)
- Arizona Department of Economic Security (Departamento de Seguridad Económica de Arizona, DES por sus siglas en inglés), Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo, DDD por sus siglas en inglés).
- Arizona Department of Economic Security (DES por sus siglas en inglés), Division of Aging and Adult Services [División de Servicios en Envejecimiento y Adultos (DAAS por sus siglas en inglés)], y sus programas ofrecidos por las Agencias de Envejecimiento Locales (AAA por sus siglas en inglés).

Aviso: Existen diferentes requisitos de capacitación para los trabajadores de cuidado en los locales de vida con asistencia. Por favor comuníquese con el Arizona Department of Health Services (Servicios del Departamento de Salubridad de Arizona) para más información.

Los estándares y requisitos de educación incluyen

- Obtenga certificación en resucitación cardiopulmonar (RCP) y primeros auxilios.
- Demuestre destrezas, conocimiento y habilidad *antes* de brindar los servicios como cuidador con paga para el cuidado:
 - Pase las pruebas de conocimiento requeridas.
 - Demuestre destrezas.
- La capacitación y las pruebas están basadas en las Arizona Direct Care Worker Competencies (Competencias del Trabajador del Cuidado Directo de Arizona).

Apéndice

- Se le puede disculpar a un DCW que no tome la capacitación y las pruebas si el DCW presenta uno de los siguientes:
 - Un DCW que comenzó a trabajar antes de la fecha del primero de enero del 2011 se supone que llena los requisitos de capacitación y pruebas de la agencia en donde el DCW actualmente trabaja. Si el DCW comienza a trabajar con otra agencia el 1ro o después del 1ro de enero del 2011, él o ella tendrá que completar la prueba de competencia.
 - Un trabajador de cuidados que sea enfermero registrado (RN por sus siglas en inglés), enfermera licenciada (LPN por sus siglas en inglés), o asistente certificado en enfermería (CNA por sus siglas en inglés) están exentos de los requisitos para capacitación y pruebas para DCW. Esta excepción le permite a la agencia del DCW la discreción de dar pruebas y capacitación a sus empleados según deseen.
- Un DCW que no ha trabajado como DCW o no ha tenido experiencia similar al trabajo de un DCW los últimos dos años tendrá que demostrar competencia pasando ambas pruebas de conocimiento y destrezas antes de proveer los servicios.
- Los DCWs con experiencia previa deben de tomar un *examen de reto*. Si lo pasan, no se les exige más capacitación a ese nivel. El examen de reto se puede tomar una sola vez.
- Para poder ofrecer el Examen DCW Estandarizado de Arizona la organización debe ser un *programa de capacitación aprobado*. Esto puede incluir a agencias que emplean a DCWs y proveen servicios, colegios de comunidad y programas vocacionales privados.

COMPETENCIAS PARA LOS TRABAJADORES DE CUIDADO DIRECTO EN ARIZONA (CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS)

Discapacidades del Desarrollo (Nivel 2)

Temas

- A. Manera de trabajar con personas que tienen discapacidades del desarrollo
- B. Conocimientos acerca de las discapacidades del desarrollo
- C. Abuso y negligencia
- D. Papel que juega y requisitos de la DDD--Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo)
- E. Planes de apoyo
- F. Vida diaria
- G. Informes de incidentes
- H. Apoyos positivos del comportamiento

Destrezas

Las destrezas se deben describir y demostrar (mediante la simulación), incluyendo estas destrezas auxiliares:

- § Destrezas de comunicación, tales como el lenguaje que pone en primer lugar a la persona
- § Cómo promover la independencia y la autodeterminación/elección
- § Cómo realzar la dignidad y el respeto
- § Cómo evitar confrontaciones

1. Redireccionar el enfoque y/o evitar la lucha por el poder
2. Asistencia al vestirse
3. Asistencia con las comidas
 - a. Asistencia total (dando de comer)
 - b. Aconsejar, prestar asistencia guiando con la mano
4. Asistencia con el cepillado de los dientes
5. Aplicación y uso de un cinturón de seguridad
6. Asistencia con la ambulación (con/sin aparatos de asistencia)

Apéndice

7. Técnicas para posicionar una persona en la cama
8. Técnicas para posicionar una persona en una silla / silla de ruedas
9. Cómo transferir a alguien fuera de la cama
10. Cómo transferir a alguien a una silla de ruedas o fuera de ella (con/sin aparatos de asistencia)
11. Asistencia con la auto administración de medicamentos

A. Manera de trabajar con personas que tienen discapacidades del desarrollo

1. Identificar los derechos importantes de personas con discapacidades del desarrollo.
2. Dar ejemplos del lenguaje que pone en primer lugar a la persona.
3. Identificar maneras de crear relaciones positivas con la persona para la cual Ud trabaja.
4. Explicar el significado de la palabra "auto determinación."
5. Dar ejemplos de la auto determinación.
6. Describir cómo mantener una relación profesional con la persona para la cual Ud trabaja.

B. Conocimiento de las discapacidades

1. Identificar el significado de la frase "discapacidad del desarrollo".
2. Identificar cuatro condiciones que permiten que alguien califique para recibir servicios a partir de la DDD--Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo).
3. Identificar los efectos de la parálisis cerebral.
4. Identificar los efectos de la discapacidad cognitiva.
5. Identificar los efectos del autismo.
6. Identificar los efectos de la epilepsia.
7. Nombrar los factores que contribuyen a los ataques epilépticos.
8. Explicar cómo reconocer cuando una persona tiene un ataque epiléptico.
9. Dar ejemplos de qué hacer cuando una persona tiene un ataque epiléptico.

