

**Personas
adultas**

DM-CAL 02:

EL PLAN PERSONALIZADO DE ATENCIÓN

CONTENIDOS

1. ¿Qué es un plan personalizado de atención?
2. Fases y contenidos que debe contemplar un plan personalizado de atención.
3. Esquema para elaboración el documento donde recoger el plan personalizado de atención.
4. Observaciones o sugerencias en relación a los planes personalizados de atención.
5. Un ejemplo de soporte documental para elaborar planes personalizados de atención.

Nota: En este documento marco se opta por el término Plan Personalizado de Atención. En el Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Autorización, Acreditación, Registro e Inspección de Centros y Servicios Sociales, este instrumento se denomina Plan Individualizado de Atención, pero cabe interpretarlo como sinónimo. Estos documentos son diferentes al PIA (Programa Individualizado de Atención) que contempla la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía personal y atención a las Personas en Situación de Dependencia, el cual hace referencia fundamentalmente a la asignación de prestaciones contempladas en dicha ley una vez que la persona ha sido reconocida, y calificada en grado y nivel, como dependiente.

1. ¿Qué es un plan personalizado de atención?

Es el instrumento básico que desde el centro o servicio se propone y utiliza para recoger las informaciones y valoraciones, objetivos, propuestas de intervención, apoyos y recomendaciones para que la persona adquiera el mayor grado de autogestión sobre su vida cotidiana a lo largo del proceso de atención.

Es la estrategia de intervención que ofrece el servicio o centro, a través de sus profesionales, para permitir continuar, completar y mejorar los proyectos de vida de las personas usuarias. Proyectos de vida en los que ahora, por las circunstancias de fragilidad o dependencia de la persona adulta, se incorpora en forma de apoyo el equipo técnico de un recurso social determinado.

2. Fases y contenidos que debe contemplar un plan personalizado de atención

Los planes personalizados de atención, además de aportar **información personal básica** relevante para la atención de la persona en el centro o servicio, suelen incluir tres partes diferenciadas que hacen referencia a las fases del proceso asistencial:

a) La valoración de la persona y su entorno

- Dimensiones personales (incluyendo tanto las limitaciones como las capacidades de la persona)
 - o Salud (física, funcional, cognitivo y emocional)
 - o Relaciones Sociales
 - o Ocio
 - o Entorno
- Objetivos de la intervención

b) La propuesta de atención en el centro o servicio

- Servicios y programas
- Actividades cotidianas
- Pautas personalizadas
- Apoyos
- Consentimiento por parte de la persona

c) El seguimiento/ajuste que el plan precise a lo largo del proceso.

- Profesional de referencia
- Seguimientos y revisiones realizados, incluyendo la evaluación de resultados

3. Esquema para la elaboración de un documento de plan personalizado de atención.

La siguiente secuencia puede resultar de ayuda a la hora de diseñar el documento soporte:

1. Decidir las dimensiones personales y ámbitos de desarrollo/vida que van a ser valorados.
2. En cada dimensión y ámbito ver cómo se registran tanto las limitaciones como las capacidades de las personas.
 - 2.1. Decidir los instrumentos que van a ser utilizados.
 - 2.2. Indicar cómo se van a identificar y recoger las capacidades/fortalezas.
3. Planificar qué soportes se van a utilizar para apoyar la participación de la persona (o en su caso familia) en el plan.
4. Decidir cómo se incluyen los objetivos del plan de atención. Estos pueden ser específicos a cada ámbito o dimensión o ser descritos en un apartado conjunto a las distintas valoraciones.
5. Resolver qué aspectos de la propuesta de intervención se recogerán en el documento

a) Las actividades, servicios o atenciones que va a recibir cada persona por parte del centro o servicio. Incluyendo un apartado donde se incluyan los apoyos que la persona precisa para su participación o acceso a los mismos.

b) Las pautas específicas en relación a:

- El autocuidado.
- La promoción de la autonomía.
- Los comportamientos más complejos (para la familia y para los profesionales).
- Las dificultades en la comunicación (familia y profesionales).
- Orientación respecto a la realización de actividades estimulativas o empleo del tiempo libre.

c) Las técnicas e instrumentos de atención personalizada en las intervenciones.

d) Las intervenciones ambientales (eliminación de barreras, medidas ambientales, productos de apoyo...).

e) Si la atención es en un centro, recoger las rutinas o actividades a apoyar en otros escenarios cotidianos externos al centro dentro del horario de atención.

f) Otras.

