

Programa del sistema de ayuda centrada en la persona de grupos sociales excluidos. Antecedentes teóricos y procedimientos

Joao Marques-Teixeira*

Resumen: En este trabajo, el autor describe el Programa de sistemas de ayuda centrado en la persona que fue desarrollado para responder las demandas de las personas de la ciudad de Oporto, socialmente excluidas. Se describe el principio fundamental y los componentes del programa, junto con su proceso de realización. Finalmente, se ofrece una reflexión crítica de todo el programa y las expectativas de los futuros desarrollos.

Palabras claves: Programa de ayuda centrada en la persona, grupos excluidos, persona y rehabilitación.

Person-centred helping system program for deviant social groups. Theoretical background and procedures

Abstract: In this paper the author describes the rationale of the "Person-Centred Helping Systems Program" which was developed to answer to the demands involved in the rehabilitation of socially excluded individuals of Oporto city. The main principles and components of the program will be described, together with the process of translating them into practice. Finally a critical reflection of the whole program, and expected future developments are addressed.

Keys words: Person-Centred Helping System Program, deviant social groups, person, rehabilitation.

Recibido 05.06.2006 Aceptado 15.08.2006

* * *

Introducción

Los individuos socialmente excluidos de la ciudad de Oporto¹, constituyen una preocupación para las autoridades públicas regionales. Por esta razón, fue solicitada una intervención dirigida a generar estrategias de desarrollo para su inclusión. La complejidad que envuelve el fenómeno de la exclusión social y el alto nivel de demandas terapéuticas hizo necesario el desarrollo de un programa con capacidad de atender todos los aspectos involucrados. Dicho programa requirió la elaboración de un marco teórico claro que abarcará todos estos aspectos. Para responder a esta demanda, se desarrolló el "Programa de sistemas de ayuda centrada en la persona" (PCHSP). Este contiene un marco teórico capaz de integrar la comprensión y explicación del fenómeno mismo, así como los temas relacionados con las variables involucradas, los aspectos relacionados con el servicio de despacho, y guías metodológicas para la recolección de datos y su respectivo análisis.

El referido Programa: a) permite **la comprensión y explicación** de algunos aspectos de la exclusión social; b) propone una estrategia **para tratar** a individuos socialmente excluidos, en una variedad de entornos; c) provee un método **para** capacitar a los alumnos de pregrado en un programa de asesoramiento; y d) usa la investigación para ampliar la comprensión de la delincuencia y evaluar modalidades de tratamiento usado con esos individuos. Además, éste permite a los nuevos profesionales aprender un método efectivo y esencialmente empírico para servir a una población terapéuticamente desafiante, a la vez que entrega servicios de calidad a esos individuos en colaboración con varias agencias de comunidad. Este trabajo describe el proceso de desarrollo del PCHSP, presentando sus principios y componentes básicos; muestra como fue llevado a la práctica, y finaliza con una reflexión crítica de todo el proceso.

Definición del problema

En la última década, la ciudad de Oporto ha presenciado la formación gradual de un grupo

particular de individuos socialmente excluidos, lo cual ha despertado preocupación en toda la población y las autoridades regionales. Conocidos como “arrumadores” (estacionadores de autos) se instalan, durante la mayor parte del día, en la mayoría de las áreas comerciales y residenciales de la ciudad, y tienden a imponer a los conductores de autos su ayuda para buscar estacionamiento, o para estacionar y cuidar su auto. Cuando los conductores dejan su auto, los “arrumadores” esperan un pago por su ayuda, y piden una “moneda”. Si no reciben esta recompensa monetaria, algunos se ponen verbalmente insolentes e incluso hacen amenazas orales y físicas. En muchos casos, han sido vinculados con vandalismo y robo de autos. La mayoría de estos individuos son “sin techo” y presentan problemas por el abuso de sustancias adictivas. Casi siempre presentan una apariencia descuidada, sucia y bajo el efecto de drogas. A medida que se aumentó el número de estos individuos en la calle, también aumentó el nivel de inseguridad de la población, la que pidió a las autoridades públicas una solución para este problema.

Marco teórico

El PCHSP puede considerarse un modelo socio-sanitario, basado en el concepto de un sistema socio-antropológico como sistema de relaciones interpersonales, tanto formales como informales, que engloban todos los patrones de interacción de una sociedad. En este sistema, cada actor individual es una persona que vive simultáneamente en relación cercana con su familia, sus amigos y sus conciudadanos, así como también en un cierto barrio, en un cierto país, y con una concreta y singular trayectoria de vida (Días & Caldeira, 1983).

Este actor, como miembro integrante de la vida urbana, está relacionado y es interdependiente con todas las personas que viven en un determinado sistema, en un determinado territorio, el cual puede considerarse como un lugar que constituye un proceso interno de interrelaciones. En otras palabras, este lugar especial denominado como “unidad territorial”, es el espacio central de un grupo pequeño que puede constituir una comunidad de intereses, que se expresa por una cadena de relaciones. Esta última se manifiesta en las instituciones sociales y en las prácticas institucionales, productos y tradiciones culturales, y en sistemas de comportamientos simbólicos, los cuales incluyen el idioma, formas de arte, ceremonias religiosas, literatura, valores, metas y aspiraciones. Cada actor social sería diferente, pues se ubica en diferentes barrios, pueblos o países. De esta manera él o ella pueden, por ende, ser representado por un **sistema socio-antropológico** que incluye un lugar (**eco-sistema**) y un tiempo (**tiempo biográfico y época histórica**). El sistema socio-antropológico es un proceso continuo que abarca toda la vida de los sujetos, y es creado por que se reproduce por las necesidades de su componente humano. Por lo tanto, debemos analizarlo en dos dominios centrales que caracterizan los procesos de vida: el **tiempo y el espacio**. Respecto al primero, debemos considerar su desarrollo histórico y también sus proyecciones futuras; en cuanto al espacio, se debe prestar atención a las interrelaciones entre las unidades espaciales. Esto quiere decir que descubrimos que cada sistema socio-antropológico, en su contexto ambiental particular, es una faceta, por así decirlo, o es una parte, de un acontecimiento multidimensional cultural en el **espacio-tiempo**.

Por consiguiente, para entender cualquier sistema social en un momento particular del tiempo y del espacio, debemos comprender el patrón multidimensional de acontecimientos culturales en el espacio-tiempo de su participación. Sin embargo, el contraste entre el sistema social parcial en pequeña escala y el sistema social en conjunto no es del mismo orden, a medida que cambia desde la personalidad o psicología al individual sistema social, o desde el organismo al dominio psicológico. El fenómeno de la interacción social es siempre crítico, y se produce cuando dos o más organismos o personalidades interactúan, constituyendo un sistema que, se convierte en una forma especial de sistema, claramente diferente de otras formas de interacción. Un **sistema humano**, significan un rango de configuraciones de seres humanos por ejemplo, grupos y organizaciones, interactuando en un patrón estable en torno a metas y preocupaciones comunes, los cuales experimentan el estar relacionados el uno con el otro; cada uno de ellos pertenece a un grupo grande, situado de una organización especial de trabajo que sirva a las necesidades de varios de sus miembros y organiza tareas comunes (Barret-Lennard, 1994).

Desde el punto de vista del desarrollo, los procesos que ocurren dentro de un **sistema humano**, tiene que entenderse como autoorganizados y, por tanto, no determinados por “otros”. A pesar de que cualquier cambio del patrón de la organización del sistema involucra al sistema como un todo, es por medio de la forma que cada individuo, como parte del sistema, asimila, integra y transforma las influencias de los “otros”, evoluciona el sistema. Aunque pareciera una contradicción, la verdad es que la teoría de sistemas modernos (Le Moigne, 1977) ha destacado estos patrones de autoorganización, y ha

argumentado que la transición desde un patrón existente a uno nuevo no se determina por el entorno del sistema, aún cuando éste provea las condiciones del contexto en el cual sucede esta evolución estructural. Consecuentemente, el término “cambio” no implica que los que intervienen en este dominio pueden determinar o planificar nuevos patrones de interacción, por ejemplo, respecto al proceso de transformación desde impresiones a expresiones que se describen más adelante, tanto a nivel de grupo como individual. En el mejor de los casos, pueden influir sobre las condiciones del entorno comunicativo (significado, interpretación, expectativas mutuas, etc.) para que los procesos cambien las actuales formas de estructuras, y se reconozcan a sí mismos autónomamente. En otras palabras, el sistema activa sus mecanismos de autoorganización para obtener un nuevo equilibrio.

