



HERRAMIENTAS PARA LA INCLUSIÓN

Gestión de caso PCP

RECORTES SOCIALES = RIESGO HERRAMIENTAS

Rosa M^a Díaz Jiménez, Granada, marzo 2013

¿QUÉ VAMOS A COMPARTIR?

COMPLEJIDAD
DE LA EXCLUSIÓN



SISTEMAS DE BIENESTAR
Opacidad social
Descoordinación

AUTODETERMINACIÓN
AUTONOMÍA PERSONAL
PARTICIPACIÓN SOCIAL

- Propuestas metodológicas para la intervención social
- Formas de producir conocimiento útil
- Conocimiento técnico que nos ayuda a producir los efectos deseados con la intervención

*Intervienen
diversas
disciplinas*

GESTIÓN DE CASOS

PLANIFICACIÓN CENTRADA
EN LA PERSONA (PCP)

Centrarse en la persona
Tener en cuenta a la persona





¿A qué nos dedicamos?

Complejidad de la Intervención Social

Eje 1:

- Intervenciones con personas con diferentes necesidades o problemas son objeto, de una intervención más o menos indiscriminada.
- Intervenciones que van segmentando a la población destinataria de la intervención social en colectivos diferenciados.
- Intervenciones que entienden que cada persona (y todas las personas) tiene un perfil diferenciado como destinataria de la intervención social.

Eje 2:

- Intervenciones asistenciales, en las que se brinda una respuesta directa a las necesidades más básicas de las personas.
- Intervenciones de carácter educativo, formativo, habilitador, rehabilitador, promocional o terapéutico que buscan aprendizajes en las personas.
- Intervenciones que pretenden desencadenar cambios en situaciones.

Eje 3:

- Intervenciones directas con las personas.
 - Intervenciones con los entornos familiares, comunitarios, laborales...
 - Intervenciones en sistemas.
- 

¿A qué nos dedicamos?

Complejidad de la Intervención Social

Modelos
Clasificación



Fuente: Fantova, F. (2005)

Efectos de la intervención social

Formación a profesionales
dentro de un proyecto de inserción laboral
de personas con discapacidad intelectual

PRODUCTO
Indicadores:
Material
Satisfacción del curso

RESULTADO
Indicadores:
Conocimientos
Competencias

IMPACTO
Indicadores:
Cambios
Empleabilidad/
empleo

Conocimiento útil para la intervención

- Conceptual y teórico (vigente comunidades científicas)
- Saber hacer (know how) fruto de la experiencia práctica
- Principios referenciales fruto de la reflexión compartida (filosóficos)
- Conocimiento técnico como aplicación del conoc. científico y del know how

Paradigma de la reflexividad (Shön, 1998; Sheppard, 1998)

Aprender a ser y a hacer desde la reflexión sobre la práctica

Un marco conceptual interpretativo de lógica ascendente

Protagonismo profesional para construir conocimiento útil

¿QUÉ CIENCIAS, DISCIPLINAS, PROFESIONALES APORTAN
EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL?

PLURALISMO METODOLÓGICO

¿TRANSDISCIPLINAR?

Aclarando cuestiones cuando coexisten disciplinas

- **MULTIDISCIPLINAR O PLURIDISCIPLINAR**

Coexisten diferentes disciplinas para el servicio de las mismas destinatarias/os pero no hay trabajo profesional conjunto.

- **INTERDISCIPLINAR**

Coordinación o colaboración entre profesionales en un proyecto común de intervención.

- **TRANSDISCIPLINAR**

Integración entre disciplinas y funciones (polivalencia). Se comparten competencias y tecnologías. El ritmo lo marca el proyecto antes que la profesión.



Interdisciplinariedad necesaria para abordar un fenómeno multidimensional como es la discapacidad

- La interdisciplinariedad aparece cuando una disciplina por separado no puede dar solución a todos los problemas que presenta un determinado fenómeno. O cuando un fenómeno, como el de la discapacidad presenta múltiples dimensiones.
- Los enfoques interdisciplinares se caracterizan por la pluralidad de perspectivas en el análisis y estudio de un determinado problema, la búsqueda de una determinada convergencia en los criterios, resultados y contenidos, que traen consigo un nuevo campo de actuación y la creación de las condiciones para un trasvase metodológico en un contexto de cooperación.
- ¿Fortalezas/debilidades?
 - Ambivalencia y plurifuncionalidad/especialización



GESTIÓN DE CASOS



GESTIÓN DE CASOS Y DISCAPACIDAD

- La gestión de caso se concibe como una orientación y un método de consejo y ayuda profesional para caminar más eficazmente por los vericuetos laberínticos de los sistemas asistenciales, a fin de conseguir los objetivos acordes con las necesidades e intereses de los ciudadanos.
- La gestión de caso es un enfoque de proximidad, se aproxima al espacio personal del cliente y trabaja conjuntamente con él, y también trabaja (visualiza, coordina, informa, media...) con el sistema local asistencial de protección (social, sanitario, judicial, asegurador....)

Orígenes relacionados con la discapacidad



- Surge en la década de los 70 en EEUU
- Ligada al movimiento de desinstitutionalización
- Sus principios (coordinación entre agencias, conceptualización de la persona en su contexto e intervención multidimensional) se encuentran en la obra de Mary Richmond (*Case Social Individual*, 1917)

Debate
¿Social Case Work
Case Management?



Mary Richmond y la gestión de caso El caso de Hellen Keller



- En "*Caso Social Individual*" detalla, como ejemplo de su paradigma, el caso de Helen Keller, acompañada en su proceso de aprendizaje por Ana Mansfield Sullivan,
- Extrapolación del proceso entre ambas al Trabajo Social de casos individual.
- Con este ejemplo ilustra posiciones teóricas muy relevantes y revolucionarias para la época respecto a las personas con discapacidad: no siempre son las personas las que tienen que adaptarse al medio sino que también el medio ha de ser cambiado
- Sus posiciones reconocen la interdependencia entre la persona y su contexto
- Richmond no ve la discapacidad exclusivamente en la persona, la ve en la interacción de ésta en un contexto determinado.
- Propicia alianzas de equilibrio disciplinar con las visiones médicas, predominantes en los tratamientos clínicos, incorporando la evidencia social como aportación a la medicina en los diagnósticos de "*discapacidad mental*"

La desistitucionalización y la gestión de casos

Un día cualquiera de una persona con discapacidad institucionalizada (Martínez y Vargas, 1993)

- **La mañana**

“(...) La jornada de un día normal en el centro, comienza a las 8 de la mañana, cuando el turno de cuidadores de la mañana llega al centro reemplazando a los cuidadores que realizan el turno de noche. Algunos de los residentes ya han sido levantados, duchados y vestidos, atendiendo a las necesidades de cada uno. Así, hay un grupo de 6 internos que se levantan a las 7 de la mañana, con el fin de estar preparados a las 8 para trasladarse a un centro ocupacional. Este grupo quizás pueda considerarse una selección de entre los demás puesto que por sus especiales características, han sido considerados susceptibles de formación, y con ese fin acuden todos los días al centro ocupacional hasta las 5 de la tarde. El resto de residentes aguardan al cuidador en su habitación para que él reparta la ropa del día, duche y afeitado a los que lo necesitan

(...) Hacia las 9 de la mañana, una vez realizadas las tareas de aseo y limpieza, pasan al comedor para que sea servido el desayuno. Posteriormente, existe un espacio de tiempo, hasta las dos del mediodía, en que las actividades son variadas. El grupo al que le corresponda, por turno, podrá salir de paseo. Los que permanecen en el centro, bien realizan los denominados talleres, en los que se dedican a tareas sencillas como montajes de cubos, construcción de puzzles, ensamblado de bolas, etc., o se ocupan en la ejecución de algún tipo de gimnasia rehabilitadora con la terapeuta ocupacional o con la psicóloga del centro.



La tarde

- (...) Esta distribución del tiempo se mantiene hasta la 1 del mediodía, hora en la que habitualmente se sirve la comida, que es distribuida en 2 turnos. En el primero comen los considerados profundos, esto es que necesitan ayuda total o parcial para comer, acudiendo al segundo aquellos otros cuyo comportamiento en la mesa es autónomo. Terminada la comida van pasando por los aseos, donde se lavan los dientes, la cara y las manos. Se debe resaltar el control de esfínteres que los profundos realizan cada 2 o 3 horas, según el grado de contención de cada uno y que se realizan con el horario citado durante toda la jornada, incluido el horario nocturno.
- Una vez realizado el control correspondiente, todos los internos permanecen en la sala de estar esperando a los cuidadores del turno de la tarde y la hora de la merienda. El grupo de autónomos, junto con el grupo de medios, salen a pasear o bien se desplazan hacia las aulas para seguir con los talleres de manualidades (...)
- Hacia las 7,30 de la tarde se reciben las cubetas que traen la ropa limpia de los lavaderos y que es distribuida por las habitaciones; cada cuidador prepara la que vestirán los internos al día siguiente. La posibilidad de que puedan elegir su propia ropa queda supeditada a las necesidades de la lavandería



La noche

- (...) Aproximadamente a las 8 se vuelve a repetir el mismo proceso de la hora de la comida para la cena. Tras la cena todos los internos pasan por el lavabo para lavarse o ducharse aquellos que por la mañana no lo han hecho y los que por su especial sudoración lo requieran. Este aseo e higiene suele durar hasta las 9,30, hora en que son acostados en sus camas respectivas y termina para ellos la jornada
- (...) Algunos internos prefieren quedarse viendo la televisión hasta la llegada de los cuidadores del turno de noche, aunque no muestran un especial interés por la programación, puesto que una vez realizado el cambio de turno todos se acuestan



Gestión de casos y discapacidad. El origen

- Surge como componente fundamental del movimiento de *desinstitucionalización*, orientado hacia la normalización, que pretende la coordinación de los servicios destinados a aquellas personas con discapacidad que viviendo en la comunidad, requieren intervenciones complejas de los sistemas de provisión comunitarios (Sarabia, 2007)
- Comienza a utilizarse como mecanismo de coordinación entre distintos programas de bienestar, principalmente a escala local, que incluían:
 - el desarrollo de nuevos sistemas de información y referencia
 - sistemas de seguimiento de clientes
 - centros de servicios integrales
 - procedimientos de gestión de casos
- Herramienta apropiada, desde un enfoque centrado en la persona donde las familias asumen el rol de defensoras y proveedoras de apoyos de sus hijos/as y de usuarias de los equipos de las organizaciones.



Gestión de casos para personas con discapacidad

Orienta sus objetivos en dos direcciones, hacia las personas y sus familias y hacia el contexto (Austin y McClelland, 1996)

Los orientados hacia las personas y familias:

- (1) asegurar que los servicios proporcionados son adecuados para las necesidades de esa persona o familia
- (2) servir como único contacto que coordina la provisión de servicios que provienen de sistemas distintos y fragmentados
- (3) mejorar el acceso a los servicios y a su continuidad
- (4) apoyar a los/as cuidadores/as y personas de apoyo de las personas
- (5) servir de enlace entre los centros y el sistema de atención basado en la comunidad.



Los orientados hacia el sistema

- (1) identificar carencias y fallos de los servicios en la comunidad
- (2) facilitar el desarrollo de más servicios no residenciales
- (3) promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios
- (4) mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios
- (5) prevenir institucionalizaciones inadecuadas mediante la detección de casos susceptibles de la gestión de casos como alternativa de la institucionalización
- (6) controlar los costes mediante el control del acceso a los servicios, especialmente a los más caros, examinando su adecuación y la ausencia de alternativas más eficientes.



Gestión de casos y discapacidad



Gestión de casos como procesos de colaboración

Ese **hilo conductor** necesario para la colaboración entre los distintos agentes en los procesos de intervención con personas con discapacidad (Bigby y cols.2007; Sarabia, 2007; Zastrow, 2010; McAuliffe, 2009)

Que tengan en cuenta:

- A nivel individual, la protección de los derechos desde la elección, la autodeterminación y la transparencia en los procesos de toma de decisiones.
- A nivel organizacional, desarrollar las capacidades de las organizaciones de la comunidad y construir redes sociales.
- A nivel social, reivindicar políticas sociales transversales que dirijan su foco a medir y eliminar la pobreza en las personas con discapacidad .