Apéndice

10. Dar ejemplos de lo que no se debe hacer cuando una persona tiene un ataque epiléptico.
11. Identificar cuándo se debe llamar al 911 si una persona tiene un ataque epiléptico.
12. Describir cómo se debe documentar y notificar un ataque epiléptico.
13. Ejemplos de cómo apoyar a una persona después de un ataque epiléptico.
14. Identificar cómo los “desafíos de la integración sensorial” pueden afectar a una persona.

C. Abuso y negligencia

1. Identificar señas y síntomas de carácter físico cuando se sospecha(n) abuso y/o negligencia.
2. Identificar señas y síntomas comportamentales cuando se sospecha(n) abuso y/o negligencia.
3. Identificar señas ambientales que quizás estén relacionadas a situaciones en que se sospecha(n) abuso y/o negligencia.
4. Identificar qué información se necesita para hacer una notificación cuando se sospechan abuso y negligencia.
5. Explicar qué se debe hacer si se sospecha abuso o negligencia.

D. El papel que juega y los requisitos de la DDD--Division of Developmental Disabilities (DDD)(División de Discapacidades del Desarrollo)

1. Identificar los requisitos de documentación e información de la DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo).
2. Enumerar las actividades de los DCW (trabajadores de cuidado directo) que han sido restringidas por la DDD -- Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo).
3. Explicar porqué la notificación es de naturaleza crítica cuando no se puede llegar al trabajo como se había previsto.
4. Identificar a quién se debe notificar cuando no se puede llegar al trabajo según se había previsto.

Apéndice

5. Identificar en qué brevedad se debe dar esa notificación cuando no se puede llegar al trabajo según lo previsto.
6. Identificar las responsabilidades del trabajador de cuidado personal/trabajador de cuidado directo (Attendant Care Worker/Direct Care Worker (DCW)).

E. Planes de apoyo

1. Explicar el propósito del Individual Support Plan (ISP) (Plan de Apoyo Individual) u otros documentos de planificación.
2. Identificar dos maneras en que un DCW (trabajador de cuidado directo) está involucrado en el enfoque del equipo dentro del plan de desarrollo.
3. Nombrar tres lugares en los documentos de planificación que dan información al DCW (trabajador e cuidado directo) sobre la persona que recibe apoyo.
4. Identificar maneras de determinar el nivel de ayuda que una persona necesita con las destrezas de la vida diaria.

F. Vida diaria

1. Dar ejemplos de las técnicas que pueden ser usadas para promover la independencia y respetar las preferencias de una persona (por ejemplo, a la hora de las comidas).
2. Identificar los recursos que identifican los requisitos de una persona a la hora de la comida.
3. Identificar las características de personas que están a riesgo de incurrir asfixia.
4. Identificar las medidas que un DCW puede usar durante o después de una comida para prevenir la asfixia.
5. Dar ejemplos de las técnicas que se pueden usar para preservar la dignidad y privacidad mientras se da cuidado personal a una persona.
6. Enumerar los factores que conducen a la ruptura de la piel.
7. Explicar lo importante que es reposicionar debidamente a una persona y enumerar las técnicas para evitar daños a la piel y úlceras por presión.
8. Identificar y describir cuáles son los aparatos de asistencia comunes, incluso el cinturón de seguridad, el andador y la silla de ruedas.

Apéndice

9. Explicar lo importante que son las debidas destrezas de transferencia y el uso de los aparatos de asistencia con seguridad.
10. Identificar qué problemas existen al proporcionar asistencia cuando alguien quiere bañarse o ir al baño.
11. Describir y jugar el papel (mediante simulación) de las técnicas para posicionar y transferir a una persona.
 - a. Uso del cinturón de seguridad
 - b. Asistencia con la ambulación (con/sin aparatos de asistencia)
 - c. Técnicas para posicionar una persona en la cama
 - d. Técnicas para posicionar una persona en la silla de ruedas
 - e. Transferencias de o a una silla de ruedas (con o sin aparatos de asistencia)
 - f. Transferencias fuera de la cama
12. Identificar cuál es la responsabilidad del DCW al asistir a una persona con la auto administración de medicamentos.
13. Describir los requisitos de documentación que el DCW (trabajador de cuidado directo) debe cumplir con respecto a la auto administración de medicamentos.
14. Describir y jugar el papel (mediante simulación) de asistir con el cuidado personal.
 - a. Asistencia al vestir
 - b. Asistencia con las comidas.
 - i. Asistencia total (dando de comer)
 - ii. Aconsejar, prestar asistencia guiando con la mano
 - c. Asistencia al cepillarse los dientes

G. Informes de incidentes

1. Dar ejemplos de incidentes que deben ser notificados.
2. Identificar los pasos que un DCW debe tomar cuando ocurre un incidente.
3. Identificar quién debe ser notificado acerca del incidente.
4. Identificar los plazos dentro de los cuales se deben notificar los incidentes.
5. Identificar los datos esenciales que se deben documentar en un informe de incidentes.

H. Apoyo positivo del comportamiento

1. Identificar las razones por las cuales pueden ocurrir comportamientos.
2. Identificar maneras en que el DCW puede llegar a conocer a la persona con la cual trabaja y a apreciar qué funciona con esa persona para apoyar el éxito.
3. Identificar qué puede hacer un DCW para prestar un apoyo positivo al comportamiento y evitar problemas.
4. Identificar qué puede hacer un DCW cuando surge un conflicto.
5. Describir y jugar el papel de cómo redireccionar el enfoque y/o evitar una lucha por el poder.