Este tipo de sistemas constituye un sistema dinámico de **comunicación** muy complejo, dado el hecho que estos elementos individuales de comunicación son de una duración muy breve. Los fenómenos no se refieren a ellos, sino a estructuras más constantes de procesos que crean y organizan estos elementos. En este proceso dinámico, se ve al individuo como un “transformador”, continuamente convirtiendo, en una corriente sin interrupción, las “impresiones” (I) en “expresiones” (E). En otras palabras, cada individuo se impresiona por las transiciones (transiciones o interpretaciones) comunicacionales y las transforma en expresiones. Las “expresiones” son, en gran medida, lo que un observador llama “comunicación” o “actuar” en el sentido de cada día.

Siguiendo esta lógica, podemos decir que lo importante, en una planificación de una intervención en un sistema humano, no es el sistema en sí, sino más bien, la administración correcta de la tensión entre la mirada desde adentro y la mirada desde afuera de un sistema humano particular. En relación a esta proposición, Barrett-Lennard afirma que “el modo interior es crucial y central para el proceso de lograr a conocer el carácter distintivo o perspectiva de la vida de una comunidad” (1998). Los caracteres distintivos, aunque son conceptualmente distintos de los de la personalidad de los miembros del sistema humano se entretajan con ellos. Entrar en ambos dominios y sus intrincados vínculos depende de un compromiso humano profundo, de tal modo que el agente de intervención sea capaz de percibir y sentir como uno de ellos. El equilibrio entre la mirada interior y exterior es, por ende, la actitud esencial de la intervención. El agente de ella necesita estar abierto a esta fuente de conocimiento: debe cuidadosamente aplicar su propio marco de referencia (mirada exterior), extendido y anclado en la mirada interior. De este modo, la mirada interior se deriva del contacto empático con diferentes miembros del sistema, absorto en un compromiso expresivo en sus mundos. Los productos de esta mirada interior hacen posible una mirada exterior informada de la agente de intervención.

El énfasis sobre el marco interno de referencia para entender el comportamiento, la emergencia del conocimiento en torno a las experiencias de procesos y las bases fenomenológicas del pensamiento centrado en la persona (Rogers, 1959; Brodley, 2001; Schmid, 2001; Wilkins, 2001), están en concordancia con el proceso central para desarrollar un marco teórico y la intervención posterior en un sistema humano, como hemos descrito. Esta es la razón principal del por qué los principios centrado en la persona se adecuan muy bien como antecedentes conceptuales para la intervención en este marco. Es decir, la persona estaría en el centro de este proceso y el proceso estaría **centrado en la persona**.

El cambio de sistemas y la intervención multicomponente

Basado en lo anterior, se puede argumentar que cuando ofrecemos apoyo, debemos centrar nuestros esfuerzos en el objetivo de resolver problemas, en vez de hacerlo en el comportamiento ante los problemas. El cambio de comportamiento no es simplemente el resultado de aplicar técnicas específicas a desafíos específicos. Los cambios significativos sólo son posibles si los sistemas están reestructurados de tal modo que permitan que dicha transformación ocurra y se mantenga. Consecuentemente: (a) es necesario que todos los interesados compartan esta visión común del problema y cómo enfrentarla; (b) que los que proveen apoyo estén adecuadamente capacitados; (c) que hayan incentivos para motivar a la gente a cambiar sus enfoques sobre la solución del problema; (d) que los recursos (temporal, físico y humano) estén disponibles para facilitar el cambio, y (e) que se elabore un plan de acción que defina los roles, responsabilidades, procedimientos de monitoreo, y métodos que se usa para corregir las deficiencias nuevas y en proceso (Knoster, Villa, & Thousand, 2000).

La perspectiva sistémica rechaza la noción de que la efectividad de la intervención depende solamente la identificación de una intervención crítica clave cuya realización sería efectiva. Al contrario, sostiene que sólo un enfoque comprensivo, que implique una intervención múltiples componentes

puede inducir cambios en muchas facetas del contexto de la vida del individuo, la cual pueda ser problemático (Horner & Carr, 1997). Tal conclusión se basa en la evidencia incuestionable que muestra que, en cualquier individuo, los cambios de comportamiento dependen probablemente de múltiples variables funcionales y estructurales cuya influencia exige una estrategia de intervención multi-dimensional, construida sobre la información de evaluación (Bambara & Knoster, 1998; Carr, Carlson, Langdon, Magito McLaughlin, & Yarbrough, 1998; O'Neill, Horner, Albin, Sprague, Storey, & Newton, 1997).

Es sabido que el marco del PCSHP es, en muchos aspectos, similar al paradigma ecológico, puesto que en ambos casos se trata de unidades más grandes que el individuo, es decir sistemas; se enfatiza el entorno natural, más que las instituciones y clínicas, como apropiado para llevar a cabo la investigación y estudios de intervención (i.e. validez ecológica), y considera la investigación como un modo de comprensión y de colaboración permanente entre los científicos, todos los afectados, y los mismos miembros del sistema. La confluencia de estas ideas permite formular algunos principios que son esenciales en este modelo.

El primer principio se basa en la idea de que la gente, en el marco de una comunidad, es interdependiente y el cambio clínicamente significativo que ocurra en individuos ocupados en sus mundos, difunde el cambio e influye en los sistemas sociales. Esta noción que es, un tema relevante en la teoría de sistemas ecológicos (Bronfenbrenner, 1989), se manifiesta en el PCHSP con la idea de que el enfoque de intervención debe a la vez, facilitar el proceso de conciencia de la situación de vida de la persona, y la creación de las condiciones que faciliten la actualización de sus potencialidades no manifiestas para un cambio. Esta es una perspectiva muy diferente de la idea que asevera que una intervención sólo debe enfocarse en los comportamientos problemáticos. Además, esto permite el cambio de contextos problemáticos, como han sido conceptualizados en este artículo.

El segundo principio afirma la idea de que el comportamiento de un individuo, sea éste apropiado o no, es el resultado de un proceso continuo del desarrollo y adaptación, reflejando la interfase entre la **competencia** (una propiedad de los individuos) y el **contexto** (una propiedad de entorno). Si se considera, como dice Barrett-Lennar (1998), que el desarrollo cualitativo de una comunidad tiende a construirse sobre sí misma, esto significa que la vida en comunidad adopta los procesos de crecimiento de sus miembros, los cuales afloran y evolucionan por medio de los esfuerzos del mismo crecimiento y una intervención exitosa debe facilitar un ensamble propicio entre la competencia y el contexto (Albin, Lucyshyn, Horner, & Flannery, 1996). Esta meta es alcanzable si se facilita la disposición de los miembros de la comunidad a experimentar, y a efectuar organizados procesos de evaluación, guiados por la tendencia de actualización individual, de una manera integrada con el rediseño medioambiental. Esto implica que la intervención ejemplar debe involucrar cambio en los sistemas de multicomponentes.

El tercer principio, basado en lo anterior, sostiene la idea de que cambio de sistema no es simplemente un tema del desarrollo del individuo y su adaptación, sino, involucra asimismo, redistribución de recursos de tiempo, dinero y poder político. Por ende, de apoyo administrativo, colaboración integrada, de mecanismos de entrega de fondos y el sentido común de la filosofía de misión, los cuales son variables críticas en la ecuación de cambio (Dunlap et al., 2000; Knoster et al., 2000; Sailor, 1996).

Al aplicar estos principios para diseñar el referido programa de sistemas de ayuda, emergen dos consecuencias relevantes: (a) para proponer intervenciones, tanto el individuo como los niveles sistémicos, deben ser considerados como formas emergentes de vida, a lo cual deben aplicarse los principios centrales del enfoque centrado en el cliente; (b) a la luz de éste, se mira la reducción de los desafíos de comportamiento *per se*, como una meta secundaria, siendo la primaria un proceso de intervención que facilite la producción de un estilo de vida con sentido y cambios culturales que de carácter estables y perdurables.