EL LABERINTO ASISTENCIAL

- Se dispone de mayores recursos económicos, sociales, medidas legales y servicios.
- *Multiplicación de servicios y funciones, opacidad social y descoordinación intra e intersistemas de protección.*

Esto no implica

Garantía de acceso y disfrute de dispositivos
La participación de los ciudadanos en los recursos
Adecuación de recursos a sus necesidades

La oferta asistencial se convierte en el "**Laberinto de Ariadna**"

El laberinto asistencial:

- Repetición de unos servicios, funciones y ausencia de otros.
- La descoordinación entre servicios de un mismo sistema asistencial y también entre dispositivos de diferentes sistemas (entre el social y el judicial, o entre el sanitario y el social, por ejemplo)



La multidimensionalidad de la exclusión hace que Prevenirla y combatirla exija:

- Considerar todo el contexto vital de las personas (integral)
- Trato individualizado y humano (que emana del derecho a la participación social y al apoyo subsidiario que pueda necesitar)
- Intervenciones que se ajusten a necesidades, capacidades y deseos (que los recursos se adapten al individuo y no a la inversa)
- Considerar a la persona sujeto de las intervenciones (que tomen parte en el diseño, actuación y evaluación; voluntad emancipadora)



GESTIÓN DE CASOS

- Metodología apropiada
- Intervenciones prolongadas
- Herramienta que necesita relación fluida y cordial persona/sistema
- Fundamental la acogida para iniciar diagnóstico preciso y las entrevistas.
- Diagnóstico compartido
- Acuerdo Plan Personalizado:
 - Objetivos
 - Medidas previstas
 - Plazos de ejecución
 - Indicadores (progreso)
- Plan realista
- Importancia de las redes sociales, intervención comunitaria y mediación social

CONCEPCIONES DE LA GESTIÓN DE CASOS

- La Case Management Society of America (CMSA) "un proceso de colaboración en el asesoramiento, planificación, acceso (o facilitación) y defensa de las opciones y servicios, para encontrar las mejores opciones a las necesidades de salud de los individuos, mediante la comunicación y los recursos disponibles a fin de promover la calidad y la eficacia de costes en los resultados."
- La National Association of Social Work (NASW) "un método de provisión de servicios por parte de un profesional que valora las necesidades del cliente y de la familia del cliente, en colaboración con él, y aconseja, articula, coordina, monitoriza, evalúa y defiende las necesidades y los intereses de sus clientes y propone un paquete de medidas y/o servicios acorde a las necesidades variantes del cliente."
- Fantova (2006): coordinación integral de la atención a una destinataria o destinatario, en cualquier sistema y, deseablemente, también con otros sistemas.
- Edurne Eguren (2009): Proceso dirigido a identificar las necesidades, diseñar un plan de intervención y coordinar actividades con profesionales y familiares implicados. Vela para que la persona alcance los objetivos, moviliza recursos necesarios y garantiza atención integral y continuada.



Modelos

Aunque todos se centran en la persona solo el de fortalezas está dirigido por la persona

- **Modelo Asesor:** valoración necesidades y asegurar disponibilidad de servicios. Escaso apoyo. La responsabilidad de acceso a recursos es del cliente (conexión de servicios)
- **Modelo de fortalezas:** forma de ayuda personalizada que conecta a clientes con los recursos que mejorarán su vida en el entorno comunitario y apoya para alcanzar metas diseñadas por el cliente (consejería y defensa ante el sistema)
- **Modelo PACT** (Program for Assertive Community Training) Combina servicios clínicos y de gestión de casos. Asistencia directa de los síntomas junto a cubrir necesidades básicas y mejorar funcionamiento social y familiar (reducción y manejo de los síntomas)
- **Modelo terapéutico.** Ayudan al cliente a tener éxito y a encontrar satisfacción en el entorno social que elijan con mínima intrusión profesional (mejora en las habilidades vitales)



Características comunes

- El centro es la persona individual
- La GC se ofrece en la comunidad y no en entornos clínicos
- Ratios profesionales bajas 1/10-1/25 excepto el asesor 1/40
- Los gestores no especializados son supervisados por expertos (máster)
- Frecuencia semanal y con frecuencia diaria
- Funciones básicas
- Sin límite temporal
- Autoridad sobre un presupuesto de apoyo ante emergencias
- Presupuestos: financiados por el sistema/presupuesto por usuario (límite 2/3 del coste de plaza residencial)



Funciones de la gestión de casos

Flexibilidad de la GC

Influyen:

- Duración de los servicios
- Intensidad del contacto
- Enfoque y disponibilidad del servicio
- Lugar de la intervención
- Dirección del consumidor
- Capacitación y autoridad de profesionales
- Estructura del equipo

Consenso en funciones

- Identificación clientes diana
- Valoración individual integral
- Planificación del caso (servicios)
- Implementación del plan y concertación de servicios
- Seguimiento
- Re-valoración
- Implicación (relación de apoyo respetando necesidades y deseos)



La gestión de casos necesita un profesional de referencia: Gestor/a de casos

- El profesional gestor/a de caso es responsable de elaborar un programa personalizado de atención que promueva la autonomía e independencia de la persona y garantizará la coherencia de los itinerarios de atención y la coordinación de las intervenciones.
- Proviene de diversas disciplinas (Trabajo Social y Enfermería)
- Conocimientos necesarios: sistema local de provisión de servicios, proveedores, programas, requisitos de acceso y gestión económica; habilidades de valoración, planificación y resolución de problemas.
- Destrezas fundamentales: de valoración; de gestión (gerenciales y comunicación); confidencialidad; de apoyo (implicarse sin involucrarse)



Resumiendo

- Supone: profesional de referencia; contrato de relación e intervención entre profesional/destinatario/a.
- Incluye: diagnóstico o evaluación de necesidades y recursos; planificación o programación de la atención; puesta en marcha de la intervención, con participación en la coordinación entre agentes; seguimiento y evaluación.
- Condiciones
 - Refuerzo de la atención primaria
 - Mayor aproximación al espacio local por parte de los servicios especializados (agilidad y disponibilidad de recursos; proximidad y conexión atención primaria/especializada)
 - Mayor posibilidad de dedicación de profesionales (simplificación/exoneración de labores administrativas y clarificación de funciones)
 - Superación de la concepción que rompe vínculo usuarios/as/profesional de referencia cuando contacta con la atención especializada y dejan de ser objeto de seguimiento.
 - Mayor formación y entrenamiento de profesionales de cara al diagnóstico, programación y evaluación, acompañamiento personal, gestión de proyectos y trabajo en red





- Casado D.(coord.)(2009): Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales) en Políticas sociales en Europa, N°. 25-26, ed. Hacer

Introducción a la gestión de caso (y métodos afines)

Demetrio Casado

SALUD MENTAL

Los cambios de las formas de atención generados por la reforma y la desinstitucionalización psiquiátrica Dr. José García González ç

Una experiencia de gestión de casos y Pisos supervisados y programas de apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave y crónica en situación de exclusión social (PRISEMI) Fran Recalde Iglesias

HOSPITALES

El trabajo social sanitario y la planificación del alta sanitaria Dolors Colom Masfret

El gestor de casos en las Comisiones Hospitalarias contra la Violencia: Servicio Madrileño de Salud Begoña Gutiérrez González

DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

La gestión de caso en el seguro de dependencia Miguel Montero

Nota sobre acompañamiento social y autonomía personal Fernando Fantova

La gestión de caso: aproximaciones y experiencias en España Cristina Rimbau Andréu

Los agentes de la gestión de caso. Perfil profesional Alicia Sarabia

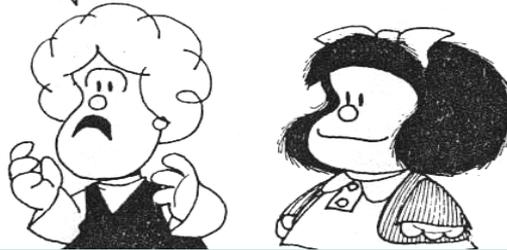
- Fernández, T. (coord.)(2008): Trabajo social con casos. Serie: Política Social/Servicios Sociales, Madrid, Alianza Editorial
- MODELO DE GESTION DE CASOS DEL SSPA
- MANUAL DE LA GESTIÓN DE CASOS EN ANDALUCÍA: ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS EN EL HOSPITAL
- Diversos protocolos SSSS Entidades tutelares, Intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta.

PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

¡NO HAY CASO, EL RACISMO ES ALGO QUE NO ME ENTRA EN LA CABEZA! ¡ME RESULTA UNA COSA INCONCEBIBLE!



¡ME PARECE ESPANTOSO CONSIDERAR INFERIORES A OTROS SERES HUMANOS POR EL SOLO HECHO DE NO SER COMO UNO!



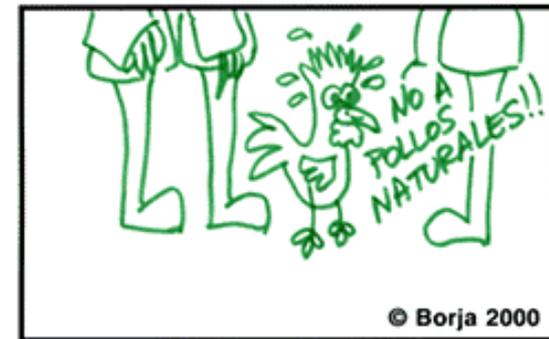
¿TODAVÍA QUE TIENEN ESA DESGRACIA, ENCIMA VAMOS A DESPRECIARLOS? ¡HAY QUE SER MÁS CARITATIVOS CARAMBA!...



Quino



PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (PCP)



© Borja 2000

- Surge en el ámbito de la intervención con PD en ambientes favorables al principio de normalización.
- Evoluciona hacia enfoques centrados en la calidad de vida que insisten en la importancia de la satisfacción actual de necesidades y aspiraciones de las personas y de los apoyos.



Algunos principios que han marcado la acción

NORMALIZACIÓN (60, 70 y 80) (Bank-Mikkelsen, 1975; Wolfensberger, 1975)

Todas las personas tienen derecho a llevar una vida lo más parecida posible a la vida que llevan el resto de ciudadanos y ciudadanas, pudiendo utilizar los servicios normales de la comunidad (Desistitucionalización). Exige (1) cambios de actitudes y de estructuras, (2) aceptación de las diferencias, (3) otras formas de organización de los servicios, e (4) interdisciplinariedad para la atención en su entorno, con servicios individualizados

CALIDAD DE VIDA (años 90 Schalock)

Concepto... modelo... principio organizador de servicios humanos (PCP, Apoyos y Evaluación de la CV)

AUTODETERMINACIÓN (Van Loon, 2006)

La *autodeterminación* enriquece la normalización. De recursos a **apoyos**

- (1) capacitar a la persona para que tome sus propias decisiones de un modo libre
- (2) realizar un trasvase del control hacia la propia persona
- (3) generar posibilidades para la decisión y elección en libertad.



DE LA CALIDAD DEL CUIDADO A LA **CALIDAD DE VIDA** (Modelo Schalock y Verdugo, 2003)

De una concepción centrada en:

- Las limitaciones de la persona a otra centrada en el contexto y en la interacción. Enfoque ecológico
- La eficacia de los servicios, programas y actividades a otra en los avances en la calidad de vida de la persona. Los cambios y mejoras deben reflejarse en cada persona.
- Las organizaciones y profesionales a otra incorporando a la persona y a sus familiares como consumidores directos de los servicios. Participación

Concepto identificado con el movimiento de avance, innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones a nivel de la persona, de la organización y del sistema social

Dimensiones	Indicadores y descriptores
BIENESTAR EMOCIONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alegría (satisfacción, humor, disfrute) 2. Autoconcepto (identidad, valía personal, autoestima) 3. Ausencia de estrés (ambiente seguro y predecible)
RELACIONES INTERPERS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interacciones (redes sociales, contactos sociales) 2. Relaciones (familia, amistades, iguales) 3. Apoyos (emocional, físico, económico)
BIENESTAR MATERIAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estatus financiero (ingresos, beneficios) 2. Empleo (situación laboral, ambiente laboral) 3. Hogar (tipo de vivienda, propiedad)
DESARROLLO PERSONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación (logros, nivel) 2. Competencia personal (cognitiva, social, práctica) 3. Desempeño(éxito, productividad, creatividad)
BIENESTAR FÍSICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salud (funcionamiento, síntomas, estado físico, nutrición) 2. Actividades de la vida diaria (cuidado personal, movilidad) 3. Atención sanitaria (disponibilidad, eficacia, satisfacción) 4. Ocio (actividades recreativas, aficiones)
AUTODETERMINACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomía/control personal (independencia, autodirección) 2. Metas y valores personales(esperanzas, deseos, expectativas) 3. Elecciones (oportunidades, opciones, preferencias)
INCLUSIÓN SOCIAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. integración y participación en la comunidad (acceso, implicación) 2. Roles comunitarios(contribuciones, estilo de vida, interdependencia) 3. Apoyos sociales (redes de apoyo, servicios)
DERECHOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Derechos humanos (respeto, dignidad, igualdad) 2. Derechos legales (ciudadanía, acceso, procesos legales)

Con estos principios

¿qué deben hacer los/as profesionales de la intervención?

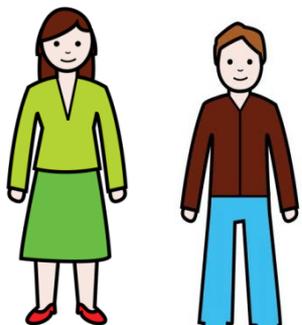
- Entrenar hacia la libre elección y diversificar los **apoyos**
- Que en el proceso de planificación:
 - Se identifiquen siempre los logros personales (lo que la persona desea conseguir)
 - Que ante cada objetivo nos preguntemos siempre cómo va a ayudar a la persona a alcanzar sus logros personales
 - Obligatoriamente participe la persona destinataria de la intervención y aquellos agentes relevantes para que la persona pueda alcanzar sus logros.



APOYOS
Personas, relaciones, objetos, entornos, actividades o servicios que responden a alguna necesidad de la persona y le ayudan a conseguir sus objetivos y su plena participación social



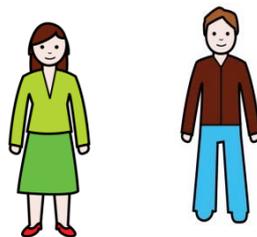
El Modelo Centrado en la Persona



Discapacidad: mayor dificultad para satisfacer las necesidades que como ser humano tienen (O'Brien y O'Brien, 2000).

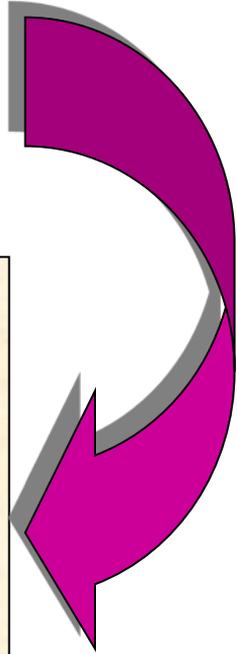
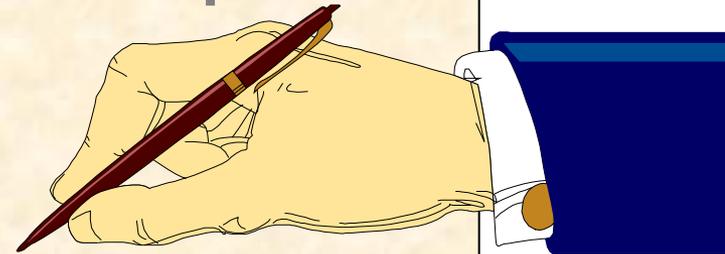
ECP: Un conjunto de valores y estrategias que se utilizan para ayudar a un individuo a formar una imagen de su futuro y a diseñar con otros el plan necesario para alcanzarlo. Se planifican en función de sus deseos, preferencias e intereses

El punto de partida de la intervención es la persona (no los servicios)



¿Cuál es tu mayor deseo...?

- ☞ Ver a mi novia cada sábado
- ☞ Poder ir con alguien de compras
- ☞ Vivir en mi propio apartamento con un amigo
- ☞ Tener trabajo y ganar dinero
- ☞ Poder jugar y estar con otros niños
- ☞ Poder ser un adulto independiente, con mi trabajo, tener amigos y poder visitar a mi padre todas las veces que quiera



Técnicas y estrategias al servicio del Enfoque Centrado en la persona

- La planificación del estilo de vida esencial (Smull y Harrison, 1992; O'Brien & Lyle, 1987)
- McGill Action Planing System (MAP) (Forest and Snow, 1985; Forest & Lusthaus, 1990); (Pearpoint, O'Brien, & Forest, 1993)
- Planes alternativos para el futuro con esperanza (PATH) (Pearpoint, O'Brien, & Forest, 1993).
- La planificación del futuro personal (Mount, 1992; McManus & Mount, 2000; Sanderson, 2000)



Agenda común de los primeros enfoques...

- Incrementar la elección
- Evitar etiquetas despersonalizadoras y procedimientos estigmatizantes
- Respetar las voces de las personas y las de quienes mejor les conocen
- Construir relaciones
- Individualizar los apoyos basados en altas expectativas en relación con el desarrollo de las personas
- Solicitar que las agencias adopten nuevas formas de servicio y organización para proveer apoyos bajo una nueva concepción





SISTEMA VERSUS PERSONA

- Centrado en los déficits y debilidades
- Controlado por profesionales
- Emplazamientos preestablecidos y poco flexibles
- Concentrado en desarrollar planes y programas

- Centrado en talentos, capacidades, sueños y deseos
 - Controlado por la persona y por quienes ella elige
 - Vida en comunidad, basada en preferencias y fortalezas
 - Plan para enriquecer un futuro positivo y posible
- 

Fases en el desarrollo de los servicios (adaptado de Bradley, 1994)

	INSTITUCIONAL	DE INTEGRACIÓN	EN LA COMUNIDAD
¿Quién lo recibe?	Paciente	Cliente	Ciudadano
¿Dónde se presta?	Institución (fuera del ámbito de la comunidad)	Hogares, talleres, educación especial (basados en la comunidad)	Hogar, puesto de trabajo, colegio, barrio, entornos comunitarios (en la comunidad)
¿Qué modelo se utiliza?	Custodia o médico	Desarrollo y conducta	Apoyo individual
¿Cómo se llama?	De cuidados	Programas	Apoyos
¿Qué se planifica?	Los cuidados	Las habilidades	El futuro
¿Quién controla la planificación?	Un profesional, generalmente médico	Un equipo interdisciplinar	El individuo
¿Quién toma las decisiones?	Normas de práctica profesional	Consenso de equipo	El individuo con su círculo de apoyos
¿Qué políticas lo rigen?	Limpieza, salud y seguridad	Habilidades y socialización	Autodeterminación, relaciones e inclusión
¿Cuál es el punto clave?	El control o curación	La modificación de conductas	Cambios en el entorno y en las actitudes
¿Qué determina la calidad?	La práctica profesional y el nivel de cuidados	La realización de programas y objetivos	La calidad de vida del individuo

Nuevos roles profesionales que exige el enfoque (AAMR,2002)

- **Rol planificador:** responsable de analizar los servicios que busca la persona y de ayudarla a desarrollar un plan para lograr el resultado identificado
- **Rol de recurso en la comunidad:** responsable de tener conocimiento de los recursos de la comunidad para ayudar a la persona a acceder a ellos y obtener los apoyos naturales y los basados en servicios que necesita
- **Rol consultor:** responsable de lograr una relación con la persona de consejo y de dar recomendaciones basadas en el conocimiento y experiencia
- **Rol técnico:** responsable de estar actualizado en las últimas estrategias y tecnologías de apoyo para asegurar la adquisición y el mantenimiento de habilidades
- **Rol coordinador ...**





El coordinador/a...

- Se alía con la persona para determinar las preferencias
- Ayuda a la persona en la evaluación de las necesidades
- Define, con la persona, los resultados esperados
- Desarrolla planes basados en resultados en unión de la persona e identifica las personas de apoyo y los miembros del equipo de la comunidad
- Localiza los servicios y recursos consistentes con las preferencias de la persona
- Desarrolla vínculos en la comunidad
- Mantiene la capacidad de elegir
- Registra, revisa y modifica los planes basados en resultados
- Asegura que se cumplen los resultados mutuamente acordados

QUÉ ES LA PCP

- Es un conjunto de estrategias que son enfoques para la planificación de la vida **basados en valores** y que se centran en las elecciones, la visión y el círculo de apoyo de la persona
- Este enfoque de la vida aprecia y respeta a la persona y **respeto la experiencia, el conocimiento y la sabiduría** de sus círculos de apoyo
- Enfoques para organizar y guiar el cambio tanto en la persona como en la comunidad en colaboración con las personas con discapacidad, sus familias y sus amigos
- Requiere inversiones importantes para construir los apoyos necesarios



LA PCP AYUDA A LA PERSONA A:

- Descubrir quién es y cómo quiere vivir
- Identificar visiones de futuro positivas y posibles basadas en cómo quiere vivir
- Reconocer barreras para alcanzar esa visión
- Establecer y fortalecer la colaboración permanente con su círculo de apoyo
- Desarrollar un plan de acción individualizado y permanentemente actualizado que persiga alcanzar la visión de futuro deseado

METAS DE LA PCP

- Reducir el aislamiento social y la segregación
- Establecer amistades
- Aumentar las oportunidades de implicarse en actividades preferidas
- Desarrollar las competencias
- Promover el respeto



CARACTERÍSTICAS DE LA PCP

- La persona debe **estar presente** y contribuir a su plan
- El equipo de apoyo es individualizado, **propio de cada persona**
- El plan usa un enfoque abierto-cerrado sin un final predeterminado en mente
- El destino de la persona se despliega conforme el plan progresa
- Los miembros del equipo apoyan a la persona y aseguran que se implanta el plan
- Las personas que forman parte de la planificación son invitadas de y por la persona y por lo tanto tienen una **estrecha relación o una fuerte conexión** con ella

[Sesión de PCP con Yasmina- Grupo de apoyo - YouTube](#)



PREMISAS PCP

- Las principales autoridades son la persona con discapacidad y las personas que la apoyan.
- Constituye un proceso de aprendizaje y de resolución conjunta de problemas para alcanzar retos.
- Se basa en la colaboración.

Preguntas principales:

¿Quién es la persona?

¿Qué oportunidades le ofrece la comunidad?...

LA PCP PARTE DE:

- Los entornos en los que la persona participa
- Sus decisiones y preferencias
- Sus competencias
- Los roles que asume en la comunidad
- Sus relaciones de amistad





Sus entornos...

- ¿Qué entornos utiliza la persona regularmente (diariamente, semanalmente, mensualmente)?
- ¿A qué lugares va sola, en grupo, con otra persona?
- ¿Tiene la persona algún problema significativo en esos entornos?
- ¿A qué otros lugares le gustaría ir o ir con mayor independencia?

Sus decisiones...

- ¿Qué decisiones toma habitualmente?
- ¿Qué decisiones toman por ella otras personas?
- ¿Cuáles de ellas podría tomar ella?
- ¿Qué intereses y preferencias hacen de él un ser único?
- ¿Qué supondría incrementar la cantidad o la importancia de las decisiones que toma?
- Las personas que deciden por él, ¿podrían tener más en cuenta sus preferencias?





Sus competencias...

- ¿Qué habilidades debería desarrollar para tener una presencia, capacidad de decisión y participación en la comunidad?
- ¿Cómo mejorar su capacidad para participar en actividades relevantes?
- ¿Qué métodos de instrucción y qué apoyos han resultado más eficaces?
- ¿Salud? ¿Cómo manejar posibles complicaciones de la mejor forma posible?
- ¿Con quién pasa la persona la mayor parte del tiempo?
- De ellas, ¿quiénes asisten a su mismo programa?
- De ellas, ¿quiénes son profesionales?
- ¿Pasa algún tiempo con alguna otra persona?
- ¿Quiénes son sus amigos y aliados?
- ¿Quién le conoce bien?
- ¿Quién podría defender sus intereses?
- ¿Cómo se le podría apoyar para mejorar su rol social?
- ¿Cómo se podría incrementar su círculo de iguales?

Amistad...



Roles en la comunidad...

- ¿Qué roles ocupa en la comunidad?
- ¿Qué tiempo dedica a cada uno?
- ¿Qué rol le ofrece una oportunidad mejor para expresar sus habilidades y talentos?
- ¿Se podría incrementar el tiempo que la persona dedica a desempeñar una función valorada por la comunidad?
- ¿Qué posibles futuros pueden estar disponibles para la persona?
- ¿Tiene alguna característica que puede reforzar los estereotipos sobre discapacidad?
- ¿Hay algo en el entorno que refuerce esos estereotipos?
- ¿Se podría reducir?



FASES PCP

¿CUANDO PUEDE HACERSE PCP?

- Para proporcionar a la gente apoyos más adecuados
- Para avanzar desde enfoques más tradicionales
- En momentos de CAMBIO, de transición en la vida de las personas
- En general, siempre que queramos proporcionar la mejor vida posible a las personas

CUATRO REUNIONES MARCO

- Explorando el compromiso: CREACIÓN DEL CÍRCULO DE APOYO
- Descubriendo oportunidades: EL PERFIL PERSONAL
- Encontrando nuevas direcciones: la reunión de PLANIFICACIÓN DEL FUTURO
- Poniéndose en marcha: REVISIÓN del proceso

[Sesión de PCP con Yasmina- Grupo de apoyo - YouTube](#)



DETALLES... IMPORTANTES

- Asegurarse de que la persona o su defensor eligen a QUIEN invitar, la FECHA, la HORA y el LUGAR de la reunión
- Asegurar de que el foco se sitúa en los ASPECTOS POSITIVOS de la persona, preferencias, deseos y aspiraciones
- Asegurarse de que en el proceso se utiliza el SISTEMA DE COMUNICACIÓN empleado por la persona
- La persona está en todas las reuniones PRESENTE y CÓMODA
- Utilizamos PAPELÓGRAFOS, para compartir todos la información que vaya saliendo
- Todos los presentes tiene un COMPROMISO compartido con la acción



1. CREACIÓN DEL CÍRCULO DE APOYO

- Las personas no son vistas como individuos únicamente, sino como personas dentro del contexto de sus familias y comunidades
- Compartir el poder no incluye sólo a la persona, sino también a las familias y amigos
- Quizás él/ella no pueda hablar, pero nosotros podemos dar voz a sus deseos, miedos, sentimientos...
- ¿Quiénes van a ser las personas que van a dar apoyo para alcanzar sueños?
- ¿Es posible reunirnos a todos o es, simplemente, difícil?
- ¿Creemos que esas personas van a comprometerse?, ¿Cómo podemos conseguir que se comprometan?
- ¿Cómo facilitamos que lo pueda elegir la persona?



2. EL PERFIL PERSONAL

NOS PERMITE:

- Llegar a conocer a la persona y escuchar sus puntos de vista
- **Desarrollar una apreciación compartida de talentos y capacidades de la persona, así como de las barreras y dificultades a las que se enfrenta**
- Valorar e incluir a muchas personas generalmente excluidas de los equipos de planificación y atención (familia, amigos, personas de atención directa...)
- **Reafirmar la voz de la propia persona**
- Establecer cómo son en este momento las cosas, para reflexionar en el futuro
- **Traducir la jerga profesional en un lenguaje común**
- Discutir valores, opciones y sentimientos en un contexto informal



COMPONENTES DEL PERFIL PERSONAL

1. **MAPA DE RELACIONES:** identifica las oportunidades para el apoyo personal
2. **MAPA DE LUGARES:** describe el patrón de la vida cotidiana en la actualidad
3. **MAPA BIOGRÁFICO:** proporciona una panorámica de las experiencias vitales de la persona y su familia
4. **MAPA DE PREFERENCIAS:** describe las preferencias personales, talentos e intereses, así como lo que hay que evitar
5. **MAPA DE SUEÑOS:** describe ideas sobre los sueños y deseos personales para el futuro. Determina el periodo de tiempo sobre el que trabajar (a corto, medio o largo plazo)
6. **ESPERANZAS Y MIEDOS:** describe cómo se siente la gente en relación con las oportunidades y obstáculos que ven para conseguir que ocurran las cosas
7. **MAPAS OPCIONALES:** mapa de elecciones, mapa de salud, de comunicación...



MAPA DE RELACIONES

- Las personas con las que se comparten, o se han compartido, espacios y momentos
- Las personas que más le quieren
- Las personas con una relación especial
- Distinguir grados de cercanía

MAPA DE LUGARES

- Los diversos espacios donde transcurre la vida de la persona
- No centrarse en su vida cotidiana únicamente
- Prestar atención a qué lugares son comunitarios y cuales no
- Identificar cuales son elegidos y cuales impuestos



MAPA BIOGRÁFICO

- Los hechos más relevantes en la vida de la persona
- No es necesario que sea una novela.
- Establecer los acontecimientos relacionados con las personas

MAPA DE CAPACIDADES

- Qué cosas se le dan bien y cuales no
- Qué funciona y qué no funciona
- En algunos casos, puede ser importante incluir un mapa específico de habilidades de comunicación
- Prestar atención a qué se le ha enseñado a esa persona

MAPA DE PREFERENCIAS

- Qué le gusta y qué no le gusta a la persona
- Indagar en diversos ámbitos
- Tener en cuenta que es posible que nos falte información

MAPAS OPCIONALES

- Mapa de ELECCIONES: Cuantas decisiones toma esa persona por si misma a lo largo de su día o en su vida
- Mapa de SALUD: qué problemas de salud tiene esa persona
- Mapa de ACTIVIDADES: qué actividades suele realizar
- Mapa de COMUNICACIÓN: qué sistema utiliza, para qué se comunica...



MAPA DE SUEÑOS

- Los sueños no tienen por qué ser posibles
- No confundir nuestros sueños, o los del círculo de apoyo, con los de la persona
- Pensar en las dimensiones de calidad de vida, especialmente las relaciones personales y la inclusión en la comunidad
- ¿Será la persona claramente más feliz si se acerca a los sueños establecidos?

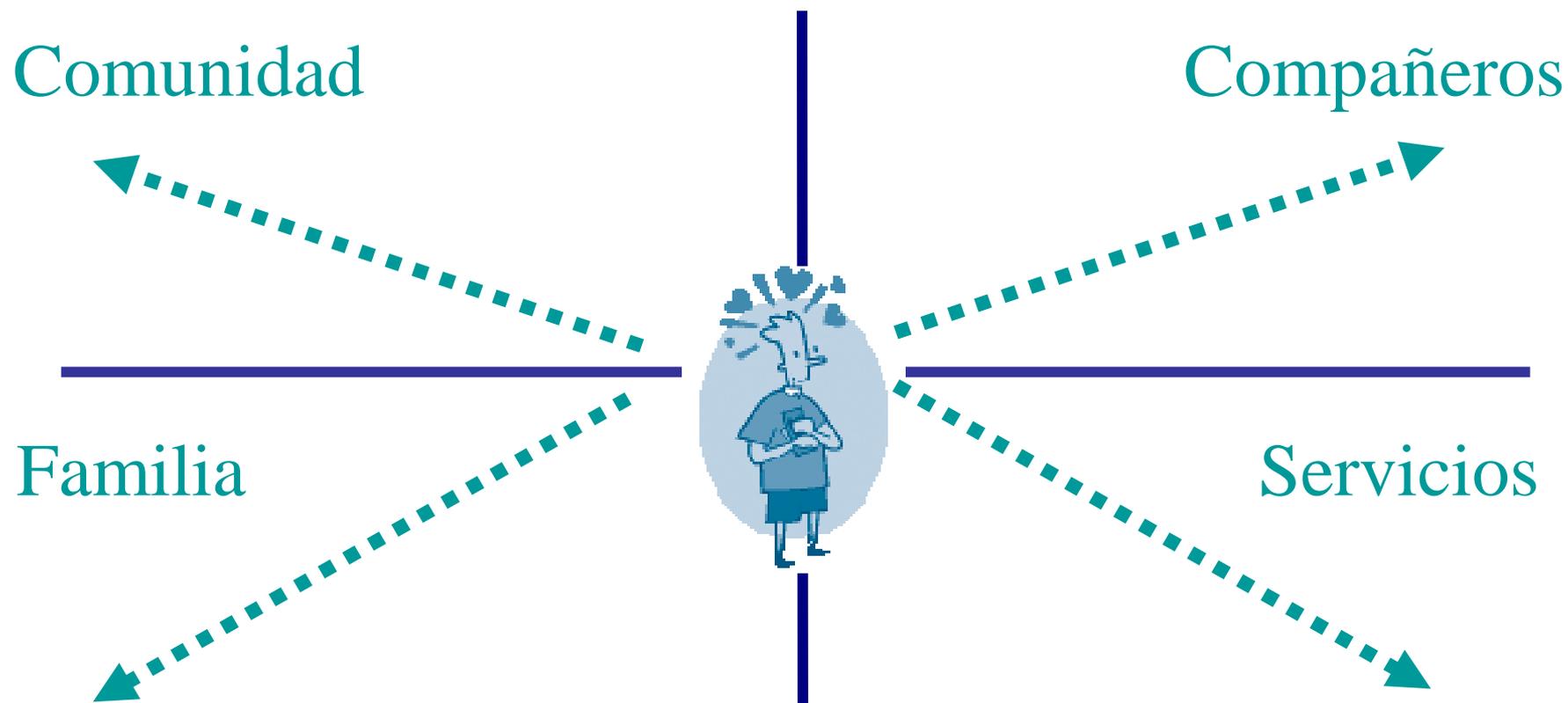
PREGUNTAS QUE GUÍAN EL DESARROLLO DE UN SUEÑO

- ¿Cómo podemos aumentar y profundizar las **AMISTADES** de la gente?
- ¿Cómo podemos aumentar la **PRESENCIA** de una persona en la vida de la comunidad local?
- ¿Cómo podemos ayudar a las personas a tener más **CONTROL Y ELECCIÓN** en sus vidas?
- ¿Cómo podemos mejorar la **REPUTACIÓN** que tienen las personas y aumentar el número de modos valorados en que las personas pueden contribuir en la vida de su comunidad?
- ¿Cómo podemos ayudar a las personas a desarrollar **COMPETENCIAS**?





El proceso de planificación



EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN (PCP)

- El equipo (PD, padre/madre, familiares, compañero/as, profesionales, amistades....)
- El tiempo
- El entorno (semicírculo).
- Meta (registrar visualmente ideas) (se priorizan las acciones que se puedan iniciar).
- Se formulan 7 preguntas:
 1. La historia del individuo
 2. Sueños (plazo 5 años)
 3. Pesadillas
 4. ¿Quién es el individuo? (descriptores)
 5. Fortalezas
 6. Necesidades
 7. ¿Cómo sería un día ideal en la escuela/centro/empleo? ¿Qué se debe hacer para hacerlo realidad?



EL PLAN FUTURO

Imagen de futuro	Diseñar estrategias (pasos posibles y cómo)	Establecer Prioridades	Obstáculos y oportunidades
Mejorar relaciones familia y amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Recreos • Rel. Ana • Hab. Social • Salidas • Actit. clase • Hermano 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recreos 2. Rel. Ana 3. Salidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstáculos • Experiencia • Oportunidad • Apoyos recr • Hab. juego

Introducción a "miradas de apoyo" – YouTube



¿QUÉ NECESITA UN FACILITADOR PARA TENER ÉXITO?

- Comprender y ‘abrazar’ los valores inherentes a la PCP
 - **Habilidades sociales y comunicativas bien desarrolladas**
 - Capacidad para comprender al otro y, tras ello, para ser comprendido él mismo
 - **Conocer la comunidad y los recursos y apoyos que ofrece**
 - Capacidad para que los grupos –con disponibilidad de tiempos y agendas muy diferentes- alcancen consenso y aprendan a comprometerse
 - **Creatividad y capacidad de estimularla en los demás**
 - Capacidad para no perder nunca de vista su principal papel: ayudar a la persona a que construya una vida de calidad en su comunidad
 - **Capacidad para controlar y evaluar los resultados del PCP**
 - Conocer los principios del aprendizaje y estrategias
 - **Conocer estrategias para hacer que todos participen**
 - Dominar qué es la auto-gestión y la autodeterminación
- 

DATOS PCP (Emerson et al. 2005)

- **Efectos positivos:**

- Un 52% de aumento en redes sociales
- El contacto con la familia se multiplicó por 2.4
- La relación con amigos aumentó un 40%
- Las actividades en la comunidad un 30%

- **Efectos negativos:**

- La percepción de riesgo se multiplicaba por 1,5.
- Se informó de un aumento de los problemas de salud
- Un incremento de las necesidades emocionales o conductuales
- Aumento de costes 1,4%

La PCP no es suficiente. Se necesitan acciones para:

- **Reforzar el empleo**
- **Uso de viviendas convencionales**
- **Servicios especializados en promover la inclusión**