6. Decidir qué intervenciones dirigidas al grupo familiar se recogerán en el documento.

- Recomendaciones para el bienestar y el cuidado de la persona que cuida.
- Acciones formativas recomendadas.

7. Contemplar la inclusión de otros datos:

- El profesional de referencia.
- La autorización de la persona (o en su caso, su representante) para llevar adelante el Plan Personalizado de Atención, dentro de un marco de toma de decisiones compartidas.
- La forma de seguimiento del plan y la periodicidad de las revisiones.

4. Observaciones o sugerencias en relación a los planes personalizados de atención.

- a) El plan personalizado de atención **no ha de reducirse a cumplimentar un documento escrito**. Debe ser concebido como un **instrumento de consenso**, como algo **dinámico**, como una **herramienta que ha de propiciar el diálogo** entre la persona usuaria, en su caso la familia o allegados, y los profesionales a lo largo de todo el proceso de atención.
- b) El plan personalizado de atención **no debe verse limitado a ofrecer un plan de cuidados** donde se prescriben las atenciones en relación a las necesidades básicas de la persona, sino que además debe identificar y proporcionar **apoyos** para que ésta pueda **continuar, desarrollar y apropiarse al máximo de su proyecto de vida**.
- c) Por ello, debe permitir identificar no solo las necesidades de cuidados de las personas sino también las **capacidades de las personas, sus preferencias y deseos**, elementos importantísimos para lograr la **máxima autogestión de la persona en su vida cotidiana**.
- d) Ha de ser un **soporte que incluya y anime**, en todo el proceso, la **participación activa de la persona**, y en su caso de la familia o grupo de apoyo, procurando que sea ésta quien decida los objetivos del plan y las actuaciones principales a llevar a cabo para conseguirlo.
- e) El diseño de un plan personalizado **no debe realizarse de una forma apresurada**. Conocer a la persona y ofrecer apoyos para que ésta se implique y participe en su elaboración lleva un tiempo. El periodo de un mes (o incluso algo más de tiempo) puede ser necesario para llevar a cabo el primer plan de atención. En este periodo será importante, además de obtener la información necesaria que nos permita proponer intervenciones adecuadas a cada persona, acercarnos a su biografía, escuchar y observar sus preferencias, conectar con sus deseos, de modo que todo ello pueda ser tenido en cuenta, y dentro de lo posible, incorporarlo a su plan de atención. Mientras llevamos a cabo este proceso, deberemos disponer de datos básicos que nos permitan garantizar con seguridad la asistencia básica que la persona precise (diagnósticos de salud, dietas, medicación...). También suele resultar positivo proponerle en este momento inicial participar en alguna actividad, respetando su ritmo de incorporación y preferencias, lo que además de facilitar su integración le permitirá ir conociendo las oportunidades que el servicio o centro le ofrece.