Se considera al estilo de vida con sentido como una interfase entre el individuo y los niveles de sistema, principalmente, porque agrega un carácter sutil y complejo, altamente distintivo del individuo en la identidad sistémica. Entonces, una propuesta verdaderamente amplia para el cambio de estilo de vida responde a múltiples dimensiones que definen la calidad de vida en un sistema humano (Hughes, Hwang, Kim, Eisenman, & Killian, 1995), que incluye las mejorías en las relaciones humanas (p.e., la formación de amistades) la satisfacción personal (p.e., *self-confidence*, alegría), empleo (p.e., productividad, prestigio en el trabajo, el nivel de un buen trabajo), auto-determinación (p.e., control personal, elección de

arreglos de vivir, independencia), recreación y pasatiempos (p.e., oportunidades adecuadas, buena calidad de actividades), ajustes comunitarios (p.e., habilidades domésticas, habilidades de sobrevivencia); y la integración comunitaria (p.e., movilidad, oportunidad para participar en las actividades comunitarias). Mientras que cada intervención no puede pretender ser exhaustiva, el impacto acumulativo del programa a través del tiempo, sí, debe serlo. Aunque, habitualmente, el cambio general del estilo de vida no ocurre en un tiempo breve (Nickels, 1996; Turnbull & Turnbull, 1999), esto constituye uno de los rasgos claves de desarrollo de un sentido de comunidad de parte de sus miembros, induciendo la experiencia de relaciones y pertenencia.

Enfocando la intervención en grupos sociales perversos

Si se considera el enfoque central del PCHPS orientando a grupos socialmente excluidos es importante explicitar algunas consideraciones teóricas referidos a la intervención en estos tipos de sistemas humanos de funcionamiento débil. Cuando cualquier “unidad territorial”, que subyace en espacios urbanos identificados, conocidos como “nichos culturales específicos”, asume una lógica particular que produce su separatividad y aislamiento, sea en la manipulación del poder o en el conflicto abierto, en relación a otros colectivos humanos, esto produce auto-destrucción. En estos casos, sus miembros no están abiertamente presente el uno con el otro, y tienden a quedar atrapados, personal y conjuntamente, en un patrón autolimitado de asociación. La tendencia a la automantención no se expresa en crecimiento, sino en una repetición constante de patrón. Pueden ocurrir consecuencias extremadamente defectuosas en relación con los externos, y en ese caso la unidad se convierte en prisión para sus miembros, y una violenta antagonista para sus vecinos.

Como se decía, en la última década, en el espacio urbano de Oporto, surgió un nuevo tipo de población excluida, conocido como “**arrumadores**”, que crearon “nichos culturales específicos”. Estos actores sociales son, desde el punto de vista estético, principalmente adultos jóvenes masculinos, en su mayoría son solteros y adictos a las drogas. Son marginales y socialmente aislados, con comportamiento autodestructivos, los cuales están en un conflicto abierto con otros actores sociales, manifiestan su continua insatisfacción con su vida y un alto nivel de mortalidad. Estas personas representan, realmente, una típica población excluida.

Desde el punto de vista dinámico, se caracterizan por una gran “movilidad socio-espacial”, así como una “fluctuación de tiempo-espacio”. Respecto a la “movilidad socio-espacial”, la coordenada de las unidades territoriales ocupadas por los **arrumadores**, están en permanente cambio. Efectivamente, a pesar de que algunos prefieren ciertos espacios urbanos, una de las principales características de estos individuos es su movilidad adentro de la ciudad, buscando ubicar y permanecer en los espacios públicos que ofrezcan mejores condiciones de sobrevivencia. En otras palabras, fenómenos como fluidez y flujo de estas poblaciones son característicos de estos nichos excluidos.

Referente a “fluctuación de tiempo-espacio”, las trayectorias de vida de **arrumadores**, revelan el equilibrio entre los periodos de tiempos erráticos y momentos de mayor inclusión social, esto último depende de su acercamiento a familias o servicios públicos. En pocas palabras, en el mismo espacio de exclusión, podemos ver mecanismos que regulan la dinámica de estas poblaciones (**flujos**), la delimitación de espacios físicos (**perímetros**), y la densidad de las metas de los actores sociales (**finalidad**).

Los focos del PCHSP en estas unidades territoriales y para sus miembros siguen los principios mencionados arriba, fueron establecidos basados en la comprensión de las interacciones complejas entre esos individuos, sus pares y su comunidad socialmente excluida, todo lo cual proveyó el conocimiento que guió el desarrollo de una forma efectiva de intervención en esta realidad. Esas interacciones y el grado de involucramiento de los individuos socialmente excluidos dentro de cada dominio varía a lo largo de sus historias individuales, la naturaleza de sus redes interrelaciones y sus trayectorias de vida. Por lo tanto, este programa no presenta una conceptualización estática de exclusión social, sino representa un modelo fluido, incorporando las cambiantes trayectorias de vida y el contexto de los individuos cuando se determinan las intervenciones y medidas de prevención.

La intervención

A menudo muchas personas excluidas experimentaron segregación y no tuvieron la oportunidad de hacer sus propias elecciones o aprender técnicas para hacerlas. No fueron incluidos en las decisiones que tenían impacto en sus vidas. Tuvieron, y todavía tienen, oportunidades limitadas para ejercer sus derechos de elegir, y tienen opciones limitadas entre las cuales podrían elegir. A menudo, experimentaron diferentes formas de inestabilidad, por ejemplo moverse entre los proveedores de sus servicios, entre ambientes residenciales o centros de detención, esto explica el por qué sus necesidades personales diarias a menudo no se satisfacen.

Considerando estas características, el PCHSP apunta a la inclusión holística de estos individuos excluidos. El principio de inclusión depende de la idea de una comunidad que funcione bien; esto significa un sistema abierto trabajando en interfase con otros sistemas, que sea orgánicamente receptiva de nuevos datos externos, y que actualice las informaciones y iniciativas desde su interior, y, por ende, que se encuentre en movimiento progresivo. Dicho movimiento es posible y está basado en la ética igualitaria, a la vez que es sensible a las variedades de recursos especiales de sus miembros. Al aplicar esta noción de ética a los **arrumadores**, la última meta del proceso de inclusión es asegurar que la gente que ha sido desvalorizada, reciban ayuda para asumir valiosos roles sociales, modo que esto aumente la posibilidad de que otros le respeten y, al mismo tiempo, reciban una parte equitativa de los recursos existentes (Wolfensberger 1983).

En este sentido, la aplicación del programa de ayuda depende de una combinación perfecta de valores y técnicas que produzca cómo resultado una unidad estratégica. Es decir, las intervenciones den implicar la convergencia de actitudes y habilidades de diálogos, combinados con técnicas específicas, capaces de aumentar la dignidad personal y las oportunidades para elegir, así como el tratamiento de desordenes físicos y psicológicos de los individuos.

Tres procesos interrelacionados sirven como vehículo para realizar la perspectiva descrita: la **planificación centrada en la persona**, la **auto-determinación** y el **enfoque que envuelve todo**, las que describen brevemente ahora.

La planificación centrada en la persona (O'Brien, Mount, & O'Brien, 1991; Smull & Harrison, 1992; Vandercook, York, & Forest, 1989) es un proceso para identificar los objetivos e implementar planes de intervención en contraste con la planificación tradicional centrada en el Programa. En ella se le provee a las personas socialmente excluidas de los servicios ya existentes que una agencia o institución en particular tiene disponible. Al contrario, en la planificación centrada en la persona, las necesidades específicas y los objetivos de individuos obliga la creación de nuevos servicios cuidadosamente adaptados para responder a las referidas características. Entre las necesidades específicas de los individuos que muestra el desarrollo de planes de intervención se cuenta la de participación de la comunidad; el desarrollo de relaciones sociales con sentido, el aumento de oportunidades para poder elegir; el involucramiento en roles particulares que generan respeto de otros, y el desarrollo continuo de competencias personales.

La planificación centrada en la persona busca otorgar poder a los individuos con dificultades, para responder, invariablemente, al tema de **auto-determinación**. Esta es una estructura multidimensional que incluye, pero no está limitada a los elementos de proceso que involucra elección y toma de decisiones, solución al problema, determinación de metas personales, auto-gestión, auto-instrucción, y auto-defensa (Wehmeyer, 1999; Wehmeyer, Kelchner, & Richards, 1996). Realizar el proceso del auto determinación involucra, además, sistemas de cambio y rediseñar el entorno para minimizar las influencias externas (a menudo coactivos). A la vez, implica que la persona con dificultades se convierte en agente causal primario en su propia vida. El punto resultado de este proceso puede ser una mejoría del estilo de vida con respecto a empleo, situación de vivir, y en la satisfacción personal (Wehmeyer & Schwartz, 1997).

El enfoque holista incorpora la planificación centrada en la persona, puesto que enfatiza el desarrollo de planes de apoyo que son de necesidad más que de servicio. El enfoque es apoyado por fondos flexibles y sin categoría. Dicho en otras palabras, también incorpora la filosofía de auto-determinación,¹⁰ pues se realiza mediante un equipo de aporte donde hay un equilibrio entre los expertos por un lado y, los individuos con dificultades, miembros de familia, y otros significantes por el otro. La función del equipo es ayudar a identificar y actuar sobre la necesidades del individuo con el fin de potenciarlo (Eber, 1997; VanDenBerg & Grealish, 1998). Refleja el pensamiento centrado en la persona en su énfasis de valorar las fuerzas del individuo en vez de sus déficit y problemas. El enfoque se concentra en cubrir las necesidades del individuo en áreas críticas de la vida, incluyendo familia,

situación de vivir, finanzas, educación/vocación, social/recreativo, comportamiento/emocional, psicológico, salud, legal, cultural, y seguridad (VanDenBerg & Grealish, 1998). La hipótesis es que si se cubren las necesidades del individuo, entonces su calidad de vida se mejora, y se reducen los problemas de comportamiento o bien desaparecen completamente. Esta hipótesis es, asimismo, un principio clave de apoyo al comportamiento positivo.

Resumiendo lo que se dijo hasta ahora, el PCHSP fue diseñado basado en los principios centrados en la persona, de modo que explicita y potencia la capacidad del individuo para incorporarse en actividades que promuevan la vida comunitaria, respetando las preferencias, elecciones, y habilidades. Además, este procedimiento puede también involucrar a otros, y también a profesionales, lo que depende de los requerimientos y elecciones del individuo. En otra palabra, este programa de ayuda trata de responder a las necesidades y deseos expresados por el individuo, considerando que: a) cada individuo tiene fuerza, y la habilidad para expresar preferencias y hacer elecciones; b) las preferencias y elecciones del individuo sean siempre consideradas, aún que no siempre se le otorgue lo que se pide; c) cada individuo tiene habilidades y contribuciones que ofrecer a la comunidad, y tiene habilidad para elegir los servicios y/o modos de tratamiento pueden ayudarlos en su uso para aportar a la vida de la comunidad.

Dada las características particulares de la población que sirve, este modelo, tradicionalmente no merecedor y a menudo no acatador, está específicamente orientado a encontrarse con los individuos en sus entornos, siendo una auténtica “**clínica sin muro**”.

Las respuestas de intervención y prevención que resultan del PCHSP involucran varias áreas incluyen el tratamiento médico, intervenciones psicológicas específicas, asesoramiento individual y grupal, programas de capacitación de habilidades profesionales y sociales, servicio de vivienda, y apoyo en la búsqueda de empleo para responder a las necesidades holísticas de cada individuo. Con esta amplia oferta de servicios para lograr sus objetivos, el programa promueve auto-determinación y membresía de comunidad en roles sociales valiosos y reorienta su participación, desarrolla el uso inteligente de los bienes personales y de la comunidad, y se extiende más allá del modelo médico.

Hasta el momento, nuestra experiencia ha demostrado que el enfoque de esta “**clínica sin muro**” tiene casi un efecto inmediato sobre el inicio de un proceso de recuperación en muchos individuos socialmente excluidos, los cuales probablemente fueron involucrados en otras intervenciones de un sólo sistema, y no en varios simultáneamente como lo proponemos nosotros.

La Estructura y funcionamiento del PCHSP

La coordinación global de todo el programa depende del Departamento de Problemas Sociales, instalado en el Consejo Municipal (Fig. 1, página siguiente). Este Departamento fue creado específicamente para este proyecto, y tiene dos estructuras principales: (a) Una unidad de investigación para el desarrollo de estudios acerca de los problemas sociales, y (b) una unidad de intervención, llamada “Unidad de Intervención Socio-Sanitario” (SSIU). La (SSIU) es responsable de: (a) **la caracterización**: la descripción de las conexiones naturalistas y las características socio-demográficas de los individuos que actúan en las unidades territoriales de exclusión, usando una metodología de juego de nieve (snow-ball); (b) **la orientación**: facilitar el acceso a la estructura retrasada del sistema de ayuda; (c) **el tratamiento**: las intervenciones médicas, psicológicas con el fin de facilitar la actualización de las potencialidades biopsicosocial de los que han aceptado recibir ayuda; (d) **la rehabilitación**: La facilitación y promoción de la inclusión social (socio-profesional y familiar) como el objetivo final de este sistema de ayuda.

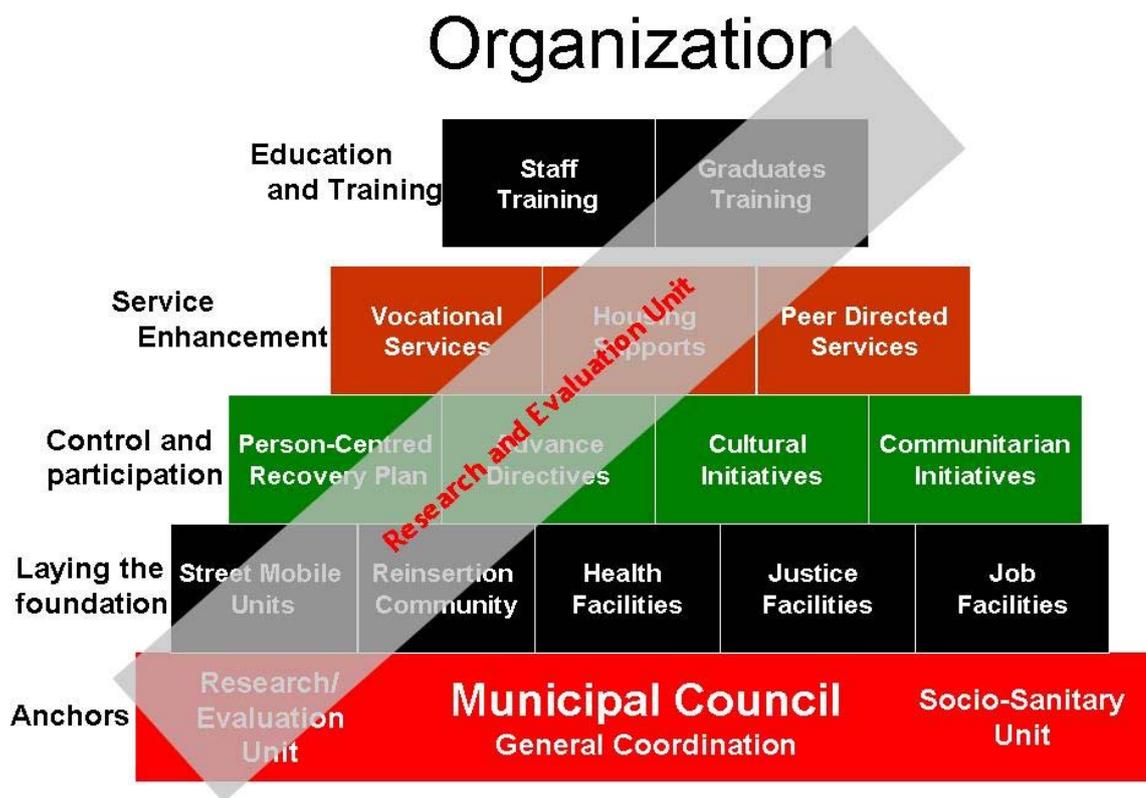


Figure 1 - General organization of the PCHSP

* **Organización**

* **Educación y Capacitación** – Capacitación del Personal – Capacitación de graduados.

* **Mejoría de pares.**

* **Control y Participación** – Plan de Recuperación de Centrado el la Persona – Directivos Avanzados – Iniciativas Culturales – Iniciativas Comunitarias.

* **Poner la Fundación** – Unidades Móviles en la Calle – Comunidad de Inserción – Instalación de Salud – Instalaciones de Justicia – Instalaciones de Empleo.

* **Presentadores Principales** - Unidad de Investigación/Evaluación – Consejo Municipal/Coordinación General – Unidad de Socio-Sanitaria.

Para llevar a cabo el programa, el personal de la SSIU incluye diferentes categorías de profesionales, algunos de ellos “etiquetados” de acuerdo a su rol en la trayectoria del programa: (a) “técnicos adjuntos” (los que fomentan el primer contacto en la calle con clientes, y que, una vez que están incluidos en el programa, cumplen el rol de referencia para el cliente durante toda la permanencia de él/ella en el programa; ellos son principalmente psicólogos); (b) Terapeutas (psicólogos clínicos responsables de todas las intervenciones psicológicas); médicos y psiquiatras (preocupados de tratamientos médicos y psiquiátricos); trabajadores sociales (a cargo de los temas sociales relacionados con el rol social del cliente); (c) técnicos intermediarios de rehabilitación (graduados de psicopedagogía que promuevan los programas de rehabilitación socio-ocupacional); monitores (técnicos en talleres de animación).

La SSIU esta organizada en tres diferentes tipos de estructuras: estructuras de base (primarias), interfase, y estructuras de apoyo (secundarias).

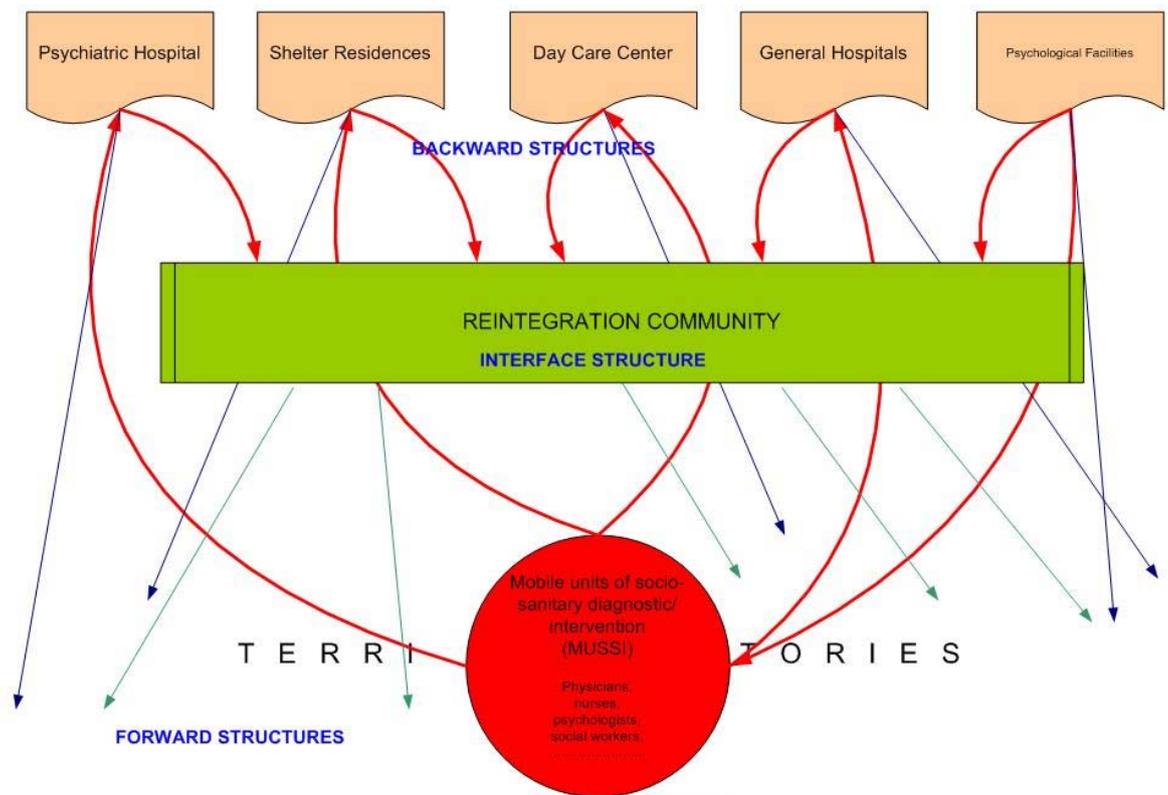


Figura 2 – Comunicación entre las Estructuras del PCHSP

*– Residencias de Refugio – Centro de Atención Diaria– Hospitales Generales – Instalaciones Psicológicas.

* Estructuras de Apoyo

* Comunidad de Reintegración –

* Estructuras Interfaces

*T e r r i t o r i o s

* Unidades Móviles de Diagnóstica/Intervención de Socio-Sanitaria (MUSSI) – Médicos/Enfermeras/Psicólogos/ Trabajadores Sociales.

* Estructuras de Base

* Figura 2 – Organización Estructural del SSIU

Las unidades móviles de diagnósticos e intervenciones socio-sanitarias, constituyen las estructuras de base, que trabajan en la ciudad, en las unidades territoriales de la ciudad previamente identificadas, estableciendo contactos en las calles con individuos socialmente excluidos (en la primera fase de intervención, estos individuos fueron exclusivamente **arrumadores**). Estos contactos sirven para explicar tanto los objetivos del PCHSP como también para captar, por medio de relaciones empáticas, las expectativas de los individuos del programa, con el fin de establecer contactos terapéuticos que faciliten su inclusión en el programa. Además, el equipo recoge información referente a las características de estas unidades territoriales para ofrecer el programa con descripciones estructurales y funcionales de relaciones ecológicas adentro y afuera de las unidades territoriales: número de individuos que constituye esa unidad, forma de jerarquía, programación de tiempo de los individuos que operan en la unidad, tipo de relaciones

con otras unidades o individuos socialmente excluidos, la aceptación de público de las actividades llevado a cabo en las unidades, por mencionar alguno.

Las instalaciones comunitarias, como hospitales, residencias de refugio, salas de cuna, entre otros, constituyen las estructuras de apoyo con las que el PCHSP ha establecido protocolos de colaboración. La forma que estas infraestructuras funcionan después de que un individuo se integra al programa, se resume en la figura 3.

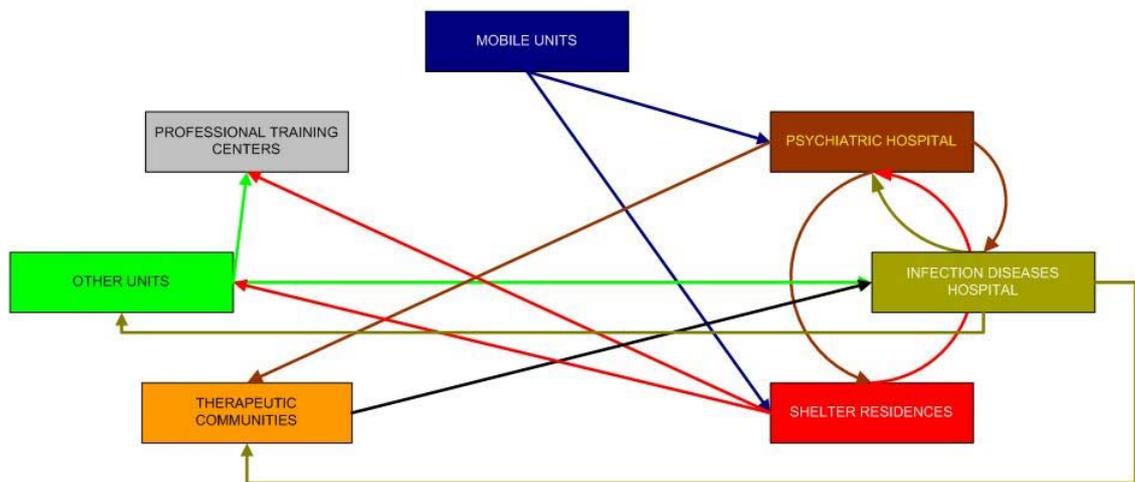


Figure 3 – Communication between PCHSP structures

- Unidades Móviles
- Centros de Capacitación de Profesionales – Hospital Psiquiátrico
- Otras Unidades – Hospital de Enfermedades de Infecciones
- Comunidades Terapéuticas – Residencias de Refugio

Existen varios centros de cuidado diario en diversos lugares de la ciudad, que constituyen la estructura de interfase del programa, en el sentido de que ofrecen apoyos diarios a diferentes niveles. Estos centros son responsables de un conjunto de metas tales como el desarrollo de actividades para la capacitación de profesionales, facilitar el desarrollo social, interpersonal y habilidades profesionales; promover actividades de integración social y facilitar la interacción entre clientes y otros elementos de la comunidad. Al hacer esto, esperamos que a través de un proceso continuo, los individuos socialmente excluidos se reintegren lentamente en la comunidad, la cual, a su vez, debe abrirse para recibirlos.

Las actitudes básicas y procedimientos de intervención

Desde el primer momento la actitud básica de los encargados de intervención hacia los clientes es

de empatía, aceptación y congruencia, independientemente de cuando se les provee la información respecto a las metas y procedimientos del programa, o cuando se les invita a expresar sus expectativas referente al sistema de entrega del servicio. Juntos, estos dos conjuntos de informaciones constituyen los elementos claves para decidir si cada contacto individual debe o no debe ser integrado al programa.

Se adapta y discute una explicación completa de opciones potenciales de apoyo y/o tratamiento para responder a las necesidades expresadas de la persona. Esto significa que se le explica claramente las elecciones y opciones, y cuando sea posible, la persona recibe la oportunidad de contactarse con la experiencia de las opciones disponibles antes de tomar una decisión o elección, por ejemplo, hablar con otros clientes ya incluidos en el programa o con los que lo han abandonado. Esto es particularmente crítico para las personas que tienen experiencia limitada de la vida en la comunidad respecto a vivienda, trabajo y otros dominios. Finalmente, cuando los miembros de la familia y otros relacionados significativos son accesibles, ellos también pueden integrarse y participar en el programa de ayuda, a menos que el individuo rechace su participación, o si esta inclusión significa un riesgo sustancial para la rehabilitación.

Durante las diferentes fases del programa, los individuos siempre tienen la oportunidad para expresar sus necesidades, metas y resultados deseados, también como proveer retroalimentación respecto a cómo se sienten sobre el programa, respecto del apoyo o tratamiento recibido y sus progresos hacia un logro de resultados valorados.

Ilustración de los procesos

Admisión al programa y la fase de paciente internado

Este programa empieza cuando la persona es contactada en la calle (unidad territorial). El primer paso es averiguar el conocimiento y expectativas que tiene él/ella del programa, como un sistema de ayuda. Durante este proceso, el objetivo principal es, más bien, identificar las necesidades del individuo y resultados obtenidos, en vez de atender a las peticiones de un servicio específico. Puesto que este programa de ayuda está centrado en la persona, el personal actúa de acuerdo al ritmo de la misma. En la mayoría de los casos, la persona primero reconoce que él/ella tiene un problema de adicción a la droga, acepta la ayuda y expresa una necesidad, considerada urgente y emergente. En este caso, el objetivo es estabilizar la situación de crisis de la persona, para lo cual se propone su inclusión en el programa de ayuda abuso-sustancia. Después de lograr la estabilización, el cliente y el personal proceden a la planificación más precisa de un programa de rehabilitación. Se produce una situación atípica cuando la persona se niega a reconocer que tiene problema de adicción a la droga o se rehúsa aceptar ayuda. En este caso, puesto que consideramos que la oportunidad de la persona es limitada para hacer elecciones, el personal continúa trabajando con ella durante más tiempo para facilitar su comprensión de la situación de su vida y ayudarle a tomar una decisión libre al respecto. Después del primer contacto, los clientes adictos son enviados a una unidad de drogadictos de un hospital psiquiátrico y los no adictos son enviados a residencias de refugio.

Las personas con problemas con droga, después de la evaluación, entran a un tratamiento de desintoxicación asistida como pacientes internados, mientras que otros son orientados hacia las comunidades terapéuticas. Cuando sea relevante clínicamente, los clientes son derivados a un hospital de enfermedades infecciosas como pacientes ambulatorios. Todos los clientes, con excepción de los que ingresan a las comunidades terapéuticas, se integran al programa de pacientes ambulatorios, que se describe más adelante, con el fin de facilitar su inclusión social. A través de diferentes fases de este proceso, existen procedimientos claves que deben ser considerados tanto para los clientes como el personal.

A nivel de pacientes, las gestiones claves en la fase de admisión del procedimiento incluye: (a) identificar las fortalezas, habilidades, talentos, y contribuciones; (b) promover la participación completa y activa de las personas en el proceso de toma de decisiones que afecta su vida; (c) ayudarlos en la definición de lo que tiene sentido en sus vidas, y lo que realmente tiene importancia en la vida para ellos; (d) proporcionar servicios flexibles que respondan a las necesidades inmediatas de cada uno de ellos, apoyarlos en la realización de sus metas y aspiraciones para un estilo de vida que les permita lograr control personal, decisiones informadas, dignidad y respeto; (e) enfrentar obstáculos y cuestiones que emergen para asegurar que el resultado de las actividades sean consistentes con las metas y preferencias

de los individuos; (f) promover la colaboración entre ellos y otros proveedores relevantes de servicios con el fin de explorar opciones creativas para satisfacer las preferencias y metas expresadas por cada uno; (i) desarrollar estrategias y recursos para apoyar los resultados deseados y sus necesidades para aumentar la posibilidad de que ellos tomen el control de sus vidas, desarrollar relaciones, y participen en la vida de comunidad; (j) revisiones continuas del plan de rehabilitación a medida que surjan nuevas oportunidades y obstáculos o cuando ocurran cambios significativos en la vida de alguno de ellos.

Desde la primera fase del proceso, el personal en las reuniones semanales del PCHSP se le ofrece la oportunidad de discutir los casos desafiantes y colaborar con colegas y supervisores clínicos sobre planes de tratamiento. Trabajando con un grupo tan demandante, la supervisión es un procedimiento esencial. Considerando esto, los profesionales superiores semanalmente proveen supervisiones grupales, y están disponibles las 24 horas del día para apoyar las necesidades del trabajo de supervisión de los profesionales que manejan casos particularmente demandantes o cuando su cliente está en riesgo.

Programa de inclusión social integradode pacientes ambulatorios

Al entrar a la fase de pacientes ambulatorios, es importante destacar que éste requiere gran parte de la información y evaluaciones hechas en la fase anterior, complementada con algunas más específicas, relevantes para la continuación del tratamiento, y que trataremos ahora. En este nivel, el PCHSP provee diariamente apoyo que incluye comida, actividades de ocupación, casas de refugio, transporte a diferentes instalaciones del programa, consultas médicas, entrevistas clínicas y asesoramientos. Existen varios tipos de propuestas de intervención, aplicados tanto a nivel individual como grupal, y siempre basados en la perspectiva centrada en la persona.

Para empezar, es importante hacer referencia a que varias herramientas e instrumentos de asesoramiento biopsicosocial son administrados para recoger información sobre áreas importantes del funcionamiento de cada persona. Desde allí, se desarrolla un plan psicoterapéutico para tratar los temas psicológicos emergentes. El asesoramiento individual es esencial para ayudar al cliente a construir las aptitudes propiamente específicas que le permitan encuentros más productivos y menos agresivos con los demás. Sin embargo, este es sólo un paso en la promoción de habilidades sociales. Las intervenciones grupales son, también, medios efectivos para promover estas estrategias pro-sociales. El asesoramiento grupal ofrece una oportunidad a los adultos jóvenes a aprender y practicar sus habilidades adquiridas en un ambiente seguro. Una forma particular de intervención rutinaria ofrecida es la capacitación en habilidades de vida.

Otro tema crítico es el del trabajo. La elección de empleo es un problema difícil para estas personas debido a su acceso limitado a las oportunidades educacionales y ocupacionales (Chartrand & Rose, 1996; Young, 1994). Las evidencias muestran una fuerte relación entre el empleador y los socialmente excluidos (Munson & Strauss, 1993). Para tratar el tema de empleo, el programa incluye intervenciones de consejería de empleo. Además de estas atenciones particulares terapéuticas, el PCHSP trabaja, en colaboración con otras agencias de la comunidad, para proveer facilidades suplementarias capaces de responder a las necesidades específicas de estos clientes: laborales, profesionales, recreativas, y judiciales. De esta forma, los profesionales del programa usan los servicios de la comunidad como las agencias de empleo, servicios sociales, e instalaciones culturales de los municipios.

Para ilustrar este punto, puede hacerse una breve referencia a las visitas ofrecidas a los museos locales, así como los protocolos con los servicios de la comunidad de la facultad de derecho. El equipo del PCHSP es responsable de la coordinación entre los clientes y la red completa de apoyo, el cual ha probado que ayuda a reducir el índice de inasistencia a las consultas, lo que ha aumentado la eficiencia de los recursos.

En un nivel diferente, hemos descubierto que el paradigma del servicio multifacético del PCHSP requiere cooperación y flexibilidad entre los profesionales involucrados. El desafío de la habilidad de proveer servicios necesarios a estas personas supone superar numerosas barreras de tratamiento, tales como escasez de transporte y servicios fragmentados entre las agencias. Estos clientes son susceptibles a “caer entre las grietas” de los sistemas disponibles de soporte, por sus experiencias de las múltiples transiciones de la vida. Con el apoyo de la comunidad de agencias, el PCHSP es capaz de combatir estos obstáculos, entregado servicios a los clientes en una manera flexible e integral. El programa construye relaciones con la comunidad de profesionales que trabaja y con estos clientes. Es crucial en estas interacciones, el conocimiento del trabajo y la relación con varios componentes del sistema con el cual

estos clientes interactúan.

Esta continuidad de servicio, además, permite apoyo adicional para la adaptación de los clientes en la transición de regreso a sus familias y su comunidad. Es un periodo particularmente vulnerable para los clientes porque podrían ellos reencontrarse con sus pares socialmente excluidos y sus hogares disfuncionales. El recibir un servicio continuo les permite a los clientes tener una oportunidad amplia para la preparación de su reintegración y es esencial ayudarles en una transición exitosa a la vida en la comunidad. (Fagan, 1991).

Capacitación

Una de las áreas principales consideradas en el desarrollo del PCHSP fue su componente de capacitación, puesto que necesitábamos garantizar la capacitación apropiada de los asesores que colaborarían con el programa. Además de los coordinadores principales del programa, que incluyen psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales experimentados, gran parte de los asesores del PCHSP son profesionales graduados recientemente que necesitan capacitaciones específicas para los propósitos del programa.

Los aprendices tuvieron que lograr un buen nivel de conocimiento y comprensión de la realidad donde trabajarían, además de apoyar la red de la operación a nivel de la comunidad. Más aún, los asesores necesitaban desarrollar habilidades para trabajar en un ambiente ecológico, más que en una consultoría clásica. Finalmente, ellos, también, tuvieron que aprender como entregar los servicios en la manera centrado en la persona, y como integrar los sistemas múltiples involucrados en el proceso de rehabilitación de cada individuo.

Los diferentes campos que comprende la red de apoyo del PCHSP, junto con el enfoque “biopsicosocioecológico”, permite a asesores aprendices realizar experiencias en el trabajo con variados profesionales, además de adquirir comprensión de las perspectivas de una salud extremadamente diferente y de dominios sociales. Esta es una habilidad muy necesaria, considerando el movimiento actual hacia la colaboración entre los proveedores de servicios (Brabeck, Walsh, Kenny, & Comilang, 1997). Esta colaboración podría ser efectiva; sin embargo, requiere que los participantes sean conscientes de sus responsabilidades legales y éticas necesarias para proteger los intereses del cliente.

Se provee la capacitación de praxis clínica para asegurar que todos los asesores estén preparados para atender varios temas terapéuticos. A pesar de que no se pide diagnósticos clínicos, es esencial sean capaces de hacer impresiones clínicas confiables. Con esto en mente, los aprendices deben desarrollar una comprensión de literaturas de investigación que apoye y continúe influyendo los enfoques de tratamientos eficaces, así también, que sean muy competentes en las técnicas apropiadas de asesoramiento, intervenciones, y estrategias que funcionan bien con este grupo (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1997). Además, deben adquirir un buen conocimiento del trabajo de desarrollo humano y una comprensión de sistemas de ecología humana, y respecto a los modos en que estos afectan y son afectados por los individuos. Finalmente, necesitan una comprensión minuciosa de las habilidades de consultas efectivas, y respecto al desarrollo de programas y competencias de evaluación (Rosen 1990).

En el futuro hemos planificado avanzar más allá de esta capacitación profesional para el personal directamente relacionado con el programa y el equipo, y ampliarlo a profesionales de diferentes áreas de las ciencias del comportamiento. Esto implicaría una relación de colaboración entre los profesionales experimentados y el personal residente de apoyo al trabajo. La colaboración ocurrirá en relación con la formulación de casos, definición de metas, selección de intervenciones, y cambios de programas en proceso. Se llevará a cabo dentro de un modelo de operación colegiada e igualitaria que eventualmente se extenderá al personal administrativo y, por último, a la colaboración entre las agencias (Anderson, Russo, Dunlap, & Albin, 1996). De este modo, la capacitación será considerada, no como una simple transferencia de la información estratégica de expertos a proveedores de servicios, sino más bien, como un proceso mutuo de aprendizaje continuo que, en última instancia produce cambios en los sistemas y no solo a nivel del individuo.

Esta necesidad continua de capacitación, dentro de la dinámica compleja de cambio de sistema, modifica su conceptualización tradicional. En otra palabra, la gente necesita saber cómo tratar los sistemas en los cuales las estrategias de intervención están incrustadas, y cómo integrar la tecnología dentro de las redes y estructuras de soporte más amplio. Entonces, el contenido de la capacitación,

también, tiene que reflejar el conocimiento de temas administrativos, mecanismos de financiamiento, misión y filosofía, y la colaboración entre agencias, por nombrar algunos aspectos (Dunlap et al., 2000).

Conclusión

Este programa de ayuda, especialmente desarrollado para atender un problema de la ciudad de Oporto, implica una visión amplia de la **inclusión social** que involucra un proceso individual de la restauración o desarrollo de un sentido positivo y significativo de identidad, independiente de lo que podría ser la situación de vida de uno. Este enfoque, además, promueve un sentido significativo de pertenencia a la comunidad de los pares de uno y entonces, la reconstrucción o reorganización de la vida, a pesar de, o dentro de las limitaciones impuestas por la condición de esa vida. En este sentido, este programa puede considerarse como un sistema orientado de inclusión social de cuidado, que identifica y construye sobre los recursos, fuerzas, y áreas de salud y competencia del individuo para facilitar el logro de un sentido de dominio sobre la situación de la vida de él o ella, mientras se recupera un sentido significativo y constructivo de incorporación en la comunidad más amplia.

De acuerdo a la planificación centrada en la persona, se espera que este modelo sea visto por las personas beneficiarias como una oportunidad para reorientar la trayectoria de sus vidas en una dirección más convincente. Basado en esta imagen de un futuro deseado, se invita a las personas a incorporarse en el programa y experimentar los cambios necesarios que les permitan fortalecer sus relaciones personales, mejorar o desarrollar habilidades en planificación, comportarse, tomar decisiones, y potencian la capacidad de aprender a través de reflexiones críticas sobre éxitos y fracasos personales.

Este desarrollo ocurre a través de un proceso de adaptación mutua entre los servicios de soporte y usuarios del servicio. Se cambian los servicios para crear nuevos sistemas de soporte para las personas, y entonces, éstas responden a las demandas y recompensas de este nuevo escenario. Esta secuencia contrasta con la opinión tradicional de que la gente con dificultades (socialmente excluidos o no), tenían que cambiar como condición para recibir nuevas oportunidades.

En este modelo y programa, estamos conscientes de que es mucho más fácil para cualquiera de nosotros, así también para los sistemas formales de servicio humano, adoptar el enfoque centrado en la persona como una forma de tecnología, sin estar consciente de que una auténtica adopción de sus principios requiere profundas transformaciones personales y sistémicas. En otras palabras, podríamos, simplemente, tomar un nuevo idioma y planificar las metodologías y, entonces, fracasaríamos al darnos cuenta que necesitamos ir más allá de sólo intentar traducirlo en realidad. La esencia de adoptar este enfoque depende de cuánto permitimos que las personas con dificultades nos guíen hacia lo que nosotros debemos cambiar, y esto implica, en primer lugar, una actitud de sinceridad para permitir que ellos nos guíen. La ética del enfoque centrado en la persona revela, eventualmente, si este enfoque nos lleva a la liberación de estos individuos o a su continua opresión.

Asimismo, se debe reconocer que a lo largo de los tiempos, las civilizaciones se han sucedido sin la planificación centrada en la persona, y es igualmente posible que una persona alcance un buen nivel de integración sin del uso de esta metodología. Sin embargo, cuando se considera el uso de este enfoque, uno no debe considerarlo como “otra herramienta”. Más bien, se debe considerar seriamente la pregunta más perdurable y universal sobre las cualidades presentes de los seres humanos para el desarrollo de una persona completamente funcional. En el idioma actual, esta pregunta se refiere al significado de “**estar centrado en la persona**”. Esta cualidad puede considerarse como el núcleo óptimo o deseable de la ética de personas que tiendan a generar mayor respeto y tratamiento para los individuos. En este sentido, “**estar centrado en la persona**” es una característica de las personas y no de sistemas. De esta manera, podemos concluir diciendo que esto es el factor principal que debemos considerar cuando se decide la adopción de un método. Dicha decisión no garantiza que las cualidades humanas realmente se realicen en la práctica.

Bibliografía

Albin, R. W., Lucyshyn, J. M., Horner, R. H., & Flannery, K. B. (1996). “Contextual fit for behavior support plans” en L. K. Koegel, R. L. Koegel, & G. Dunlap (Eds.), *Positive behavioral support*, Paul H. Brookes, Baltimore.

Anderson, J.L., Russo, A., Dunlap, G., & Albin, R. W. (1996), “A team training model for building the

- capacity to provide positive behavior supports in inclusive settings” en L. K. Koegel, R. L. Koegel, & G. Dunlap (Eds.), *Positive behavioral support*, Paul H. Brookes, Baltimore.
- Bambara, L., & Knoster, T. (1998), “Designing positive behavior support plans”, *Innovations* (no. 13), American Association on Mental Retardation, Washington, DC.
- Barrett-Lennard, G. (1994), “Toward a person-centred theory of community”, *Journal of Humanistic Psychology*, 34 (3).
- Barrett-Lennard, G. (1998), *Carl Rogers’ Helping System. Journey and Substance*, Sage, London.
- Brabeck, M., Walsh, M. E., Kenny, M., & Comilang, K. (1997), “Interprofessional collaboration for children and families: Opportunities for counseling psychology in the 21st Century” en *The Counseling Psychologist*, 25.
- Brodley, B. (2001), “Congruence in its relation to communication in client-centred therapy” en G. Wyatt (Ed.), “Rogers’ therapeutic conditions: evolution, theory and practice”, Vol 1, *Congruence*, Ross-on-Wye, PCCS Books.
- Bronfenbrenner, U. (1989), “Ecological systems theory” en R. Vasta (Ed.), *Annals of Child Development* (Vol. 6, 187-249), JAI Press, Greenwich, CT.
- Carr, E. G., Carlson, J. I., Langdon, N. A., Magito-McLaughlin, D., & Yarbrough, S. C. (1998), “Two perspectives on antecedent control: Molecular and molar” en J. K. Luiselli & M. J. Cameron (Eds.), *Antecedent control: Innovative approaches to behavioral support*, Paul H. Brookes, Baltimore.
- Chartrand, J., & Rose, M. L. (1996), “Career interventions for at-risk populations: Incorporating social cognitive influences” en *The Career Development Quarterly*.
- Dias, G. & Caldeira, C. (1983), “Psicoterapia da Esquizofrenia. Abordagem dialógica centrada no cliente como prática da antropológica” en G. Lopes (Ed.), *Progressos em Terapêutica Psiquiátrica*, Ed. HCF, Porto
- Dunlap, G., Hieneman, M., Knoster, T., Fox, L., Anderson, J., & Albin, R. W. (2000) “Essential elements of inservice training in positive behavior support”, en *Journal of Positive Behavior Interventions*.
- Eber, L. (1997), “Improving school-based behavioral intervention through the wraparound process”, en *Reaching Today’s Youth*.
- Horner, R.H., & Carr, E.G. (1997), “Behavioral support for students with severe disabilities: Functional assessment and comprehensive intervention” en *Journal of Special Education*.
- Hughes, C., Hwang, B., Kim, J. H., Eisenman, L. T., & Killian, D. J. (1995), “Quality of life in applied research: A review and analysis of empirical measures” en *American Journal on Mental Retardation*.
- Knoster, T. P., Villa, R. A., & Thousand, J. S. (2000), “A framework for thinking about systems change” en R. A. Villa & J.S. Thousand (Eds.), *Restructuring for caring and effective education*, Paul H. Brookes, Baltimore.
- Le Moigne, J-L (1977), *La théorie du système general. Théorie de la modélisation*, PUF, Paris.
- Munson, W. W., & Strauss, C. F. (1993) “Career salience of institutionalized adolescent offenders” en *The Career Development Quarterly*, 41.
- Nickels, C. (1996), “A gift from Alex - The art of belonging: Strategies for academic and social inclusion”, In L. K. Koegel, R. L. Koegel, & G. Dunlap (Eds.), *Positive behavioral support*, Paul H. Brookes, Baltimore.
- O’Brien, J., Mount, B., & O’Brien, C. (1991), *Framework for accomplishment: Personal profile*, GA: Responsive Systems Associates, Decatur.
- O’Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K., & Newton, J. S. (1997), *Functional assessment and program development for problem behaviour*, Brooks/Cole, Pacific Grove, CA.
- Rogers C. (1959), “A Theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centred framework” en S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*, Vol. 3. *Formulations of the person and the social context*, McGraw-Hill, New York.
- Rosen, A. (1990), “Clinical psychology training and delinquency: A multidimensional approach” en P. R.

Magrab & P. Wohlford (Eds.), *Improving psychological services for children and adolescents with severe mental disorders: Clinical training in psychology* en American Psychological Association, Washington, DC.

Sailor, W. (1996), "New structures and systems change for comprehensive positive behavioral support" en L. K. Koegel, R. L. Koegel, & G. Dunlap (Eds.) en *Positive behavioral support*, Paul H. Brookes, Baltimore.

Schmid, P. (2001), "Comprehension: the art of not knowing. Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centred relationships", en S. Haugh & T. Mery (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice*, Vol 2, *Empathy*, PCCS Books, Ross-on-Wye.

Smull, M. W., & Harrison, S. B. (1992), *Supporting people with severe retardation in the community*, National Association of State Mental Retardation Program Directors, Alexandria, VA.

Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (1997), *Tough kids, cool counseling: User-friendly approaches with challenging youth*, American Counseling Association, Alexandria, VA.

Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (1999), "Comprehensive lifestyle support for adults with challenging behavior: From rhetoric to reality" en *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*.

VandDenBerg, J.E., & Grealish, E. M. (1998), *The wraparound process training manual*, The Community Partnerships Group, Pittsburgh, PA.

Vandercook, T., York, J., & Forest, M. (1989), "The McGill action planning systems (MAPS): A strategy for building the vision" en *Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*.

Wehmeyer, M. L. (1999), "A functional model of self-determination: Describing development and implementing instruction" en *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*.

Wehmeyer, M. L., Kelchner, K., & Richards, S. (1996), "Essential characteristics of self-determined behavior of individuals with mental retardation" en *American Journal on Mental Retardation*.

Wehmeyer, M., & Schwartz, M. (1997), "Self-determination and positive adult outcomes: A follow-up study of youth with mental retardation or learning disabilities" en *Exceptional Children*.

Wilkins, P. (2001), "Unconditional positive regard reconsidered" en J. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice*, Vol 3, *Unconditional Positive Regard*, PCCS Books, Ross-on-Wye.

Wolfensberger, W. (1983), Social role valorization: A proposed new term for the principle of normalization. *Mental Retardation*.

Young, R. A. (1994) "Helping adolescents with career development: The active role of parents" en *The Career Development Quarterly*, 42.

Notas

* Médico portugués, Presidente de la Sociedad Portuguesa del Enfoque Centrado en la Persona y la Terapia Centrada en el Cliente, profesor de la Universidad de Porto.

¹ Es la segunda ciudad más importante de Portugal con alrededor de 240.000 habitantes, ubicada al norte del país, en la ribera derecha del río Duero, frente al Océano Atlántico. Es una ciudad muy antigua y turística.