- f) La **observación** de los profesionales, y de las familias o allegados, tiene un papel primordial para lograr planes personalizados bien diseñados y para que se lleven a cabo tantos ajustes en los mismos como sea preciso a lo largo de todo el proceso de atención. Para esto es imprescindible lograr su implicación así como sistematizar la participación coordinada de todos ellos.
- g) **Todas las personas tenemos nuestro propio proyecto vital.** Incluso cuando las personas tienen una edad muy avanzada o presentan una grave discapacidad o dependencia, son poseedoras de un proyecto vital. El proyecto de vida “es la forma que las personas tenemos de plantearnos nuestra existencia, para conseguir nuestras metas y deseos en relación a distintos ámbitos de desarrollo personal y social: el trabajo, la familia, la red social de apoyos y afectos, los intereses y aficiones, etc”. (Martínez 2011).
- h) **Los proyectos de vida dependen del momento del ciclo vital** en que nos situamos cada persona. Desde esta perspectiva en el diseño de los planes personalizados no podemos perder de vista la edad y la fase vital de cada persona usuaria. Los planes personalizados de atención de personas jóvenes deberán dar un peso importante a ámbitos de desarrollo personal como la formación, el acceso al trabajo o la vida independiente de la familia. Los planes personalizados de atención de las personas mayores, sin embargo, suelen dar mayor importancia a aspectos como la validación de un proyecto de vida que se ubica en su recta final, a la construcción de significados positivos en torno al mismo así como a garantizar la continuidad de las facetas y actividades satisfactorias para la persona. Ello no implica la negación o renuncia a la dimensión presente y a la proyección de futuro (metas y deseos) que todas las personas tenemos mientras estamos vivas.
- i) El plan personalizado de atención incluye el registro de distintos instrumentos. Los **instrumentos de valoración integral**, que sirven para medir distintas dimensiones, han de ser **instrumentos validados** (cumplir condiciones de fiabilidad y validez).
- j) Se recomienda, además, **utilizar de modo complementario otros soportes** dirigidos a facilitar la **atención personalizada**; en estos casos los objetivos son favorecer la participación de la persona en su plan de cuidados, personalizar la atención o reforzar la identidad personal. Ejemplos de estos instrumentos son los mapas básicos, la biografía personal o las fichas para registrar preferencias o deseos. En estos instrumentos, los

criterios anteriores pierden exigencia y lo principal es que se adapten a cada persona y realmente sirvan para favorecer su implicación en el proceso de atención. También deberemos evitar aplicar de forma idéntica este segundo tipo de instrumentos a todas las personas. En unos casos pueden resultar muy valiosos y ser de gran apoyo y, sin embargo, en otros carecer de sentido o no ser aceptados por la persona.

- k) Toda la documentación recogida en el plan personalizado de atención debe **cumplir las exigencias normativas en materia de protección de datos**. Los profesionales con acceso a esta información estamos **obligados a garantizar la confidencialidad de la misma**.

5. Un ejemplo de soporte documental para elaborar planes personalizados de atención.

A continuación se presenta un ejemplo de soporte documental para elaborar en un centro o servicio planes personalizados de atención.

Para su diseño, se ha partido del guión anexo IV de la Resolución de 22 de junio de 2009, por la que se desarrollan los criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias, completando y desarrollando alguno de sus apartados. Se ha respetado la numeración de los apartados añadiendo un sexto apartado referido al seguimiento del plan.

Plan personalizado de atención	
1. Datos de la persona usuaria	
<i>Nombre y apellidos</i>	
<i>Nº usuario/a</i>	
<i>Fecha ingreso centro o servicio</i>	
<i>Fecha de nacimiento</i>	
<i>Domicilio</i>	
<i>Personas , teléfonos y correos de contacto</i>	
2. Datos sociosanitarios	
<i>Régimen asistencia sanitaria</i>	
<i>Nivel y grado dependencia</i>	
<i>Grado discapacidad</i>	
<i>Incapacidad legal</i>	
<i>Nº Afiliación seguridad social</i>	
<i>Centro salud al que esta adscrito y dirección</i>	
<i>Médico/a Atención Primaria</i>	
3. Identificación de los profesionales que intervienen en el plan	
<i>Nombre y apellidos, DNI, categoría profesionales) de los profesionales que participan en el PPA</i>	
4. Valoración inicial: persona y entorno	
a) Salud	
-	Diagnósticos
-	Salud percibida
-	Nivel funcional en las AVDs (Actividades vida diaria) Niveles deficitarios o limitaciones Capacidades Principales objetivos en la intervención
-	Nivel cognitivo Niveles deficitarios o limitaciones Capacidades Principales objetivos en la intervención
-	Nivel emocional Dificultades emocionales Fortalezas Principales objetivos en la intervención

b) Capacidad en la toma de decisiones

- Situaciones cotidianas sencillas
- Situaciones de mayor complejidad (por ser ellas mismas complejas o implicar riesgos para la persona o terceros)

c) Relaciones y apoyo social

- *Apoyo Informal*
 - Familia
 - Amigos, vecinos
- *Apoyo formal*
 - Servicios profesionales fuera del domicilio (centros diurnos, etc)
 - Intervenciones en el domicilio
 - Voluntariado
- *Percepción del apoyo que recibe*
- *Participación social (acude a centros sociales, asociaciones...)*
- *Dificultades en las relaciones sociales*
- *Fortalezas en las relaciones sociales*
- *Principales objetivos en la intervención*

d) Ocio/ Intereses ocupacionales

- *Intereses relacionados con la historia laboral*
- *Intereses relacionados con aficiones y ocio*
- *Participación en actividades de ocio organizadas*
- *Actividades gratificantes que suele realizar por su cuenta*
- *Principales objetivos en la intervención*

e) Entorno (accesibilidad y adecuación)

- *Domicilio habitual*
- *Barrio*
- *Otros lugares*

5. Propuesta de intervención

a) Programas, servicios y actividades propuestos

- *Promoción y prevención de la salud*
- *Actividad física*
- *Estimulación cognitiva*
- *Terapias psicoafectivas*
- *Actividades de la vida cotidiana*
- *Otras actividades ocupacionales y socializadoras*

b) Apoyos que precisa

- *Productos de apoyo (ayudas técnicas)*
- *Medidas de intervención ambiental (supresión de barreras, adaptaciones funcionales, mejora de la seguridad y del confort, personalización de entornos, adecuación de la estimulación ...)*
- *Otros apoyos (simplificación de tareas o actividades, apoyo en la comunicación, apoyos por parte de otras personas, etc.)*

Pautas para la atención personalizada

- *Hábitos cotidianos gratificantes a mantener/reforzar*
- *Preferencias relacionadas con la atención en el centro o servicio*
- *Pautas ante comportamientos especiales*
- *Otras pautas*

Intervenciones con las familias

- *Orientaciones para el buen cuidado de la persona*
- *Orientaciones para el autocuidado*

Declaración de toma de decisiones compartidas

Persona usuaria (o representante)

Miembros equipo que han participado

6. Seguimiento del plan personalizado

a) Profesional de referencia

b) Revisiones y seguimientos

Fecha

Breve valoración del cumplimiento del plan

Modificaciones acordadas

Bibliografía utilizada para la elaboración del documento

- 1) Consejería de Bienestar Social y Vivienda. Resolución de 22 de junio de 2009, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se desarrollan los criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias.(BOPA 29-6-2009).
- 2) FUNDACIÓN SAN FRANCISCO DE BORJA (2007). Planificación centrada en la persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja con Discapacidad Intelectual. Madrid: FEAPS.
- 3) GUISET MJ. Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevo escenario. Boletín sobre envejecimiento Perfiles y tendencias 34 (septiembre). Madrid: IMSERSO; 2008.
- 4) MARTÍNEZ T. (2011) La atención gerontológica centrada en la persona. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno del País Vasco.
- 5) MARTÍNEZ T. (2010). Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia. Madrid: Médica-Panamericana.
- 6) MOSS K, WILEY D. A brief guide to personal futures planning. 2003.
- 7) MOUNT B, DUCHARME G, BEEMAN P. Person Centered Development. Manchester, CT: Communitas Inc.; 1991.
- 8) MOUNT B. Making Futures Happen: a Manual for Facilitators of Personal Futures Planning. St. Paul, MN: Governors's Council on Developmental Disabilities; 1990.
- 9) SEVILLA J; ABELLÁN R; HERRERA G; PARDO C; CASAS X; FERNÁNDEZ R (2009) WWW.miradasdeapoyo.org. Un concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI. Fundación Adapta.
- 10) VV.AA. (2009). Guías de buenas prácticas en centros de atención a personas mayores. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda.
- 11) VV.AA. (2010). Guías de buenas prácticas en centros de atención a personas adultas con discapacidad. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda.