



---

---

## ETXEAN ONDO

# “PROYECTO PILOTO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA Y LA INCLUSIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE LAS PERSONAS MAYORES EN ALGUNOS MUNICIPIOS DE EUSKADI”

---

---

Documentos Metodológicos y de Soporte y  
Programas de Intervención Marco

Documentos de trabajo elaborados por:  
Pilar Rodríguez y Teresa Martínez.

Han colaborado: Ana Aguirre, Amagoia Muruamendiaraz, Judith Salazar, Mayte Sancho, Alberto Uriarte, Javier Yanguas y Aitziber Zubillaga.

## SUMARIO

	<u>Página</u>
<b>Documento base: Metodología de planificación participativa en el proyecto <i>Etxean ondo</i>.....</b>	<b>3</b>
<b>Documento Metodológico y de Soporte 1. LA GESTIÓN DE CASOS.....</b>	<b>47</b>
<b>DOCUMENTO METODOLÓGICO Y DE SOPORTE 2. EL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN Y VIDA.....</b>	<b>69</b>
<b>DOCUMENTO METODOLÓGICO Y DE SOPORTE 3. EL GRUPO DE APOYO Y CONSENSO.....</b>	<b>95</b>
<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MARCO 1. LA ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA.....</b>	<b>108</b>
<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MARCO 2. SERVICIOS DE PROXIMIDAD COMPLEMENTARIOS AL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.....</b>	<b>129</b>
<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MARCO 4. APOYO A LAS FAMILIAS CUIDADORAS...</b>	<b>145</b>
<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MARCO 5. SERVICIO “ACOMPaña”.....</b>	<b>163</b>
<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MARCO 6. SERVICIOS PARA UN ENTORNO ACCESIBLE.....</b>	<b>179</b>
<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MARCO 7. SERVICIO PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL.....</b>	<b>196</b>
<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MARCO 8. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA.....</b>	<b>207</b>
<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MARCO 9. PROMOCIÓN DE LA SALUD, AUTOCUIDADO Y CONTROL DE LA PROPIA VIDA.....</b>	<b>232</b>

## PROYECTO ETXEAN ONDO

### Documento Base

## Metodología de planificación participativa en el proyecto Etxean Ondo.

1. Introducción
2. La atención integral centrada persona
3. Atención y coordinación sociosanitaria
  - 3.1. Algunos conceptos básicos
  - 3.2. La atención y coordinación sociosanitaria en el País Vasco.
4. Una metodología para seguir avanzando: la planificación participativa
5. Referencias bibliográficas

## 1. Introducción

El proyecto *Etxean Ondo* se dirige a **construir y aplicar un modelo de atención integral centrado en la persona** a quienes por su situación de **fragilidad, discapacidad o dependencia** precisan de apoyos o de ayudas de otros para **seguir viviendo en su hogar y desarrollar su proyecto de vida**.

Cabe subrayar el **carácter innovador de su metodología**, cuya característica más novedosa es su enmarque dentro de las metodologías denominadas **IAP** (Investigación/Acción/Participación):

- **Investigación** porque utiliza el rigor científico pero adaptándose e implicándose con la realidad social que pretende conocer y transformar.
- **Acción** porque se orienta a la resolución de problemas específicos.
- **Participativa** porque la investigación y la ciencia se ponen al servicio de la colectividad intentando resolver sus problemas y necesidades de manera colaborativa.

La búsqueda de **la participación de los agentes implicados** en las intervenciones es una constante del proyecto. Responsables políticos de servicios sociales, sanitarios y de otros sectores relacionados con el bienestar social, Asociaciones de personas mayores, de personas con discapacidad, de familias, planificadores, gestores, profesionales de la intervención social y sanitaria, proveedores de servicios, ONGs relacionadas con el voluntariado, cultura, deporte, educación, comercio..., en colaboración con el equipo técnico que coordina el proyecto, han de participar a lo largo de todo el proceso. Participación que se contempla en las distintas fases del proceso: en el diagnóstico de situación en cada territorio; en la planificación de las acciones; en la ejecución para desarrollar el plan establecido; así como en la evaluación que permita tanto realizar los oportunos reajustes como generar conocimiento sobre el proceso, resultados e impacto de las intervenciones.

Los **objetivos generales** que persigue el proyecto *Etxean Ondo* se dirigen, en este sentido, tanto a la mejora de la calidad de vida de las

personas adultas con discapacidad y de personas mayores en situación de fragilidad o dependencia y de sus familias cuidadoras, como a generar conocimiento sobre este nuevo modelo de atención y los recursos implicados en distintos ámbitos.

Al tratarse de un proyecto de atención integral donde interactúan distintos agentes y conviven distintos niveles de intervención (micro, meso y macro) son sus **objetivos numerosos y diversos**. En la siguiente tabla podemos ver los más señalados, agrupados según el núcleo principal de intervención en el que se circunscriben.

- |   |
|---|
| <p>a) Relacionados con las <b>personas adultas</b> en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Conseguir mejoras en todos los ámbitos de su calidad de vida</li><li>✓ Retrasar el avance del agravamiento de las situaciones de discapacidad, fragilidad o dependencia.</li><li>✓ Facilitar su permanencia en el domicilio y en el entorno, evitando institucionalizaciones no necesarias.</li></ul> <p>b) Relacionados con el <b>grupo familiar o de cuidados</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Dar apoyo (información, formación, asesoramiento, respiro) a familiares o a empleadas/os cuidadoras.</li><li>✓ Prevenir o actuar en situaciones de trato inadecuado y maltrato.</li></ul> <p>c) Relacionados con <b>la generación de conocimiento sobre los sistemas de atención y recursos implicados</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Probar la idoneidad y eficacia del modelo de atención integral centrada en la persona.</li><li>✓ Probar la eficacia de las figuras de gestores de casos y de los profesionales de referencia.</li><li>✓ Hacer más eficiente las intervenciones sanitaria y social, mediante la aplicación de un modelo de coordinación sociosanitaria basado en la metodología de gestión de casos.</li><li>✓ Implementar diversos servicios de proximidad a domicilio, que amplíen las prestaciones tradicionales del SAD.</li><li>✓ Implementar y probar la eficacia del servicio de promoción de la autonomía personal.</li><li>✓ Valorar el papel de las enfermeras/os de atención primaria de salud, como tutores de los cuidadores implicados en el proceso: contratados, auxiliares de SAD, familias.....</li><li>✓ Hacer seguimiento de la calidad de los cuidados, comprobar la idoneidad de las personas cuidadoras y ofrecerles asesoramiento y apoyo en los casos de contar exclusivamente con prestación económica de la LAPAD.</li></ul> |
|---|

- ✓ Valorar el papel de los/as cuidadores/as pagados en la provisión de cuidados, tanto asistentes personales como empleadas de hogar (generalmente inmigrantes).
- ✓ Evaluar la prestación de asistente personal.
- ✓ Definir un modelo de accesibilidad integral en las viviendas, mediante la rehabilitación y adaptación del hogar y el suministro de productos de apoyo y tecnologías domóticas.
- ✓ Desarrollar y evaluar un servicio de teleasistencia avanzada.
- ✓ Avanzar en intervenciones preventivas y de promoción de la salud a través de la formación a personas mayores, personas con discapacidad, familiares, cuidadores contratados por la familia, profesionales sociales y sanitarios...).
- ✓ Impulsar diversas vías que promuevan la participación social y comunitaria de las personas mayores y de personas con discapacidad, especialmente dirigidas a personas en situación de soledad o aislamiento.
- ✓ Valorar la eficacia y eficiencia del trabajo conjunto con diversos sectores sociales (cultura, ocio, comercio) para promover una mayor inclusión social y la reducción de estereotipos negativos hacia las personas mayores y personas con discapacidad.

**La Planificación Participativa** es la metodología de partida y central del proyecto *Etxean Ondo*.

No son pocas las razones que avalan esta opción. El proyecto *Etxean Ondo* se construye desde una planificación participativa porque:

- 👉 Apostar por un modelo de atención integral centrada en la persona implica reconocer el **derecho a la autodeterminación de las personas y al control de su vida cotidiana**.
- 👉 Ello hace necesario promover **nuevas formas de hacer que transformen las habituales relaciones asistenciales** donde el poder en el diseño de las intervenciones lo tienen los responsables y los equipos técnicos.
- 👉 La **participación activa y conjunta de los distintos agentes de los procesos de atención**: personas usuarias, familias, profesionales y responsables de los distintos ámbitos implicados se torna indispensable.
- 👉 La atención integral hace necesario partir de un **enfoque global donde los distintos ámbitos relacionados con la calidad de vida de las personas y grupos estén presentes e interrelacionados**:

atención social, sanitaria, vivienda, tecnología, redes sociales, o los recursos culturales y educativos, entre otros.

- 👉 La **necesaria cooperación entre profesionales**, requisito imprescindible de la **atención integral a las personas en situación de dependencia**, pasa por **construir una cultura común** partiendo de espacios de encuentro, formación y planificación conjuntos.
- 👉 Combina el **enfoque arriba-abajo (planificación estratégica)** con el **enfoque abajo-arriba (planificación operativa)** donde los profesionales se implican más fácilmente y desarrollan roles más proactivos aportando sus conocimientos y experiencias a un proceso de planificación.
- 👉 La atención integral a las personas con discapacidad o en situación de dependencia ha de cubrir **necesidades** de las personas **variadas y cambiantes**, y por tanto, ha de ser un **proceso abierto y necesariamente flexible**. Por ello, además de apoyarse en la evidencia científica, **ha de ser permeable a experimentar nuevas formas de hacer** que surgen de las distintas realidades, de los contextos reales de cuidados, alejándose de las habituales planificaciones altamente directivas.

Por todo ello, el diseño y aplicación de los servicios y programas que se apliquen se desarrollarán mediante la estrategia metodológica de los **programas marco**, que facilitan y apoyan el desarrollo de nuevos proyectos, pero adaptándolos a la realidad, recursos e idiosincrasia de cada territorio.

Es decir, se partirá de unas bases y objetivos generales comunes, así como de elementos metodológicos que los doten de homogeneidad, pero la concreción de los programas a desarrollar en los diferentes ámbitos se realizará con la participación de las administraciones locales, los profesionales sociales y sanitarios, las asociaciones representativas de personas mayores y personas con discapacidad, y demás agentes sociales que actúen en el territorio.

En este sentido, se presentan una serie de documentos en los que se contienen las propuestas que conforman los diferentes **programas de intervención marco (PIM)**, que servirán de base y serán de utilidad para su concreción y definición en las experiencias piloto que finalmente se acuerde desarrollar en los diferentes subproyectos (municipios). También se incluyen varios **documentos metodológicos y de soporte (DMS) diseñados para ofrecer tanto conceptualización como orientación metodológica a los profesionales implicados en el proyecto Etxean**



**Ondo.**



## 2. La atención integral centrada en la persona

En el proyecto *Etxean Ondo* se plantea la aplicación del que se ha denominado **modelo de atención integral centrado en la persona**, definido de la siguiente manera:

**La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.** (Rodríguez, 2006, 2010)

Nos detendremos brevemente en sus dos elementos constituyentes: la atención integral y la atención centrada en la persona.

### La atención integral

El proyecto *Etxean Ondo* asume un modelo que implica la atención integral. Incluye el desarrollo de una serie de servicios e intervenciones que van más allá de la prestación clásica del SAD.

En este sentido, el **servicio de atención a domicilio y apoyo en el entorno** se define como *“un programa personalizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en provisión de servicios, atención personal (física y psicosocial), gestión, funcionamiento y adecuación de la unidad convivencial, fomento de las relaciones sociales en el entorno y apoyo a las familia, prestado en el domicilio o en el entorno de una persona adulta en situación de fragilidad o de dependencia”* (Rodríguez, P, 2011).

Según esta conceptualización, se incluyen, además de la **prestación personal clásica del SAD** para facilitar la asistencia en las actividades básicas de la vida diaria, **otros servicios y apoyos** para permitir el desarrollo de los proyectos de vida de las personas en su entorno

Estas actuaciones serán programadas en cada territorio, partiendo de un diagnóstico, para el que se contará, como se ha señalado anteriormente, con los distintos agentes. La línea de actuaciones y servicios que se proponen se detallan posteriormente en los diez proyectos marcos de intervención. A modo de adelanto cabe mencionar que estas actuaciones **van más allá de la atención sectorial** (social o sanitaria) y que incluso **pretenden superar la visión de la coordinación sociosanitaria**, al apelar a la **cooperación de distintos**

**ámbitos** implicados en la vida de las personas (atención social, sanitaria, vivienda accesible, cultura, ocio, participación social y comunitaria, formación, nuevas tecnologías...), mirada imprescindible para avanzar desde un **auténtico enfoque de atención integral**.

La necesidad a la que obliga el cumplimiento de lo establecido en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales del País Vasco en cuanto se refiere a la implantación de la figura del **profesional de referencia**, facilitará, sin ninguna duda, la **atención personalizada, coordinada y continuada que requiere el modelo de atención integral**. Este trabajador o trabajadora social será responsable de elaborar los programas personalizados de intervención que promuevan la autonomía y la independencia de las personas a lo largo de su proceso de discapacidad o dependencia. Actuará siguiendo la metodología de **gestión de casos**, a fin de “*garantizar la coherencia de los itinerarios de atención y la coordinación de las intervenciones*” (art. 8 Ley 12/2008). En coordinación con esta figura, también intervendrán otros profesionales de los servicios sociales (profesionales y auxiliares de atención domiciliaria, sobre todo) y de los servicios sanitarios (enfermeras de los EAP, en especial), y todos ellos recibirán formación específica para asumir sus nuevas funciones y participarán en el proceso de planificación participativa.

### La atención centrada en la persona

El proyecto *Etxean Ondo* pretende desarrollar un modelo que garantice una atención realmente centrada en la persona.

Los modelos de atención centrada en la persona van más allá de la atención individualizada, ya que además de satisfacer las necesidades detectadas en la persona adaptándose a sus características individuales, **estimulan y apoyan que la persona participe activamente en su proceso de atención**. Por eso desde este modelo se identifican las **capacidades personales** e, incluso en casos de importante deterioro, se ofrecen apoyos (incluida la autodeterminación indirecta cuando son otros quienes asumen la representación de las personas no competentes en la toma de decisiones) y se atienden las **preferencias y los deseos relacionados con su proyecto de vida**.

Los modelos centrados en la persona ponen en **el centro de la intervención a la persona, y la garantía de sus derechos**, frente a la primacía de otros intereses legítimos como son los de la organización o los de los profesionales, pero que en ocasiones colocan en un segundo

término a las personas usuarias. Éstas son el eje vertebrador de las intervenciones profesionales. **El fin de la atención es la persona, su dignidad, su bienestar, sus derechos y sus decisiones.**

Siguiendo la propuesta de Martínez, T (2011), la aplicación de un modelo centrado en la persona en un servicio o centro asistencial debe contemplar cinco asuntos importantes:

- la atención personalizada desde la promoción de la autodeterminación y la independencia
- la privacidad y la confidencialidad
- la integración de lo terapéutico en lo cotidiano y lo significativo
- la participación de las familias en los cuidados
- la primacía de la persona frente a lo organizativo y la apuesta por nuevos roles profesionales donde el poder de la intervención ya no esté exclusivamente en los técnicos.

Desde este modelo de atención, los servicios formales son valiosos apoyos para el bienestar de las personas y para favorecer la continuidad de sus proyectos de vida. Su misión va más allá de atender, proteger y ofrecer cuidados.

Desde esta nueva visión, los servicios formales que se integrarán en el proyecto *Etxean Ondo* tendrán, además del gran papel de asegurar la atención integral de las personas, el objetivo de que éstas vivan mejor y puedan seguir en su entorno controlando sus propias vidas.

### **Las bases del modelo de la atención integral centrada en la persona y del proyecto *Etxean Ondo***

La propuesta inicial del proyecto *Etxean Ondo* no nace de la nada sino desde un modelo: la atención integral centrada en la persona. Modelo, que a su vez, se construye y desarrolla teniendo en cuenta cuatro dimensiones esenciales:

- Los cambios sociales acaecidos
- Las evaluaciones satisfactorias de experiencias de intervención
- La promulgación de nuevos derechos sociales
- La fundamentación del modelo en el conocimiento científico disponible.

Además se orienta por una serie de principios que han de guiar tanto los diseños de los recursos e intervenciones técnicas como de las atenciones profesionales.

Dada la importancia de acercarnos a todas estas cuestiones, seguidamente se exponen, aunque de modo muy resumido, los principales datos y conclusiones que avalan este modelo.

En primer lugar, cabe subrayar que el proyecto *Etxean Ondo* parte de la realidad social del País Vasco y de las transformaciones que contextualizan la realidad en la prestación de atención y cuidados a personas con discapacidad o en situación de dependencia. Concretamente de los **cambios demográficos** (aumento de la esperanza de vida ) y de los **cambios sociales** acaecidos (la incorporación masiva de la mujer a la vida sociolaboral y los avances en materia de igualdad, la revolución tecnológica, el proceso de individualización, la emergencia del sujeto y la conquista de nuevos derechos civiles y sociales). Algunas de estas transformaciones sociales, al lado de sus muchos aspectos positivos, están provocando también algunos tan negativos, como *“la destrucción de bienes relacionales, un enorme debilitamiento de la capacidad de apoyo de las redes familiares, convulsiones en lo relacionado con los anclajes e identidades de carácter comunitario y, en definitiva, nuevos riesgos y procesos de fragmentación y polarización social”* (Fantova F, 2009 a).

Para contextualizar estos aspectos, además de la consulta a fuentes oficiales como el Padrón Municipal de Habitantes (2009), se ha partido de la Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores de 60 años en Euskadi (INGEMA, 2010), del informe elaborado por el Consejo Vasco de Servicios Sociales en 2011, del II Mapa Foral de Servicios Sociales de Guipuzkoa (2008-2012) y de los diferentes informes y documentos técnicos realizados para Euskadi (Fantova F, 2006) y sus territorios históricos (Fantova F, 2009 b, c),

En segundo lugar, el proyecto *Etxean Ondo* se fundamenta **en la evidencia científica, en consensos internacionales y en evaluaciones realizadas sobre las políticas de atención más avanzadas**. Seguidamente señalaremos de modo resumido algunos datos y conclusiones que avalan este modelo.

#### a) La evidencia científica producida

- La evidencia acerca de la eficacia de las políticas de promoción de la salud y de las medidas de **prevención primaria, secundaria y terciaria en la compresión de la morbilidad y en la reducción de la dependencia** (Gómez J y cols, 2003).
- Las aportaciones del **modelo psicosocial de intervención**, en el que se enfatiza la importancia de la globalidad de la persona y,

por tanto, la necesidad de intervenir de manera integral teniendo en cuenta factores multidimensionales de tipo biopsicosocial. Desde esta perspectiva, cobran gran importancia, además de los factores relacionados con el bienestar emocional y de personalidad, la variabilidad interindividual y las interacciones de las personas con el ambiente para conseguir su integración y participación social (Baltes y Baltes, 1990; Moos y Lemke, 1979).

- Los satisfactorios resultados obtenidos cuando se interviene sobre el **fortalecimiento de las capacidades preservadas** para promover autonomía personal (Janicki y Ansello, 2000) y para reducir el exceso de dependencia (Little, 1988).
- La efectividad de las propuestas del **modelo de calidad de vida**, en el que se contemplan dimensiones tanto objetivas como subjetivas para medir el bienestar y que pone su centro en los derechos y preferencias de las personas. (F.Ballesteros, 1997; Schalock y Verdugo, 2003).
- El paradigma de **envejecimiento activo**, basado en tres pilares: salud, seguridad y participación (OMS, 2002).
- El respeto por los **deseos de las personas destinatarias** de los programas, deducidas de la numerosa investigación producida, tanto cualitativa como cuantitativa (Verdugo, 2006; IMSERSO, 2009).
- La **planificación centrada en la persona**, metodología desarrollada fundamentalmente en personas con discapacidad y que propone nuevas formas de apoyar los procesos de autodeterminación y de control de la propia vida para estas personas. La PCP ha sido definida como una metodología facilitadora para que la propia persona con discapacidad, sobre la base de su historia, capacidades y deseos, planifique las metas que quiere alcanzar para mejorar su vida. Para ello puede ser necesario, si la persona presenta una grave afectación, el ejercicio de la autodeterminación de forma indirecta, es decir mediada por otros, ofreciendo un grupo social referencial así como los apoyos precisos (López y cols., 2004).
- Las aportaciones de Kitwood y el grupo de la universidad de Bradford en torno a la **atención centrada en la persona con demencia**, argumentando la urgencia de revisar los modos de atención. (Kitwood y cols 1992,1997). Enfatizan la importancia de empatizar con la persona, con sus necesidades y de permitir el

desarrollo de su independencia, su individualidad y su autonomía el mayor tiempo posible. Acentúan la importancia del entorno social en relación a la adecuación conductual y a la reducción de la discapacidad, mostrando la necesidad de capacitar y modificar las actitudes y abordajes de los profesionales. Cabe destacar la DMC (Dementia Care Mapping), metodología destinada a evaluar la calidad de la atención en servicios para personas con demencia. (Bradford Dementia Group, 1997).

## b) La promulgación de nuevos derechos sociales y los consensos internacionales

- La aparición de **normativas** que amplían los derechos sociales, tanto del ámbito internacional, como estatal y autonómico (Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, la LAPAD, la Ley 12/2008 de Servicios Sociales del País Vasco), que obligan a los poderes públicos y a la sociedad en su conjunto a su respeto y salvaguarda.
- La **OMS** y sus clasificaciones sobre la discapacidad. En la primera propugnó y difundió por todo el mundo el conocido “**modelo social de la discapacidad**” en contraposición al “modelo médico” preexistente. En la segunda, los integró en una nueva clasificación (la CIF), con la que se propone conseguir una síntesis que proporcione una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social, y en la que se enfatiza sobremanera la importancia de influir sobre el contexto ambiental para facilitar la autonomía e independencia de las personas con discapacidad.
- Los Planes Internacionales de **Naciones Unidas** sobre el Envejecimiento propiciaron que en todo el mundo se perciba el fenómeno del incremento de la esperanza de vida no sólo como un reto para todos los países, sino también como una oportunidad. El objetivo central de las propuestas contenidas en estos planes es **propiciar que las personas puedan envejecer con seguridad (prestaciones y cuidados) y participando activamente en sus comunidades.**
- La **OCDE** y sus trabajos en los diversos aspectos relacionados con la **atención a las personas mayores en situación de dependencia**, proclamando el lema de “**envejecer en casa**” en **condiciones de dignidad** y recomendando para hacerlo posible la disposición de recursos y programas de **proximidad, en un continuum asistencial,**

desde los que se tengan en cuenta las necesidades tanto de las personas mayores como de sus familias cuidadoras.

- La **Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)**, suscrita conjuntamente por la OMS, la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Consiste en una **estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la inclusión social** de todas las personas con discapacidad. El interés de la estrategia RBC radica en el **reconocimiento de que los programas tengan como referente los derechos humanos** en cuanto se refiere al disfrute de la salud y bienestar de las personas con discapacidad **y a su participación** plena en la sociedad.

### c) Conclusiones de evaluación de políticas avanzadas

- La atención integral de carácter sociosanitario puede llevarse a cabo tanto mediante el **modelo de integración (Países Nórdicos)**, bien se realice desde el de **coordinación de servicios (Francia)**.
- La **atención integral centrada en la persona abarca mucho más de lo que es el espacio sociosanitario**, requiriéndose también la intervención de otros sectores, como el educativo, el cultural y de ocio, el urbanístico y de vivienda, el de transporte, el de empleo y seguridad social, etc.
- En la atención integral centrada en la persona debe conectarse el objetivo de apoyar con las intervenciones la **autonomía personal y la vida independiente**, con la que se ha denominado **“atención transmural”** (trabajo intersectorial y desarrollo de redes de servicios de proximidad).
- En los planes y programas que se desarrollen hay que plantearse, además de objetivos para la intervención social con la persona y sus allegados, otros objetivos dirigidos a **la involucración de la comunidad para el apoyo a la participación y a la inclusión social**.
- **Dinamarca y Suecia** son los países que más han avanzado en la consolidación del modelo de atención integral centrado en la persona, asentado en el aseguramiento del ejercicio de los derechos. Durante el año 2010 se ha producido una iniciativa parlamentaria sueca para producir un nuevo cambio de su Ley Nacional de Servicios Sociales, de manera que se garantice de

manera efectiva y no puramente declarativa la salvaguarda de la dignidad de las personas a las que se atiende.

- **Reino Unido**, donde se ha desarrollado una propuesta teórica denominada de “**sistema completo**”, que se basa en la organización de los servicios en torno a la persona, reconociendo la interdependencia de todas las partes y pretendiendo que las personas destinatarias de los programas los experimenten, efectivamente, como un continuo.
- **Modelo Housing**, desde el que se viene apostando por el desarrollo diversificado de una amplia gama de apoyos y servicios que hagan posible que las personas con necesidad de los mismos sigan viviendo en su casa, incluso cuando éstas presentan niveles importantes de dependencia. El mayor fundamento de este modelo es el común deseo de las personas de permanecer viviendo y envejecer en casa. Opción preferida porque, en general, favorece la continuidad de vida, permite estar rodeado de las pertenencias y recuerdos, preserva la independencia y la privacidad, y además facilita algo muy importante que no siempre en los centros residenciales se logra: que la persona siga tomando sus propias decisiones y controlando su día a día. Para los casos en que, por diferentes motivos, la persona no puede seguir viviendo en su casa, desde el modelo *Housing* se pretende que la atención tenga lugar en centros que, además de proporcionar los cuidados necesarios, se asemejen lo más posible al concepto de hogar. La idea no es otra que vivir “fuera de casa, pero como en casa”.

Se presenta a continuación una síntesis de las bases que se han descrito y que sirven de fundamento del modelo de atención integral centrada en la persona que el proyecto *Etxean-Ondo* pretende implantar.

#### La evidencia científica producida

- Prevención primaria, secundaria y terciaria en la comprensión de la morbilidad y en la reducción de la dependencia (Gómez y cols, 2003).
- Modelo psicosocial de intervención. (Baltes y Baltes, 1990; Moos y Lemke, 1979).
- El fortalecimiento de las capacidades preservadas para promover autonomía personal y reducir el exceso de dependencia (Janicki y Ansello, 2000, Little, 1988).
- Modelo de calidad de vida (F.Ballesteros, 1997; Schalock y Verdugo, 2003).
- El modelo del envejecimiento activo (OMS, 2002).
- El respeto por los deseos de las personas destinatarias de los



programas, (Verdugo, 2006; IMSERSO, 2009).

- La planificación centrada en la persona (López y cols., 2004).
- La atención centrada en la persona con demencia (Kitwood y cols 1993, 1997; Bradford Dementia Group, 1997).

#### **b) La promulgación de nuevos derechos sociales y consensos internacionales**

- Normativas: Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad; la LAPAD; la Ley 12/2008 de Servicios Sociales del País Vasco.
- La OMS y sus clasificaciones sobre la discapacidad.
- Los Planes Internacionales de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento.
- La OCDE y sus recomendaciones para la atención a las personas mayores en situación de dependencia.
- La Rehabilitación basada en la comunidad (RBC), suscrita conjuntamente por la OMS, la UNESCO y la OIT.

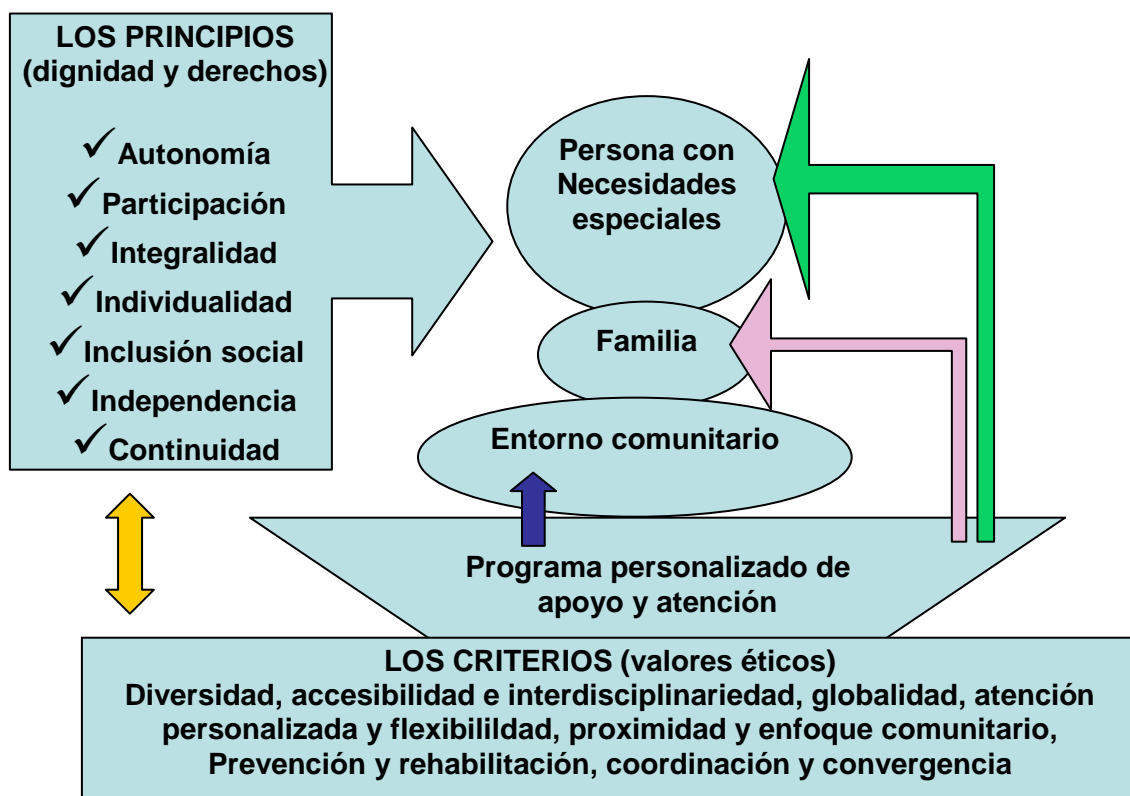
#### **c) Conclusiones de evaluación de políticas avanzadas**

- La atención integral de carácter sociosanitario puede llevarse a cabo desde la integración (Países Nórdicos), bien o la coordinación de servicios (Francia).
- La atención integral centrada en la persona abarca más de lo que es el espacio sociosanitario.
- La "atención transmural" para alcanzar el objetivo de apoyar la autonomía personal y la vida independiente.
- En los planes y programas hay que plantearse también apoyos para la participación y a la inclusión social.
- Las políticas avanzadas de Dinamarca y Suecia en la consolidación del modelo de atención integral centrado en la persona, asentado en el aseguramiento del ejercicio de los derechos y en la dignidad humana.
- La propuesta del Reino Unido sobre "sistema completo", basado en la organización de los servicios en torno a la persona.
- Modelo *Housing*, desde el que se viene apostando por el desarrollo diversificado de una amplia gama de apoyos y servicios para que las personas puedan seguir viviendo en su casa, incluso cuando presentan niveles importantes de dependencia. Y su aplicación a los centros, cuando la persona no puede seguir viviendo en su casa, donde además de proporcionar los cuidados necesarios, se asemejen lo más posible al concepto de hogar.

Resumen de las bases que avalan en Modelo de atención integral centrada en la persona.

Finalmente, y como corolario de las bases científicas someramente referidas, el modelo de Atención Integral Centrada en la persona se fundamenta en un conjunto de **principios**, que constituyen el eje sobre el que han de girar y servir de orientación a las intervenciones. Se proponen un total de siete principios rectores, para cuya efectividad práctica es necesario cumplir una serie de **criterios** técnicos en las actuaciones e interacciones profesionales, que se derivan de los mencionados principios. Estos principios son: la autonomía, la participación, la integralidad, la individualidad, la independencia, la inclusión social y la continuidad en la atención-

El modelo, de forma esquemática, se presenta en el gráfico siguiente.



### Modelo integral de atención centrada en la persona en situaciones de discapacidad, fragilidad o dependencia

Fuente: Rodríguez, P., *La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia*. Serie: Informes Portal Mayores, nº 106. Madrid, CSIC/Imsero, 17 págs., 2010. Ref. 190642.

ENLACE: Sí

### 3. La atención y coordinación sociosanitaria

#### 3.1. Conceptos básicos

El concepto de atención sociosanitaria nace como respuesta a **la necesidad de atención integral e integrada** de las personas, especialmente cuando éstas precisan de cuidados de larga duración por presentar enfermedades crónicas y encontrarse en situaciones de dependencia cuyo cuidado y atención requieren conjuntamente de la atención sanitaria y social.

Los modelos y desarrollos desde la perspectiva sociosanitaria en los países desarrollados han sido numerosos, en unos casos optando por la integración de estructuras, en otros por la coordinación o cooperación entre servicios. Ambas opciones, no obstante, pretendiendo conjugar dos ideas centrales: **la continuidad en los cuidados allí donde se produzca la situación de necesidad y la prestación conjunta de atención sanitaria y social**, de modo que se permita una respuesta adecuada a las necesidades diversas y cambiantes de las personas.

Tanto a nivel estatal como en la Comunidad Autónoma del País Vasco se viene optando por la primera fórmula, la de la coordinación de servicios.

De este modo en el **Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España** publicado en 2005 se define la

coordinación sociosanitaria como un “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistema sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia”.

En el **Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008**, se precisan de la siguiente manera la misión y la visión que definen el modelo propuesto: “Prestar la atención que requieren las personas que por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social, simultánea, coordinada y estable.” “Garantizar al máximo número de personas de la CAPV, la prestación de servicios, tanto sanitarios como sociales, a los que tenga derecho, de acuerdo con sus necesidades asistenciales, mediante un sistema coordinado, integral e integrado, eficiente, efectivo y de calidad, así como territorialmente equilibrado”. “Las entidades y organismos de la CAPV implicados en el tema propugnan con claridad un enfoque no integrado, de forma que existan las dos redes actuales pero funcionando coordinadamente bajo el principio de la integración funcional de ambas en su aportación a la atención sociosanitaria”.

Por su parte la **Ley de Servicios Sociales de la CAPV** establece que “La atención sociosanitaria comprenderá el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención.”

En el contexto internacional son numerosas las experiencias y modelos que se han venido desarrollando en el ámbito de la atención sociosanitaria, oscilando desde propuestas teóricas hasta desarrollos más aplicados e incluyendo tanto la opción de la integración de servicios como de la coordinación de actuaciones.

Como experiencias exitosas a nivel internacional cabe hacer referencia en primer lugar al **Modelo de cuidados continuados (The Chronic Care Model, CCM)** formulado por Wagner (Wagner, 1999) y sus colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, en EE.UU.

En este modelo, la atención a crónicos discurre en tres planos que se superponen: 1) la comunidad con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados 2) el sistema sanitario con sus organizaciones

proveedoras y esquemas de aseguramiento; y 3) la interacción con el paciente en la práctica clínica.

Además se identifican seis elementos esenciales que interactúan entre sí y que son clave para el logro de una óptima atención a pacientes crónico:

- La organización del sistema de atención sanitaria
- El estrechamiento de relaciones con la comunidad
- El apoyo y soporte al autocuidado
- El diseño del sistema asistencial
- El apoyo en la toma de decisiones
- El desarrollo de sistemas de información clínica

Hay que subrayar que este modelo enfatiza algunas cuestiones clave como: adaptar los recursos a las necesidades de los pacientes, potenciar la prevención, la práctica proactiva de los profesionales, favorecer la autogestión del paciente, la evidencia científica de los procesos estandarizados o la toma de datos para lograr un cuidado eficiente.

En segundo lugar hay que hacer referencia a los **desarrollos posteriores y adaptaciones del este modelo**. Entre ellos, cabe citar el modelo expandido de cuidados (The Expanded Chronic Care Model, Barr et al. 2003), el Modelo de Cuidados Innovadores para las condiciones crónicas (ICCC- Innovative Care for Chronic Conditions, WHO, 2002); El modelo Kaiser permanente; El PRISMA- Programme de Recherche sur l'Integration des Services pour le Maintien de l'Autonomie de Québec-Canada; El SIPA –Services Intégrés pour Personnes Agées-Montreal-Canadá; o el modelo de la Pirámide King's Fund en el Reino Unido.

En aras a la brevedad solo haremos alguna referencia a tres de ellos.

**a) El Modelo de Cuidados Innovadores para las condiciones crónicas** (ICCC- Innovative Care for Chronic Conditions, WHO, 2002), incorpora al CCM de Wagner una óptica de políticas de salud, cuyas principales ideas son:

- La toma de decisiones basada en la evidencia
- El enfoque de salud poblacional
- El foco en prevención
- El énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica
- La flexibilidad/adaptabilidad
- La integración, como núcleo duro y fractal del modelo

## El Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas (ICCC)



Fuente: OMS

Cuadro tomado de: *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. (2010) País Vasco: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y consumo. Osakidetza.*

**b) El modelo de la Pirámide de Kaiser.** Parte de la idea principal de la segmentación o estratificación de la población según sus necesidades, identificando tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico:

- Nivel 3. Pacientes de mayor complejidad con frecuente comorbilidad. En ellos se hace necesaria una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales.
- Nivel 2. Pacientes de alto riesgo pero de menor complejidad en lo que respecta a su comorbilidad. Se propone una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales.
- Nivel 3. Pacientes crónicos con condiciones todavía en estadios incipientes. La idea es ofrecer apoyo para favorecer su autogestión.

En interpretaciones posteriores al modelo Kaiser se ha incluido la vertiente poblacional de promoción y prevención donde la población

general es foco de intervenciones que tratan de controlar los factores de riesgo que puedan llevar a los individuos a la enfermedad crónica.

Pirámide de Kaiser ampliada



Fuente: Kaiser Permanente. Adaptado

Cuadro tomado de: Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. (2010) País Vasco: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y consumo. Osakidetza.

**c) El modelo de la Pirámide definida por el King's Fund en el Reino unido,** integra la visión social a la visión sanitaria como partes fundamentales de la atención que ha de recibir la persona proponiendo tres niveles de atención.

## Pirámide definida por el King's Fund en el Reino Unido



Fuente: King's Fund (C. Ham)

Cuadro tomado de: *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. (2010) País Vasco: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y consumo. Osakidetza.*

A modo de conclusión podemos afirmar que todas estas aportaciones suscitan en la actualidad gran interés como alternativas viables para ser aplicadas en la atención sociosanitaria que requieren las personas con discapacidad, las personas mayores en situación de fragilidad y, especialmente quienes se encuentran en situación de dependencia, y por tanto se consideran importantes referentes para el desarrollo y concreción de los nuevos proyectos de intervención sociosanitaria que se pretenden reforzar, consolidar o impulsar.

### 3.2. La atención y coordinación sociosanitaria en el País Vasco

El camino recorrido por la CAPV en el ámbito de la atención y coordinación sociosanitaria parte de finales de la década de los 80 y además de reflejarse en las principales normas legales se ha desarrollado en documentos estratégicos así como en diversos documentos como planes, convenios, protocolos de colaboración y programas.



Es por tanto, irrenunciable que las acciones que los distintos proyectos de intervención contemplan se enmarquen, se nutran, sintonicen, se complementen y vayan añadiendo elementos de valor a las aportaciones y desarrollos ya validados con el objeto de propiciar las sinergias deseables con éstos.

Cabe citar leyes, planes, documentos estratégicos, así como protocolos, programas, convenios de colaboración y experiencias de intervención realizadas. En el siguiente cuadro aparecen **las principales referencias** que han sido tenidas en cuenta para encuadrar, centrar y limitar los proyectos de intervención que se pretenden impulsar.

- Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales de la CAPV
- Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008.
- Encuesta de Salud de Euskadi llevada a cabo en 2007 (ESCAV'07)
- El estudio "El impacto de las diferentes enfermedades en la salud de la CAP V" (2008)
- Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores de 60 años (2010)
- Informe Consejo País Vasco de Servicios Sociales año (2011)
- Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (Julio 2010)
- Documento Marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca (Diciembre 2010)
- Acuerdos, programas, protocolos y de convenios administrativos diversos

En relación a este marco de partida que aporta normativa, desarrollo conceptual y estratégico, acuerdos administrativos y experiencias de intervención, solo destacar algunas ideas y elementos importantes que nos permitan entender cómo engarzar la presente propuesta de intervención dirigida a completar el camino ya recorrido:

- **La ley de Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales de la CAPV** regula la **cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitaria**. Concretamente en el artículo 46 se especifican los colectivos particularmente susceptibles de ser atendidos en este marco:
  - Personas mayores en situación de dependencia
  - Personas con discapacidad

- Personas con problemas de salud mental, en particular las personas con enfermedad grave y crónica, y las personas con problemas de drogodependencias
- Personas con enfermedades somáticas crónicas y/o invalidantes
- Personas convalecientes de enfermedades que, aun habiendo sido dadas de alta hospitalaria, todavía no disponen de autonomía suficiente para el autocuidado
- Personas con enfermedades terminales
- Otros colectivos en riesgo de exclusión, en particular las personas menores de edad en situación o riesgo de desprotección, o con problemas de comportamiento; las mujeres víctimas de violencia de género y la población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y social

Además, en esta misma norma se recoge, en cuanto atañe al desarrollo de estructuras para la coordinación sociosanitaria, la creación del **Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria**, así como, a nivel foral y municipal, que existirán cauces de coordinación en forma de Consejos Territoriales, comisiones u otros órganos de carácter mixto.

- **La Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (2010)**

Esta estrategia parte y justifica la necesidad de intervenciones centradas en los procesos crónicos, por ser diferentes de las intervenciones habituales dirigidas a los procesos agudos, subrayando que la atención a personas con enfermedades crónicas:

- o Requiere un **diagnóstico sobre el individuo** en su conjunto incluyendo su situación social y su función frente a un diagnóstico tradicionalmente centrado en la enfermedad y los síntomas agudos.
- o Tienen mayor importancia las **intervenciones proactivas, preventivas (primaria y secundaria) y rehabilitadoras** frente a un enfoque típicamente curativo en la enfermedad aguda.
- o El **paciente y el cuidador juegan un rol importante** en el éxito de la intervención con necesidad de adherencia en periodos largos y cambios de estilos de vida frente a un rol tradicionalmente pasivo en el que reciben cuidados.
- o Necesitan una atención coordinada con "visión individuo" de todos los niveles de atención (primaria, especializada, media estancia, salud mental, emergencias, servicios sociales, salud laboral, etc.) a lo largo del **continuo** de la enfermedad frente a

una actuación rápida y especializada de un número limitado de departamentos concretos.

- o Cobran mayor importancia las necesidades y prioridades de cada paciente (médicas pero también emocionales, sociales, materiales, e incluso espirituales) dado que en muchas ocasiones son intervenciones continuas durante el resto de la vida del individuo frente a una intervención puntual con un impacto limitado sobre la calidad de vida a medio plazo del individuo.

La Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi busca avanzar hacia un sistema de salud donde los equipos profesionales tenga un papel más proactivo en lo que se refiere a la **educación a los pacientes para que sean actores activos** en la gestión de su enfermedad, la integración clínica entre atención primaria e hospitalaria así como la utilización de la tecnologías en beneficio de los pacientes.

Incorporando las principales aportaciones de modelos internacionales anteriormente citados para la gestión de la enfermedad crónica, enuncia una visión futura orientada, en lo que compete a la ciudadanía y a los enfermos crónicos, a lograr mejores resultados de salud, de satisfacción con la atención y en ganancias en calidad de vida. Esta visión propone el **paso de un sistema reactivo a un sistema de asistencia proactivo** que ofrecerá una atención más integrada, más continua en el desarrollo de la enfermedad (de prevención a final de la vida, pasando por la rehabilitación) más adaptada a las necesidades de las personas y grupos familiares y donde los ciudadanos tengan un rol más activo y una responsabilidad mayor en resultados de salud, con mayor satisfacción ante la atención y calidad de vida.

En este documento se formulan **cinco líneas de acción política y un total de catorce proyectos estratégicos**, que resulta imprescindible tener en cuenta, como ya se ha indicado, para delimitar las acciones de intervención propuestas en este proyecto (en el apartado siguiente se muestra la conexión deseable entre estos proyectos estratégicos y los proyectos marco que se contemplan).

## **POLÍTICAS**

- I. Adopción de un enfoque de salud poblacional, gestión de salud poblacional estratificada y proactiva y reducción de las desigualdades en materia de salud.
- II. Priorización de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades

- III. Potenciación del papel activo del ciudadano, su responsabilización y la autonomía del paciente.
- IV. Garantizar el continuo asistencial mediante el impulso de una asistencia multidisciplinar, coordinada e integrada entre los diferentes servicios, niveles de atención y sectores
- V. Adaptar las intervenciones sanitarias a las necesidades y prioridades del paciente y a la eficiencia del sistema

### PROYECTOS ESTRATÉGICOS

1. Estratificación de la población
2. Intervenciones de prevención y promoción sobre los principales factores de riesgo
3. Autocuidado y educación al paciente Paciente Activo – Paziente Bizia
4. Creación de una Red de Pacientes. Activados y Conectados a través de la adopción de nuevas tecnologías Web 2.0 por las Asociaciones de Pacientes Crónicos
5. Historia Clínica Unificada: Osabide Global
6. Atención clínica integrada
7. Desarrollo de hospitales de subagudos
8. Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería
9. Colaboración Sociosanitaria
10. Financiación y Contratación
11. OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal
12. Desarrollo de la farmacia y la receta Electrónica
13. Creación del Centro de Investigación para la Cronicidad
14. Innovación desde los profesionales clínicos

Políticas y proyecto estratégicos formulados en la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.

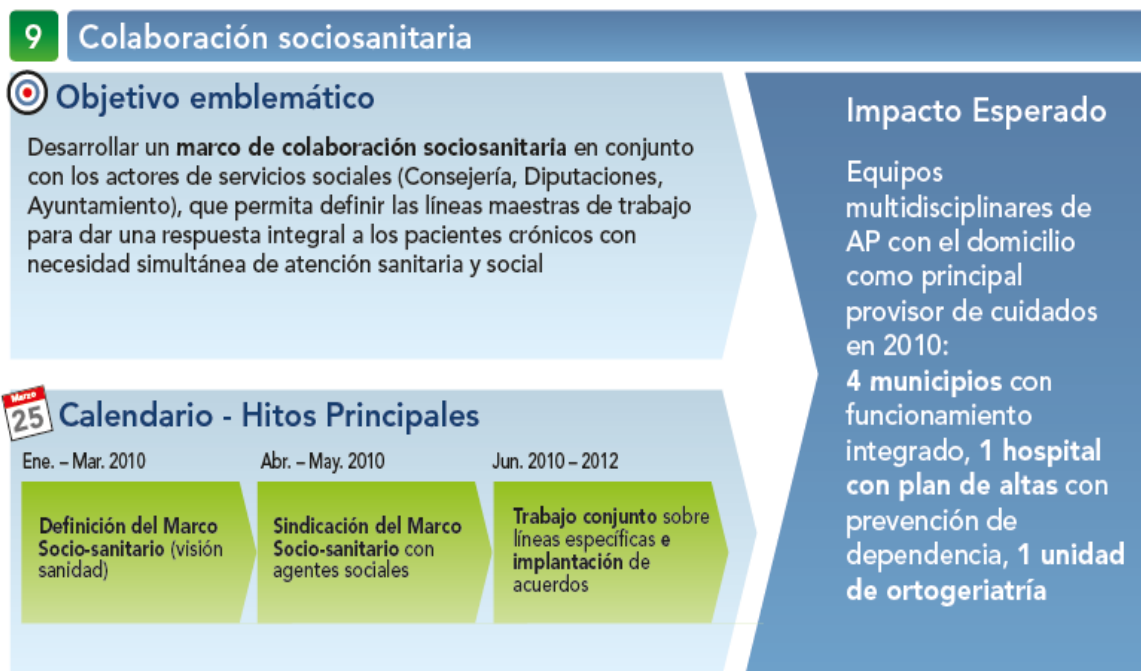
Dentro del **Proyecto Estratégico de Colaboración sociosanitaria** se establecen como objetivos estratégico los siguientes:

1. **Desarrollar los servicios sociosanitarios**, potenciando la coordinación sociosanitaria a nivel de Atención Primaria mediante equipos interdisciplinares, como garantía de una atención integrada en el continuo asistencial, contemplando el domicilio como principal provisor de cuidados, así como impulsando y homogeneizando el desarrollo de recursos sociosanitarios en los tres Territorios Históricos.

2. Mejorar los **sistemas y estructuras de coordinación** del espacio sociosanitario, impulsando la existencia de un marco normativo común que concrete los catálogos de prestaciones sociales y sanitarias,

además de elaborar un nuevo modelo de convenio para la financiación de servicios de carácter sociosanitario.

- Mejorar la gestión del sistema para una mejora de la atención de las personas, mediante la **formación y sensibilización de todos los implicados en la coordinación sociosanitaria**, además de la implantación de un sistema de información compartida. la puesta en marcha de estos objetivos estratégicos se materializará con el desarrollo de un plan operativo adecuado a cada territorio Histórico.



Cuadro tomado de: Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. (2010) País Vasco: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y consumo. Osakidetza.

Cabe finalmente destacar que esta Estrategia apuesta por un lógica de implantación emergente, y por tanto menos directiva como las que habitualmente se trasladan apoyándose casi exclusivamente en cambios normativos. Para ello opta por combinar dos tipos de enfoque: el “arriba-abajo” con el “abajo-arriba” es importante para lograr equilibrar la imprescindible política estratégica con lograr que los profesionales pueden implicarse en el cambio con mayor intensidad y ejerciendo roles más proactivos. Ambos enfoque son necesarios para el éxito.

- El **Documento Marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca (Diciembre 2010)**, en lo que atañe al diagnóstico, señala algunas cuestiones importantes que apoyan la oportunidad de avanzar en proyectos de coordinación sociosanitaria desde la planificación compartida. Destacaremos solo tres:
  - La **división entre necesidades sanitarias y sociales**, las dificultades de desarrollo de equipos multidisciplinares sociosanitarios comunitarios, así como las limitaciones de los servicios de ayuda domiciliaria públicos y el actual desarrollo de estructuras intermedias, **dificultan en algunos casos la permanencia de las personas en domicilio** provocando situaciones de fragilidad que conducen a realizar ingresos evitables.
  - La necesaria coordinación entre servicios de salud y servicios sociales de base está sujeta al **buen hacer y a la voluntad de los profesionales, lo que dificulta garantizar una buena atención** a las personas, promocionar hábitos de vida saludable y prevenir la dependencia y las situaciones de indefensión de colectivos especialmente vulnerables.
  - El gran **interés existente entre los profesionales** de los servicios sociales de base por trabajar en aras de estructurar la coordinación sociosanitaria en sus municipios elaborando protocolos de actuación conjunta.

En este documento se marcan una serie de líneas estrategias enunciadas a través de objetivos estratégicos, entre los que cabe destacar algunos recogidos en los objetivos estratégicos 1 y 4, por ser también inspiradores y orientadores de las actuaciones de los proyectos marcos de intervención que a continuación se exponen.

Concretamente, en el objetivo estratégico 1, **Desarrollar los servicios sociosanitarios**, figuran:

- 1.1. Garantizar una atención integrada en el continuo asistencial
  - Desarrollar una **atención comunitaria transversal** que garantice la continuidad de cuidados en el domicilio habitual de las personas con la implicación de los equipos de atención primaria, red de salud mental y servicios sociales.
  - Potenciar la atención mediante la metodología **de gestión de casos** como elemento fundamental para la coordinación sociosanitaria.

## 1.2. Consolidar el desarrollo de los servicios para las personas dependientes y con discapacidad

- Determinar los **recursos sociosanitarios más adecuados** para garantizar de forma coordinada los cuidados y la asistencia precisa, potenciando el mantenimiento de las personas en situación de dependencia en su entorno habitual en las mejoras condiciones de autonomía posibles.
- Abordaje integrado de las aplicaciones telemáticas en el domicilio habitual de las personas dependientes (**telemedicina, teleasistencia...**)
- Facilitar **conocimientos básicos a las personas cuidadoras** para que puedan promover la aplicación de los procedimientos y estrategias más adecuadas para mantener y mejorar la autonomía personal de la persona en situación de dependencia y sus relaciones con el entorno.
- Ofrecer información sociosanitaria sobre **productos de apoyo y adaptaciones** que propicien la comunicación, el autocuidado y la seguridad de la persona en situación de dependencia.
- Difundir las buenas prácticas entre los diferentes servicios dirigidos a personas dependientes de la CAPV.

En el Objetivo estratégico 4, **Promover la formación, la investigación y la innovación** en el espacio sociosanitario, se enuncian:

- Promover la **formación conjunta de los/as profesionales de ambas redes** aplicando la estrategia de formación de formadores y estableciendo canales de divulgación de conocimientos y experiencias.
  - Potenciar la **formación para el autocuidado** y la capacitación de las personas cuidadoras.
  - Impulsar experiencias de innovación en acción y buenas prácticas para la solución de problemas identificados en el ámbito sociosanitario comunitario.
  - Innovar en la búsqueda de sostenibilidad pilotando diferentes **modelos de gestión sociosanitaria**.
  - Desarrollar **alianzas** con entidades de innovación social que desarrollen actividades en este ámbito.
- Finalmente, en relación al **desarrollo de acuerdos, programas, protocolos y de convenios administrativos** hay que destacar que en las dos últimas décadas se ha avanzado de una forma importante y

que algunas experiencias piloto han supuesto avances importantes. Es preciso destacar que el objeto de actuación y colaboración es diverso (atención sanitaria en larga estancia, atención temprana, maltrato, etc.) siendo quizás la atención sociosanitaria en domicilio a personas con discapacidad y personas en situación de dependencia uno de los campos donde se requiere una mayor apuesta y la intensificación de proyectos innovadores de atención.

En esta línea hay que citar el protocolo de coordinación entre los centros de atención primaria de la Comarca Álava y los Servicios Sociales de Base (Octubre 1996), en el que se recogen criterios de derivación y atención a personas mayores, aunque en la actualidad no está en vigor.

También hay que destacar la experiencia piloto de atención sociosanitaria comunitaria en el municipio de **Zarautz** basada en el modelo de intervención propuesto en la Estrategia para la Cronicidad en Euskadi donde se proponen acciones y avances de enorme interés.



## 4. Una metodología para seguir avanzando: la Planificación Participativa desde Programas de Intervención Marco.

### 4.1. En qué consiste esta metodología

La Planificación Participativa desde Programas de Intervención Marco es una metodología de trabajo enmarcada dentro de la IAP (Investigación/Acción/Participación) dirigida a **implicar en el proceso de planificación e intervención a los distintos agentes que intervienen en un proyecto intervención.**

Concretamente el proyecto *Etxean Ondo*, creado para promover un modelo de atención integral centrada en la persona a quienes por su situación de discapacidad o dependencia necesitan apoyos y cuidados para seguir viviendo en su hogar, **busca la participación de personas usuarias, familias, profesionales implicados, responsables públicos así como de otros agentes de la comunidad.**

Plantea la cooperación e implicación activa de todos ellos, pero de un modo especial la de los **equipos profesionales del ámbito de salud y de los servicios sociales** implicados en la atención a personas mayores y personas con discapacidad que viven en sus domicilios. Lo cual **no significa otorgar el poder de las intervenciones en exclusiva a los profesionales** sino partir parte de la necesidad de un trabajo profesional interno previo para así posteriormente poder ser capaces de ofrecer intervenciones destinadas no solo a cubrir necesidades identificadas en las personas que venimos atendiendo sino a capacitarlas en la autogestión de sus cuidados y en el control de su vida cotidiana.

Para ello, propone la aplicación de la estrategia metodológica de las programaciones marco, que promueven y facilitan el proceso participativo partiendo de **propuestas iniciales diseñadas para servir de marco de partida y orientar** la concreción de las intervenciones en cada territorio.

Se ofrecen, como se ha mencionado, **dos tipos de documentos de apoyo** para quienes asistan a este proceso de planificación participativa. Un total de nueve documentos que recogen los programas de Intervención Marco (PIM) y cuatro Documentos Metodológicos y de Soporte (DMS), entre los que se incluye el presente texto.

Los **PIM** exponen una serie de intervenciones de carácter orientativo (y por tanto no definitivas) para que el conjunto de agentes implicados en

el proceso de planificación tengan un punto de partida común y contenidos que puedan nutrir y ayudar a la formulación final de las propuestas en cada territorio. Los asuntos que contemplan estos nueve programas marco han sido seleccionado teniendo en cuenta todas las cuestiones relacionadas en los apartados anteriores y relacionadas muy estrechamente con el desarrollo del modelo de atención integral centrada en la persona en contextos de apoyo en el domicilio y entorno próximo.

Los documentos PIM pretenden ser altamente operativos, por lo que además de tener estructura sencilla, ofrecen contenidos básicos y ordenados según una secuencia lógica de seis pasos de planificación, de modo que se facilite una lectura rápida y un manejo ágil por parte de los equipos.

Los DMS, por su parte, ofrecen contenidos y aportaciones que permiten conceptualizar las intervenciones así como metodologías novedosas para el desarrollo de algunas de las intervenciones básicas del proyecto *Etxean Ondo*.

Todos estos documentos aparecen relacionados en la siguiente tabla, ofreciéndose posteriormente una explicación algo más detallada.

<b>PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN MARCO (PIM)</b>
PIM-1. La atención integral centrada en la persona
PIM-2. Servicios de proximidad en el domicilio complementarios al SAD
PIM-3. Servicio de teleasistencia avanzada
PIM- 4. Apoyo a las familias cuidadoras
PIM- 5. Servicio "Acompaña"
PIM- 6. Servicios para un entorno accesible
PIM-7. Servicio promoción de la autonomía personal
PIM- 8. Servicio de participación social
PIM-9. Autocuidado y control de la propia vida
<b>DOCUMENTOS METODOLÓGICOS Y DE SOPORTE (DMS)</b>
DMS- BASE. Metodología de planificación participativa en el proyecto <i>Etxean Ondo</i>
DMS-1. La gestión de casos
DM2-2. El plan de atención y vida e instrumentos para su elaboración
DMS- 3 .El grupo de apoyo y consenso

PIM y DMS que integran el proyecto *Etxean Ondo*

## 4.2. Fases que comprende

**Planificar e intervenir conjuntamente** contando con los agentes implicados (personas usuarias, familias, profesionales, entre otros) es algo a lo que no estamos acostumbrados y, *a priori*, **no resulta algo sencillo**.

En lo que compete a los profesionales del campo sociosanitario, la coexistencia de modelos de atención diversos, currículos formativos y culturas de intervención diferentes, así como una adscripción administrativa y funcional separada son factores que pueden explicar las trabas que vienen teniendo estas apuestas.

Si ampliamos la mirada a otros profesionales y a la participación de las personas usuarias y familias, las dificultades aumentan. Expectativas diversas en relación a la atención y al cuidado, la tendencia a simplificar la atención integral en lo sociosanitario o la falta de espacios de encuentro e intercambio, añaden problemas a los procesos participativos de mirada amplia y explican, al menos en parte, la escasez de experiencias de intervención basadas en este enfoque.

Por la dificultad que entraña un proyecto de la magnitud del proyecto *Etxean Ondo* pensado desde la participación activa de los agentes, éste ha de entenderse como un **proceso abierto**, y por tanto necesariamente ha de ser **progresivo, reflexivo y elaborativo**, lo que exige ineludiblemente que se tenga la suficiente **flexibilidad** para introducir ajustes.

Se contemplan inicialmente **tres fases** para facilitar el ritmo y progreso de las iniciativas.

### **Fase 1. Información inicial sobre el proyecto y recogida de aportaciones.**

Para ello está previsto realizar en cada zona donde se va a llevar a cabo el proyecto *Etxean Ondo* un seminario informativo a los principales agentes de cada territorio.

Participantes

- Responsables políticos

- Profesionales de atención primaria de salud y servicios sociales municipales
- Movimiento asociativo de personas mayores
- Movimiento asociativo de personas con discapacidad
- Asociaciones de enfermos y de familiares
- Profesionales clave o líderes de la zona.
- Proveedores de servicios
- ONG de voluntariado
- Casas de cultura
- Centros educativos
- Agentes de igualdad y de desarrollo rural
- Profesionales participantes proyecto GRUPO MATIA
- Otros (representantes de sectores como el turístico, transporte, servicios...)

El seminario se desarrollará en cada uno de los municipios en que se implantarán las experiencias piloto y constará de una sesión monográfica en la que se hará la presentación del prediagnóstico del ámbito territorial de intervención, del contenido básico del proyecto *Etxean Ondo*, así como de los programas marco y de la metodología de planificación participativa mediante PIM. Previamente a la celebración del Seminario se habrá facilitado a los intervinientes el material básico que se va a presentar.

Tanto a lo largo del debate como con posterioridad al mismo, se invitará a los participantes a realizar aportaciones para la concreción del proyecto

## **Fase 2. Formación y trabajo conjunto de planificación de los profesionales implicados.**

Se trata de aunar culturas provenientes de los diferentes ámbitos de intervención y, fundamentalmente, entre los profesionales de atención primaria de salud y de servicios sociales, dar a conocer sistemas y ámbitos competenciales, y crear un espacio de reflexión e intercambio que permita iniciar el proceso de construcción conjunta que se requiere.

Está previsto realizar tres tipos de acciones formativas:

**1º) Seminario-taller con profesionales sobre gestión de casos y coordinación sociosanitaria en el modelo de atención integral en domicilios.**

Participantes:

- Profesionales servicios sociales municipales, incluyendo a los profesionales de referencia, relacionados con el SAD y la teleasistencia, algunos de los cuales actuarán como gestores de casos..
- Profesionales servicios salud (fundamentalmente, los miembros de los Equipos de Atención primaria), algunos de los cuales actuarán como gestores de casos.
- Proveedores de servicios (SAD, teleasistencia, productos de apoyo).
- Profesionales participantes proyecto GRUPO MATIA
- Otros....

### **2º) Talleres de coordinación sociosanitaria.**

Su objetivo es procurar un espacio de intercambio y elaboración donde se diseñen y consensuen metodologías e instrumentos para completar los PIM previamente presentados. También se profundizará sobre las estrategias de intervención y metodologías propuestas incluyendo sesiones de entrenamiento para los profesionales que asuman el rol de gestores/as de casos.

Participantes:

- Profesionales de servicios sociales municipales, sobre todo, los que vayan a actuar como gestores de casos.
- Coordinadores del SAD de de los proveedores de servicios.
- Profesionales servicios salud, especialmente, enfermeras de atención primaria, pero también de Salud Pública.
- Profesionales sanitarios de F. MATIA.
- Resto profesionales participantes proyecto GRUPO MATIA

### **3º. Curso formativo para los profesionales del SAD**

Participantes:

- Trabajadores/as del SAD del ámbito municipal y de los proveedores de servicios
- Profesionales de referencia de servicios sociales y del sistema sanitario, sobre todo, quienes vayan a actuar como gestores de casos (como docentes)
- Profesionales GRUPO MATIA

### **Fase 3ª. Redacción final de los subproyectos y programas de intervención.**

Se recogerán las aportaciones de los distintos agentes en los seminarios y en los talleres de elaboración. Es el **paso del programa de intervención marco a la concreción de las intervenciones en cada territorio.**

A partir de aquí es cuando empieza la intervención propiamente dicha a la que acompañarán sucesivas evaluaciones, acciones formativas y de acompañamiento y los oportunos ajustes en la planificación.

Además, a lo largo del proceso se contempla llevar a cabo otras acciones formativas con un doble objetivo: el intercambio de experiencias y profundizar en la formación de algunos aspectos que se considere necesario. Se desarrollarán algunas, tales como:

- Seminarios de intercambio de experiencias
  - Identificación y visibilización de Buenas Prácticas
  - Análisis de dificultades y alternativas
  - Participantes: los mismos que en las actividades formativas anteriores.
- Acciones formativas a la carta, en función de las necesidades identificadas.

### 4.3. Los Programas de Intervención Marco (PIM) del Proyecto *Etxean Ondo*.

Como se ha indicado, son documentos de trabajo para orientar el diseño definitivo de los subproyectos en los distintos territorios. Se refieren a un total de nueve programas de intervención; a continuación se enuncian algunos de sus contenidos más relevantes.

#### **PIM 1. La atención integral centrada en la persona**

- Valoración integral y puesta en valor de la persona
- Valoración de la red de apoyo y de la "carga" de los cuidados.
- Valoración de la vivienda y necesidad de productos de apoyo
- Objetivos de intervención
- Propuesta de atención según perfil de personas destinatarias
- Atención SAD
- Atención sanitaria
- Otras intervenciones para la persona
- Otras intervenciones para la familia
- Reuniones de seguimiento y revisión del PAyV
- Coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados
  - El papel del gestor del caso
  - El papel del o de la auxiliar del SAD

- El papel de enfermería de atención primaria

## **PIM 2. Servicios de proximidad en el domicilio complementarios al SAD**

- Comidas a domicilio
- Lavandería a domicilio
- Acompañamiento
- Podología
- Peluquería y estética
- Biblioteca móvil
- Coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados
  - El papel del gestor del caso
  - El papel del o de la auxiliar del SAD
  - El papel de enfermería de atención primaria
  - El papel de otros profesionales o colaboradores

## **PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada**

- Acceso al servicio y criterios de inclusión
- Actuaciones que integra en el ámbito de la salud
- Actuaciones que comprende del ámbito de los servicios sociales
- La coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados

## **PIM 4. Apoyo a las familias cuidadoras**

- Valoración situación familiar, carga cuidador/a principales y necesidades del grupo familiar
- Acompañamiento y actuaciones de apoyo (Cuidadores/as expertos/as)
- Asesoramiento individualizado
- Acciones formativas grupales
- Derivación a servicios de respiro
- Formación y apoyo en el propio domicilio desde el servicio Acompaña
- Supervisión prestación económica LAPAD para cuidados no profesionales
- Coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados

## **PIM 5. Servicio "Acompaña"**

- Acceso al servicio y criterios de inclusión
- Actuaciones que integra

- La coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados
  - El papel del gestor del caso
  - El papel del o de la auxiliar del servicio "acompaña"
  - El papel del enfermería de atención primaria
  - El papel de otros profesionales o colaboradores

#### **PIM 6. Servicios para un entorno accesible**

- Valoración vivienda
- Adaptaciones funcionales del hogar. Domótica
- Orientación sobre productos de apoyo
- Préstamo productos apoyo
- Transporte accesible
- Coordinación entre las actuaciones y los profesionales implicados

#### **PIM 7. Servicio de promoción de la autonomía personal**

- Acceso al servicio y criterios de inclusión
- La derivación desde el gestor del caso
- Profesional encargado del servicio
- Las actuaciones a llevar a cabo desde el servicio
- La coordinación entre los implicados
  - El papel del profesional del servicio
  - El profesional de referencia SS
  - El papel de otros profesionales o colaboradores

#### **PIM 8. Participación social y comunitaria**

- Acceso al servicio y criterios de inclusión
- Detección intereses y preferencias de la persona
- Información sobre recursos existentes
- Derivación a recursos existentes
- Apoyos necesarios para permitir el acceso y la participación
- La coordinación de los implicados
- Diseño de programas de participación comunitaria, en colaboración con asociaciones y agentes del municipio (talleres, actividades deportivas, intergeneracionales, voluntariado, promoción cultural, turística...)

#### **PIM 9. Autocuidado y control de la propia vida**

- Tipos de destinatarios



- Selección, elaboración y difusión de material educativo para la promoción de hábitos saludables, prevención de la dependencia y fomento de la autodeterminación.
- Experiencia grupos autogestores
- Experiencias paciente activo
- Derivación a programas formativos existentes y recursos on line
- Formación a la persona/paciente en situación de dependencia.
- Coordinación de las intervenciones y entre los profesionales implicados

Todos los PIM presentan una estructura similar. La pretensión ha sido lograr documentos orientativos de trabajo que resulten de fácil consulta y manejo.

### **Estructura de los Programas de Intervención Marco**

#### **1. El porqué del programa**

En este primer apartado se hace una breve referencia a las principales razones que justifican la existencia de cada programa propuesto.

#### **2. ¿En qué consiste este programa?**

En este epígrafe se describe de forma resumida en qué consiste el programa enumerando las principales actuaciones que comprende y, en su caso, su conexión con otros recursos o intervenciones.

#### **3. Propuestas para la planificación**

Paso 1. Definiendo los objetivos específicos

Paso 2. Identificando los grupos diana y, en su caso, los criterios de inclusión

Paso 3. Seleccionando y secuenciado las principales actuaciones

Paso 4. Seleccionando los elementos metodológicos

Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones

Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación

#### **4. Puntos clave para aportar y generar consenso**

En relación a las propuestas planteadas se señalan las principales cuestiones de especial interés para ser debatidas y consensuadas por los profesionales.

#### 4.4. Los Documentos metodológicos y de soporte (DMS) del Proyecto Etxean Ondo.

Los Documentos metodológicos y de soporte (DMS) han sido diseñados con un doble objetivo. Por un lado, presentar de un modo sintético los conceptos y aportaciones relacionadas más relevantes al asunto tratado. Por otro, indicar las estrategias metodológicas y los instrumentos considerados de mayor interés. Para ello se han seguido dos criterios:

- a) su pertinencia en relación al desarrollo en domicilios del modelo de atención integral centrado en la persona y
- b) la novedad de su aplicación, y por tanto, presumible no buen conocimiento, por parte de los profesionales.

Seguidamente se indica la estructura de cada DMS así como el enunciado de sus principales contenidos.

##### **DMS- 1. La gestión de casos**

1. El porqué de la gestión de casos
2. Conceptos básicos y principales aportaciones
  - 2.1. El acompañamiento profesional
  - 2.2. La gestión de casos y sus diversas acepciones
3. La gestión de casos en el proyecto Etxean Ondo
  - 3.1. Los dos tipos de gestión de casos
  - 3.2. Competencias del gestor/a de casos
  - 3.3. Profesionales con presencia significativa en procesos de acompañamiento
  - 3.4. Gráfico del proceso
4. Claves para el éxito
5. Para saber más

##### **DMS- 2. El plan integral de atención y vida**

1. El porqué del plan de atención y vida
2. Conceptos básicos y principales aportaciones
  - 2.1. El proyecto de vida
  - 2.2. La autonomía y el control de la propia vida

- 2.3. El Plan integral de Atención y Vida
- 2.4. La biografía
- 2.5. Las capacidades personales
- 2.6. El equilibrio entre seguridad y autonomía
3. El plan integral de atención y vida en el proyecto *Etxean Ondo*
  - 3.1. *La elaboración de PAV*
  - 3.2. *Opciones para su elaboración y realización*
  - 3.3. *Instrumentos*
    - 3.3.1. *El documento soporte*
    - 3.3.2. *Instrumentos para la valoración integral*
    - 3.3.3. *Instrumentos para facilitar una atención personalizada*
  - 3.4. *Recomendaciones sobre la confidencialidad del PAV y el uso prudente de los instrumentos*
4. Claves para el éxito
5. Para saber más

### **DMS- 3 .El grupo de apoyo y consenso**

1. El porqué del grupo de apoyo y consenso
2. Conceptos básicos y principales aportaciones
  - 2.1. Los grupos de apoyo en la atención centrada en la persona
  - 2.2. El facilitador/a del proceso
  - 2.3. Los cometidos del grupo de apoyo
  - 2.4. Soportes metodológicos para formar un grupo de apoyo
  - 2.5 Las reuniones del grupo de apoyo
3. Los grupos de apoyo y consenso en el proyecto *Etxean Ondo*
  - 3.1. Cuándo proponer y crear un grupo de apoyo y consenso
  - 3.2. Quién forma parte del grupo
  - 3.2. Quién conduce el grupo
  - 3.3. Cómo crear un grupo de apoyo y consenso
  - 3.4. Cómo organizar las reuniones
4. Claves para el éxito
5. Para saber más

### **4.5. La interrelación de las intervenciones en el territorio**

Es importante insistir en la idea que estos proyectos no pretenden ser acciones improvisadas ni aisladas. Pretenden integrarse complementando las acciones existentes o previstas en el territorio para así aunar esfuerzos, ser capaces de generar sinergias y optimizar los recursos.

Por ello, y para finalizar este documento metodológico base, en la siguiente tabla se muestra la relación de cada uno de los nueve PIM

con el resto y con los soportes metodológicos propuestos. También se enumeran los diversos proyectos estratégicos que guardan relación con estas intervenciones propuestas y que integran la Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad actualmente en marcha en la CAPV.

Tener una visión global de todo ello resulta imprescindible para concretar en cada territorio las propuestas finales de intervención del proyecto *Etxean Ondo*, y sus diferentes subproyectos.

PIM	Conecta con
<p><b>PIM 1. La atención integral centrada en la persona</b></p> <p>Se apoya en: DMS-1. La gestión de casos DMS-2. El Plan integral de atención y Vida DMS-3. El grupo de apoyo y consenso</p>	<p>PIM 2. Servicios de proximidad en el domicilio complementarios al SAD PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada PIM 4. Apoyo a las familias cuidadoras PIM 5. Servicio "Acompaña" PIM 6. Servicios para un entorno accesible PIM 7. Servicio de promoción de la autonomía personal PIM 8. Participación social y comunitaria PIM 9. El autocuidado y el control de la propia vida</p>
<p><b>PIM 2. Servicios de proximidad en el domicilio complementarios al SAD</b></p> <p>Se apoya en: DMS-1. La gestión de casos DMS-2. El Plan integral de atención y Vida</p>	<p>PIM 1. La atención integral centrada en la persona PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada PIM 4. Apoyo a las familias cuidadoras PIM 6. Servicios para un entorno accesible PIM 8. Participación social y comunitaria</p>
<p><b>PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada</b></p> <p>Se apoya en: DMS-1. La gestión de casos DMS-2. El Plan integral de Atención y Vida</p>	<p>PIM 1. La atención integral centrada en la persona PIM 2. Servicios de proximidad en el domicilio complementarios al SAD PIM 4. Apoyo a las familias cuidadoras PIM 5. Servicio "Acompaña" PIM 6. Servicios para un entorno accesible PIM 8. Participación social y comunitaria PIM 9. Autocuidado y control de la propia vida</p>
<p><b>PIM 4. Apoyo a las familias cuidadoras</b></p> <p>Se apoya en:</p>	<p>PIM 1. La atención integral centrada en la persona PIM 2. Servicios de proximidad en el domicilio complementarios al SAD</p>

<p>DMS-1. La gestión de casos</p> <p>DMS-2. El Plan integral de atención y Vida</p>	<p>PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada</p> <p>PIM 5. Servicio "Acompaña"</p> <p>PIM 6. Servicios para un entorno accesible</p> <p>PIM 9. Autocuidado y control de la propia vida</p>
<p><b>PIM 5. Servicio "Acompaña"</b></p> <p>Se apoya en:</p> <p>DMS-1. La gestión de casos</p> <p>DMS-2. El Plan integral de atención y Vida</p>	<p>PIM 1. La atención integral centrada en la persona</p> <p>PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada</p> <p>PIM 4. Apoyo a las familias cuidadoras</p> <p>PIM 6. Servicios para un entorno accesible</p>
<p><b>PIM 6. Servicios para un entorno accesible</b></p> <p>DMS-1. La gestión de casos</p> <p>DMS-2. El Plan integral de atención y Vida</p>	<p>PIM 1. La atención integral centrada en la persona</p> <p>PIM 2. Servicios de proximidad en el domicilio complementarios al SAD</p> <p>PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada</p> <p>PIM 4. Apoyo a las familias cuidadoras</p> <p>PIM 5. Servicio "Acompaña"</p> <p>PIM 7. Servicio promoción de la autonomía personal</p> <p>PIM 8. Servicio de participación social</p> <p>PIM 9. Autocuidado y control de la propia vida</p>
<p><b>PIM 7. Servicio promoción de la autonomía personal</b></p> <p>Se apoya en:</p> <p>DMS-1. La gestión de casos</p> <p>DMS-2. El Plan integral de atención y Vida</p> <p>DS-3. El grupo de apoyo y consenso</p>	<p>PIM 1. La atención integral centrada en la persona</p> <p>PIM 2. Servicios de proximidad en el domicilio complementarios al SAD</p> <p>PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada</p> <p>PIM 4. Apoyo a las familias cuidadoras</p> <p>PIM 5. Servicio "Acompaña"</p> <p>PIM 6. Servicios para un entorno accesible</p> <p>PIM 8. Participación social y comunitaria</p> <p>PIM 9. Autocuidado y control de la propia vida</p>
<p><b>PIM 8. Participación social y comunitaria</b></p> <p>Se apoya en:</p> <p>DMS-1. La gestión de casos</p> <p>DMS-2. El Plan integral de atención y Vida</p> <p>DMS-3. El grupo de apoyo y consenso</p>	<p>PIM 1. La atención integral centrada en la persona</p> <p>PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada</p> <p>PIM 6. Servicios para un entorno accesible</p> <p>PIM 9. Autocuidado y control de la propia vida</p>
<p><b>PIM 9. Autocuidado y</b></p>	<p>PIM 1. La atención integral centrada en la</p>

<p><b>control de la propia vida</b> DMS-1. La gestión de casos DMS-2. El Plan integral de atención y Vida DMS-3. El grupo de apoyo y consenso</p>	<p>persona PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada PIM 4. Apoyo a las familias cuidadoras PIM 5. Servicio "Acompaña" PIM 6. Servicios para un entorno accesible PIM 7. Servicio promoción de la autonomía personal PIM 8. Servicio de participación social</p>
<p><b>Proyectos estratégicos de la Estrategia Cronicidad Euskadi más relacionados</b></p>	<p>1. Estratificación de la población 2. Intervenciones de prevención y promoción sobre los principales factores de riesgo 3. Autocuidado y educación al paciente Paciente Activo – Paziente Bizia 4. Creación de una Red de Pacientes. Activados y Conectados a través de la adopción de nuevas tecnologías Web 2.0 por las Asociaciones de Pacientes Crónicos 8. Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería 9. Colaboración Sociosanitaria 11. OSAREAN: Centro de Servicios de Salud Multicanal 12. Desarrollo de la farmacia y la receta Electrónica 14. Innovación desde los profesionales clínicos</p>

## 5. Referencias bibliográficas

- BALTES M.M. y BALTES P.B., (1990): *Successful aging, perspectives from the behavioral sciences*, Cambridge University Press.
- BARR VJ, ROBINSON S, MARIN-LINK B, UNDERHILL L, DOTTS A, RAVENSDALE D, SALIVARAS S (2003). *The Expanded Chronic Care Model: An integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and The Chronic Care Model*. Hospital Quarterly Vol 7, nº 1.

- BENGOA R, NUÑO R (2008). Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Elsevier-Masson.
- CARRILLO E, CERVERA M, GIL V, RUEDA Y. (2010) Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Barcelona: Antares Consulting.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO DEL PAÍS VASCO. (2011) Experiencia piloto de atención sociosanitaria comunitaria en el municipio de Zarautz.
- Diputación Foral de Guipuzkoa: II Mapa Foral de Servicios Sociales de Guipuzkoa (2008-2012).
- FANTOVA, F. (2006a): "Algunos elementos para un análisis de las políticas sobre servicios sociales en el País Vasco" en Zerbitzuan, núm. 40, diciembre, pp. 7-20.
- FANTOVA, F. (2009a). Por una política social relacional y comunitaria, en [www.redparaelcambio.net](http://www.redparaelcambio.net)
- FANTOVA, F. (2009b). Marco conceptual, normativo y estratégico para una política foral de servicios sociales en Gipuzkoa, [www.fantova.net](http://www.fantova.net)
- FANTOVA, F. (2009c): Algunas pistas para una política foral en relación con la discapacidad y la dependencia a lo largo del ciclo vital, en [www.fantova.net](http://www.fantova.net)
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997): "Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales", en *Anuario de Psicología*, 73.
- GOBIERNO DEL PAÍS VASCO. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO. OSAKIDETZA (2010) Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.
- GÓMEZ J., SEPÚLVEDA D. e ISAAC M. (2003): *Reducción de la dependencia en el anciano. Servicio de Geriatría de la Cruz Roja. Madrid.*
- IMSERSO (2009): Las personas mayores en España. Informe 2008. Imsero. Madrid.

- INGEMA (2010) Estudio sobre la realidad de las personas mayores de 60 años en el País Vasco. ECVPM-Euskadi. Gobierno del País Vasco.
- JANICKI, M.P. y ANSELLO, E.F. (2000): *Community supports for aging adults with lifelong disabilities*. Brookes. New York.
- KITWOOD T, BREDIN K. (1992) A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 1(5): 41-60.
- KITWOOD T. (1997) *Dementia reconsidered: the person comes first*. Open University Press, Bucks.
- LITTLE, A. (1988): *“Psychological aspects of working with elderly clients”*. En Squires, A.J. (ed.): *Rehabilitation of the older patient*. Croom Helm. Sydney.
- LÓPEZ A, MARÍN AI, DE LA PARTE JM. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. *Siglo Cero*, 35(1), nº 210.
- MARTINEZ RODRÍGUEZ T. La atención gerontológica centrada en la persona. Una guía para la intervención profesional en servicios y centros. País Vasco: Gobierno País Vasco.
- MOOS R.H. y LEMKE S., (1979): *“Specialized living environments for older people”*, Birren JE y cols: *Handbook of the psychology of aging*. Van Nostrand Reinhold. New York.
- O.M.S. (2002): *Active Ageing*. Ginebra.
- RODRÍGUEZ, P. (2006): *El sistema de Servicios Sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*. Documento 87/2006. Fundación Alternativas.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Madrid, *Informes Portal Mayores*, nº 106. CSIC.
- RODRÍGUEZ, P. (2010): *“Intervenciones en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Hacia la definición de un modelo de calidad de vida basado en derechos y dignidad”*, en *Revista Autonomía Personal*, nº 1 (págs. 42-55).
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ P y cols (2011): *Servicios de Ayuda a Domicilio. Planificación y gestión de casos. Manual de formación para auxiliares*. Madrid, Ed. Médica Panamericana.



- SHALOCK, R.L. y VERDUGO, M.A. (2003): *The concept of quality of life in human services: a handbook for human service practitioners*. American Association on Mental Retardation. Washington D.C.
- VERDUGO, M.A., dir. (2006): *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad*. Salamanca, Amarú Ed.
- VV.AA. *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. (2005) Madrid: IMSERSO.
- WAGNER, E H (1999) "Care of Older People with Chronic Illness." In E. Calkins, C. Boulton and E. H. Wagner, eds., *New Ways to Care for Older People: Building Systems Based on Evidence*. (39-64) New York: Springer.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*.

## PROYECTO ETXEAN ONDO

### Documentos Metodológicos y de Soporte

#### DMS-1. La gestión de casos

1. El porqué de la gestión de casos
2. Conceptos básicos y principales aportaciones
  - 2.1. El acompañamiento profesional
  - 2.2. La gestión de casos y sus diversas acepciones
3. La gestión de casos en el proyecto *Etxean Ondo*
  - 3.1. Los dos tipos de gestión de casos
  - 3.2. Competencias del gestor/a de casos
  - 3.3. Profesionales con presencia significativa en procesos de acompañamiento
  - 3.4. Gráfico del proceso
4. Claves para el éxito
5. Para saber más

## 1. El porqué de la gestión de casos

**La gestión de casos** es una metodología clave dentro del proyecto **Etxean Ondo** porque:

- 👉 Es una estrategia válida para avanzar en la atención próxima, personalizada y de continuidad a personas mayores en situación de fragilidad, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia. Es, por tanto, una estrategia de interés, tanto para la intervención social como para la coordinación sociosanitaria.
- 👉 Supone un proceso de intervención clave con acción transversal a diferentes intervenciones sociales y sociosanitarias incluidas en este proyecto piloto y que facilita el trabajo en red.
- 👉 Entendido como una relación profesional de ayuda, busca, al tiempo de ofrecer la más adecuada atención, la promoción de la autonomía de la persona y la integración social de ésta, dando apoyo también a su grupo familiar, en sintonía con los principios que rigen el modelo de atención centrada en la persona.
- 👉 Desde el ámbito sanitario, la gestión de casos es una metodología validada en distintos modelos de atención a personas con enfermedades crónicas de alta complejidad clínica para el éxito de las intervenciones que buscan la atención integral, integrada y de continuidad.
- 👉 Desde el ámbito de los servicios sociales, la gestión de casos viene siendo aceptada como una metodología adecuada para realizar un acompañamiento pedagógico y de apoyo al proyecto de vida de la persona con necesidad de apoyos y, en su caso, al grupo familiar. La experiencia que ya existe en la práctica de la intervención social de aplicación de este método, especialmente en infancia, atención temprana y en casos de exclusión social, puede resultar de utilidad para aplicarla también en casos en que, por cuestiones de discapacidad o dependencia, se requieren diferentes niveles de intervención, trazando un itinerario de atención personalizada integral que facilite el acceso a los servicios, recursos y prestaciones que se requieran en cada momento del proceso.

- 👉 Es oportuno facilitar el intercambio, el aprendizaje mutuo y la convergencia de conocimiento, experiencias y miradas que desde el ámbito sanitario y social se plantean y se vienen desarrollando sobre la metodología de gestión de casos cuando nos ocupan las necesidades de atención sociosanitaria de las personas.
- 👉 Cuando en el proceso de intervención participan distintos profesionales y se añaden distintas intervenciones, el caso se torna más complejo y crece la necesidad de una gestión del mismo donde alguien asuma la responsabilidad sobre la intervención, coordine a los implicados y haga posible una respuesta cercana desde la observación de la situación así como desde la escucha a las preferencias de la persona o grupo familiar.

## 2. Conceptos básicos y principales aportaciones

### 2.1. El acompañamiento profesional

En la intervención social, entendemos el acompañamiento profesional como una relación de ayuda a quienes por cuestiones personales, sociales o de salud necesitan de forma temporal o permanente apoyo técnico para seguir controlando y dirigiendo su proyecto de vida y para realizar las actividades de la vida diaria que las personas adultas solemos asumir de forma autónoma e independiente.

El acompañamiento busca garantizar una atención integral, continuada y personalizada desde el respeto a la dignidad de la persona y la búsqueda de su empoderamiento y autodeterminación, reconociendo además que éste es interdependiente de los otros (familia, amigos/as, profesionales) que, a su vez, tienen un papel clave como apoyos y promotores de su autonomía.

### 2.2. La gestión de casos y sus diversas acepciones

La gestión de casos es un enfoque de trabajo que tiene variadas acepciones. Dependiendo de sus objetivos y del ámbito de aplicación, su conceptualización y definiciones son diversas. Si bien no responde a un modelo uniforme, cabe subrayar las características y elementos comunes que se aprecian en los diferentes desarrollos dentro del ámbito de la atención sociosanitaria:

- Otorgan a la persona un lugar central y asumen la necesidad de una atención personalizada
- Pretenden lograr la continuidad de las intervenciones y/o los cuidados entre los distintos dispositivos, sistemas y profesionales.
- Incorporan la presencia de un coordinador/a o gestor/a del caso, figura clave para permitir tanto un adecuado seguimiento como la imprescindible cooperación dentro de la red de recursos sociales y sanitarios. En este sentido, suelen distinguir la figura del gestor/a del caso, diferenciándola de los distintos profesionales de referencia (consultar el apartado 3.3. de este mismo documento donde se profundiza en este asunto), que, eventualmente, pueden coexistir cuando la persona accede a varios sistemas o recursos de atención.
- Apuestan por el diseño de planes personalizados de atención donde, a modo de contrato entre usuarios y sistemas, se establecen

objetivos, actuaciones y seguimiento/evaluación de las intervenciones profesionales.

Las aproximaciones conceptuales que se han realizado desde el ámbito sanitario y desde los servicios sociales, aunque tienen elementos comunes, no son coincidentes.

Desde el ámbito sanitario, la Case Management Society of America define la gestión de casos como “el proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, facilitan, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponible para promover resultados de calidad y costo-efectivo” .

Desde la visión sanitaria, existe un importante acuerdo en circunscribir a la metodología de gestión de caso exclusivamente los casos de mayor complejidad clínica (Modelo Cronicos, Pirámide Kaiser, etc.), donde un profesional (habitualmente el enfermero/a) actúa como gestor de casos.

Desde el ámbito de los servicios sociales, la gestión de casos suele hacer referencia al conjunto de personas usuarias que precisan de intervención social desde el concepto de acompañamiento social con el propósito de ofrecer asesoría personalizada permanente y un itinerario de apoyos, prestaciones y servicios para lograr el mayor grado posible de independencia, de autonomía (apropiación y control de su proyecto de vida), e integración social. En este sector, en ocasiones esta figura profesional es denominada también como Coordinador/a de casos.

“Cuando hablamos de gestión o gerencia de caso, nos referimos a la coordinación integral de la atención a una destinataria o destinatario, en nuestro caso, dentro del sistema de servicios sociales y, deseablemente, también con otros sistemas. Hablar de gestión de caso supone hablar de un profesional de referencia y, normalmente, de un contrato (o una red de contratos) de relación e intervención entre profesional (o profesionales) y destinatarias o destinatarios. En la gestión de caso incorporamos “el 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” (Fantova F, 2006).

Una definición más general es la emitida por Intagliata (1982), según la cual la gestión de casos se enuncia como “un proceso o método dirigido a garantizar que se proporcionan al consumidor cualesquiera servicios que necesite, de forma coordinada, efectiva y eficiente”.

Por su parte, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI, 2008) realizó una propuesta referida a los servicios de promoción de la autonomía personal (SEPAD), con el fin de orientar su creación, implantación y desarrollo por parte de las Administraciones Públicas. En este documento se contiene su conceptualización, que resulta ser bastante coincidente las referidas a la gestión de casos. Se señala como fin de los SEPAD, “disponer y ordenar los recursos, apoyos y asistencias de toda índole que contribuyan a incrementar eficazmente, hasta el máximo grado posible, la autonomía y la vida independiente de las personas en situación de dependencia o necesidades de apoyo para su autodeterminación”.

### 3. La gestión de casos en el proyecto *Etxean Ondo*

#### 3.1. Los dos tipos de gestión de casos

En el proyecto *Etxean Ondo*, la gestión o coordinación de casos hace referencia al modo en que se concreta el acompañamiento por parte de un profesional a cada una de las personas atendidas por los servicios de atención domiciliaria y de apoyo en el entorno en cualquiera de sus modalidades desde un modelo de atención integral centrada en la persona.

Con ello, además, se pretende mejorar la continuidad de la atención, la coordinación de los servicios, la eficacia y eficiencia de las intervenciones y de los recursos profesionales implicados en la atención de las personas.

Por ello, en el proyecto *Etxean Ondo*, diferenciamos dos tipos de acompañamiento: la gestión de casos en la intervención social (coordinación de casos, en otra denominación) y la gestión de casos sociosanitarios. En ambos casos el objetivo general es el mismo: favorecer la permanencia de la persona en su hogar en las mejores condiciones, mediante la aplicación del modelo de atención integral centrada en la persona, como medio para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva (Rodríguez, 2010).

En cuanto a los criterios de inclusión para participar en el proyecto piloto con gestión de casos, se propone en el proyecto, de manera genérica y sin asociar aún criterios convenientes al ámbito sanitario, una tipología en la que se contemplen variables como las siguientes:

- Personas mayores con grados de dependencia III, niveles 2 y 1 y prestación de la LAPAD (doble de mujeres que hombres, con deterioro cognitivo y sin deterioro, con familia cuidadora cercana, compatible con cuidadora empleada, preferiblemente inmigrante). La mitad de los casos con servicio de ayuda a domicilio (SAD) y teleasistencia y/o centro de día. Los restantes, casos de personas que reciben la prestación económica por cuidados en el entorno familiar, con o sin apoyo de servicios.



- Personas mayores con grados de dependencia II, niveles 2 y 1 y prestación de la LAPAD, con las mismas variables que en el apartado anterior.
- Personas mayores en situación de fragilidad o dependencia sin prestaciones de la LAPAD. (doble de mujeres que de hombres). La mayoría de ellas viviendo solas, pero contemplando también situaciones en las que se cuenta con apoyo familiar y otros casos sin familia cercana. Reservar también algunos casos de personas que viven en pareja o con hijos.
- Personas jóvenes y adultas con discapacidad (mayoría con discapacidad intelectual con diferentes rangos de edad, especialmente, de 16-20 años y mayores de 50). También se incluirán casos de personas con discapacidad física y grave afectación y algunos con discapacidades mixtas –parálisis cerebral, etcl. En cuanto al rango de edad, se contemplarán casos de jóvenes (de 16-20 años), otros de mediana edad (alrededor de 40) y otras mayores de 55). Se contemplará una proporción de personas con Grados de dependencia III o II, niveles 2 y 1 y prestaciones LAPAD en forma de servicios tradicionales (SAD, Centro Ocupacional, prestación económica para cuidados en el entorno....)
- Personas jóvenes o adultas con discapacidad con o sin valoración de dependencia, que tengan asistente personal.

Vemos, a continuación, para cada uno de los dos tipos de gestión de casos referidos, el perfil de personas usuarias y la figura profesional que realiza el acompañamiento.

#### A. Gestión de casos desde la intervención social: objetivos, perfil de personas destinatarias, criterios de inclusión y figura profesional.

##### **Objetivos específicos**

- ✓ Desarrollar la figura del profesional de referencia en servicios sociales incluida en la ley de Servicios Sociales de la CAPV.
- ✓ Proporcionar un profesional que se encargue de la valoración, acompañamiento y evaluación de cada caso, de manera personalizada.

- ✓ Coordinar la elaboración y seguimiento del plan de atención y vida de las personas usuarias, de manera que se asegure la coordinación y accesibilidad a los diferentes servicios, recursos y actuaciones que deben ponerse en juego.
- ✓ Apoyar el proceso de participación efectiva que deben tener en los planes de atención y vida las personas usuarias y, en su caso, sus familias.
- ✓ Coordinar la actuación de los diferentes profesionales que intervienen en la atención social en el domicilio.

### **Perfil de personas destinatarias y criterios de inclusión**

Dado el carácter piloto del proyecto *Etxean Ondo*, los casos vendrán seleccionados atendiendo a razones de perfil pero también metodológicas (requisitos de investigación).

Todos los casos que se seleccionen entre los que reúnan los criterios de inclusión predefinidos en el proyecto (según el número y estratificación que, por motivos metodológicos, se determine) y que no resulten elegibles como casos de atención sociosanitaria.

Nota: Los criterios específicos de inclusión están pendientes de definir por ser un punto a debatir y consensuar en el proceso de planificación participativa.

### **¿Quién es el gestor/a de casos de intervención social?**

Se propone que sea el profesional de referencia de servicios sociales municipales. Puede asumir este papel, con carácter general, el trabajador/a social, aunque es preciso tener la flexibilidad suficiente para poder otorgar el papel a otros profesionales, tanto al inicio de la recepción del caso, como en su posterior evolución en función de las características de la intervención y de las preferencias de la persona

### **Ratio casos por gestor/a**

Se propone/a alrededor de 15/20 casos por gestor/a

## **B. Gestión de casos desde la atención sociosanitaria: objetivos, perfil de personas destinatarias, criterios de inclusión y figura profesional.**

### **Objetivos específicos**

- ✓ Proporcionar un profesional que se encargue de la valoración, acompañamiento y evaluación de cada caso de manera personalizada.
- ✓ Coordinar la elaboración y seguimiento del plan de atención y vida de las personas usuarias, de manera que se asegure la coordinación y accesibilidad a los diferentes servicios, recursos y actuaciones que deben ponerse en juego.
- ✓ Apoyar el proceso de participación efectiva que deben tener en los planes de atención y vida las personas usuarias, y en su caso, sus familias.
- ✓ Coordinar la actuación de los diferentes profesionales que intervienen en la atención social y sanitaria en el domicilio.

### **Perfil de personas destinatarias y criterios de inclusión**

Dado el carácter piloto del proyecto *Etxean Ondo*, los casos vendrán seleccionados atendiendo a razones de perfil pero también metodológicas (criterios de investigación).

En relación a los grupos diana se siguen las propuestas de estratificación de la población recogida en los modelos anteriormente citados (MCC, Kaiser, etc), limitando la gestión de casos a personas de cierta complejidad de atención sanitaria, pero encuadrados en los criterios de inclusión propuestos (personas mayores de 65 años y personas adultas menores de esa edad con discapacidad y situación de dependencia).

### **Propuestas de criterios**

Nota: Los criterios específicos de inclusión están pendientes de definir por ser un punto a debatir y consensuar en el proceso de planificación participativa.

## ¿Quién es el gestor/a de casos sociosanitario?

El gestor/a de casos será un enfermero/a o un trabajador/a social. El motivo de la duplicidad en este caso viene justificado, al menos en parte, por objetivos de investigación dirigidos a conocer el ajuste de estos dos perfiles profesionales en función de la tipología de casos atendidos.

### **Ratio casos por gestor/a**

Se propone/a alrededor de 15/20 casos por gestor/a

## 3.2. Competencias del gestor/a de casos

Las competencias profesionales del gestor/a de casos abarcan distintas actuaciones que pueden ser agrupadas según tres fases del proceso: a) acogida y valoración inicial, b) elaboración del Plan de Atención y Vida, y c) apoyo al desarrollo del plan, incluyendo la coordinación de las actuaciones profesionales implicadas en el mismo.

Cuando se trate de un caso que ha sido previamente objeto de valoración, para medir grado y nivel de dependencia, según el baremo utilizado para acogerse a las prestaciones de la Ley de promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), naturalmente, la evaluación posterior tendrá en cuenta y partirá de las dimensiones ya evaluadas a ese objeto.

A continuación se enuncian las distintas actuaciones del gestor/a de casos según estas tres fases del proceso de gestión del caso.

### **1ª fase. Acogida y valoración inicial del caso**

- Recepción de la información y valoraciones técnicas que pueda haber de manera preexistente, de manera especial, casos que ya tienen valoración de dependencia.
- Valoración inicial (o complementaria) de las necesidades de la persona en el domicilio.
- Valoración del apoyo familiar y, en su caso, de la "carga" del cuidador/a principal, también en el domicilio.

- Valoración del entorno para evaluar las características de la vivienda, utilizando criterios de accesibilidad y la necesidad de productos o soluciones de apoyo.
- Valoración de la calidad y cantidad de las redes sociales de la persona y grado de aislamiento o soledad.
- Valoraciones complementarias, si se precisan, de otros profesionales (salud y servicios sociales).
- Información básica a la persona (y/o en su caso a la familia) sobre el proceso de gestión de casos.
- Información a la persona (y/o en su caso a la familia) sobre las prestaciones y servicios existentes en la zona de intervención.
- Información y elección sobre el modo de elaboración y de participación en el Plan de Atención y Vida (PAyV).

## **2ª fase. Elaboración del Plan de Atención y Vida**

- Constitución del grupo de apoyo y consenso (estrategia opcional)
- Elaboración del PAyV (utilizando soporte documental correspondiente)
- Reuniones de seguimiento y revisión del PAyV

Para obtener más información, consultar otros DMS donde se desarrolla este asunto:

- DMS-1. El plan de atención y vida
- DMS-3. El grupo de apoyo y consenso

## **3ª fase. Apoyo al desarrollo del Plan de Atención y Vida**

Esta fase del proceso de gestión del caso, incluye, a su vez tres competencias básicas:

- El asesoramiento al grupo convivencial para el cumplimiento de lo acordado en el PAYV.
- La supervisión del cumplimiento del PAyV

- La coordinación de las actuaciones de los profesionales implicados en la atención.

Es quizás, la coordinación de actuaciones y profesionales, la competencia más compleja y que hace necesaria la presencia de un único profesional asumiendo la tarea de coordinar al conjunto de actores implicados (profesionales, persona usuaria, grupo convivencial, entre otros)

El Gestor o gestora del caso ha de ser quien permanece en contacto y coordina las actuaciones del conjunto de profesionales que intervienen en el PAyV consensuado, así como las acciones, compromisos y apreciaciones de la persona usuaria, del grupo de apoyo y consenso (si se ha optado por su constitución) o del grupo familiar o convivencial.

En lo que compete exclusivamente a la coordinación técnica, en la siguiente tabla se recogen los diferentes profesionales con los que el gestor/a ha de mantener coordinación. Se apuntan también posibles formas de coordinación a determinar según el tipo de actuaciones implicadas y la intensidad requerida del contacto.

<b>Profesionales</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Coordinadores/as del proyecto Atención Integral Centrada en la persona en SAD</li><li>• Profesionales SAD</li><li>• Profesionales servicio teleasistencia</li><li>• Profesionales servicios domicilio complementarios SAD<ul style="list-style-type: none"><li>○ Profesionales dispensación servicios</li><li>○ Voluntarios/as servicio acompañamiento</li></ul></li><li>• Cuidadores prestación económica LAPAD<ul style="list-style-type: none"><li>○ Cuidadores no profesionales (familiares).</li><li>○ Cuidadores no profesionales (empleadas de hogar)</li><li>○ Asistente personal</li></ul></li><li>• Profesionales salud<ul style="list-style-type: none"><li>○ Médico/a atención primaria</li><li>○ Enfermería atención primaria</li></ul></li><li>• Profesionales Servicio "Acompaña"</li><li>• Profesionales Servicios entorno Accesible<ul style="list-style-type: none"><li>○ Valoración vivienda</li><li>○ Préstamo Productos Apoyo</li><li>○ Transporte accesible</li></ul></li><li>• Profesionales programas apoyo familias</li><li>• Profesional Servicio Promoción Autonomía Personal</li><li>• Profesionales Experiencias autocuidado y control propia vida</li><li>• Profesionales Servicio participación social</li><li>• ...</li></ul>
<b>Modos de coordinación</b>

Contacto telefónico  
Contacto correo electrónico  
A través del servicio de teleasistencia  
Reuniones periódicas  
Fichas incidencias y seguimiento  
Informes de derivación  
Informes seguimiento  
Reuniones conjuntas de varios profesionales  
...

### 3.3. Profesionales con presencia significativa en el proceso de acompañamiento

En el proceso de acompañamiento que demandan las atenciones sociosanitarias se vienen utilizando distintas denominaciones. En el caso de las figuras procedentes del ámbito sanitario es frecuente términos como el/la gestor/a de casos (habitualmente asumido por la enfermero/a gestor/a de atención primaria, enfermero/a comunitaria o enfermero/a de enlace) mientras que en el caso de la intervención social se suele utilizar tanto la denominación gestor/a de caso como la de coordinador/a de caso.

Cabe destacar que ambas figuras, aún existiendo diferencias en el contenido de algunas de sus competencias, tienen en común el asumir la interlocución con la persona y familia y la coordinación del conjunto de intervenciones requeridas para una atención integral y continuada.

Debido a la existencia de diversas denominaciones, y en aras a evitar confusiones terminológicas, se considera importante clarificar las denominaciones de los profesionales que pueden tener una especial implicación en el acompañamiento del caso, según son entendidas en el proyecto *Etxean Ondo*. A estos efectos, se distinguen tres grupos o tipologías de profesionales con especial implicación en este proceso de acompañamiento:

#### a) El/la gestor/a del caso en el proyecto *Etxean Ondo*

Es el profesional que asume la coordinación del caso, y las competencias señaladas anteriormente, en todo el proceso de atención. Como se indicaba inicialmente, pueden existir dos tipologías de casos objeto de gestión/coordinación: los casos de atención social o los de atención sociosanitaria.

Las figuras contempladas para asumir la gestión del caso son:

- a) Trabajador/a Social de Servicios Sociales Municipales (tanto para casos de atención sociosanitaria como para casos de atención social). Coincide con la figura determinada en la ley como profesional de referencia en Servicios Sociales.
- b) Enfermero/a de atención primaria de salud (para los casos de atención sociosanitaria).

## b) El /la profesional de referencia en Servicios Sociales

Es la figura del profesional de referencia en el sistema Servicios Sociales, según se contempla en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales de la CAPV. Cabe destacar que según se recoge en esta normativa, dicha figura puede ser:

- **Un profesional de Servicios Sociales Municipales.** Inicialmente un/a trabajador/ social de base.
- **Derivado.** Otro profesional del sistema de servicios sociales, derivado desde servicios sociales municipales, para asumir la coordinación del caso, dado el carácter más especializado de su intervención.

En relación al proyecto *Etxean Ondo* cabe destacar que el profesional de referencia de servicios sociales:

- a) Puede coincidir con el gestor /a del caso designado en el proyecto, cuando la figura recae en un/a trabajador/a social municipal.
- b) Puede coexistir con el gestor/a del caso designado en el proyecto, cuando esta figura recae en la figura de una enfermera de atención primaria. En este caso el profesional de referencia delegará sus competencias de gestión del caso pero permanecerá manteniendo contacto con el gestor/a asignado y estando al día de la información fundamental del mismo.

## c) Otros profesionales

Puede ser adecuado que en el curso del proceso de atención integral centrada en la persona otros profesionales de otros recursos o sistemas se impliquen de forma especial para garantizar una adecuada atención integral trazada desde la cooperación entre profesionales y sistemas. O incluso asuman la labor principal de gestión del caso cuando los objetivos de intervención así lo aconsejen (personas con discapacidad, por ejemplo) En este sentido cabe citar figuras profesionales como:



- **Enfermero/a atención primaria.** Es el profesional encargado de las competencias de atención primaria de salud para la persona usuaria y su familia cuidadora. Tanto el caso sea objeto de gestión de tipología 1 (atención social SAD) como tipología 2 (atención sociosanitaria), los gestores/as de los casos deberán mantener la oportuna coordinación con el/la enfermera asignada desde atención primaria para la atención de la persona.
- **Profesional del Servicio Promoción Autonomía personal.** Es el profesional, que, en los casos donde el desarrollo personal en ámbitos laborales, de formación profesional y de vida independiente requiera un mayor impulso (personas jóvenes o adultas con discapacidad), asumirá las tareas básicas de gestión del caso. Por ello, en este caso se trata de una figura que asumirá la gestión principal del caso tras una derivación del primer gestor/a asignado.
- **Profesional referencia en Centro de día o centro residencial.** Se trata del profesional de referencia en el centro al que se le ha asignado la interlocución con la persona, la familia y los profesionales de otros recursos. En este caso, no se trata, como en el anterior, de una derivación de la gestión del caso, sino de entender que estas figuras tienen una especial relevancia cuando la persona es atendida por otros recursos, y por tanto se hace preciso una adecuada coordinación con ellos.
- **Otros...**

## Ejemplos

**a) Nerea,** una enfermera de atención primaria es la gestora del caso de Mariana, una señora de 89 años, grado dependencia 3-2, con frecuentes descompensaciones clínicas derivadas de su diabetes e insuficiencia cardiaca, y que vive con su hija. El caso ha sido tipificado como gestión de caso tipo 2 de atención sociosanitaria del proyecto *Etxean Ondo*.

En este caso Nerea asume las competencias relacionadas con la elaboración y desarrollo del plan de atención y vida, entre las que figura especialmente la coordinación de actuaciones con:

- Profesional referencia Servicios sociales (Trabajadora social SS Municipales)
- Enfermera de atención primaria encargada de la atención sanitaria
- Auxiliares del SAD
- Familia de Marina

- Cuidadores pagados por la familia

**b) Miriam**, una trabajadora social de servicios sociales municipales es la gestora del caso de Ramón, un señor de 75 años, grado dependencia 1-2, que viven solo en su casa y precisa de apoyos leves. El caso ha sido tipificado como gestión de caso tipo1 de atención social del proyecto *Etxean Ondo*.

En este caso Miriam asume las competencias relacionadas con la elaboración y desarrollo del plan de atención y vida, entre las que figura especialmente la coordinación de actuaciones con:

- Auxiliares del SAD
- Auxiliar referencia centro de día donde acude el usuario tres veces por semana
- Voluntarios que acompañan dos días por semana a Ramón
- Hijo que vive en localidad cercana

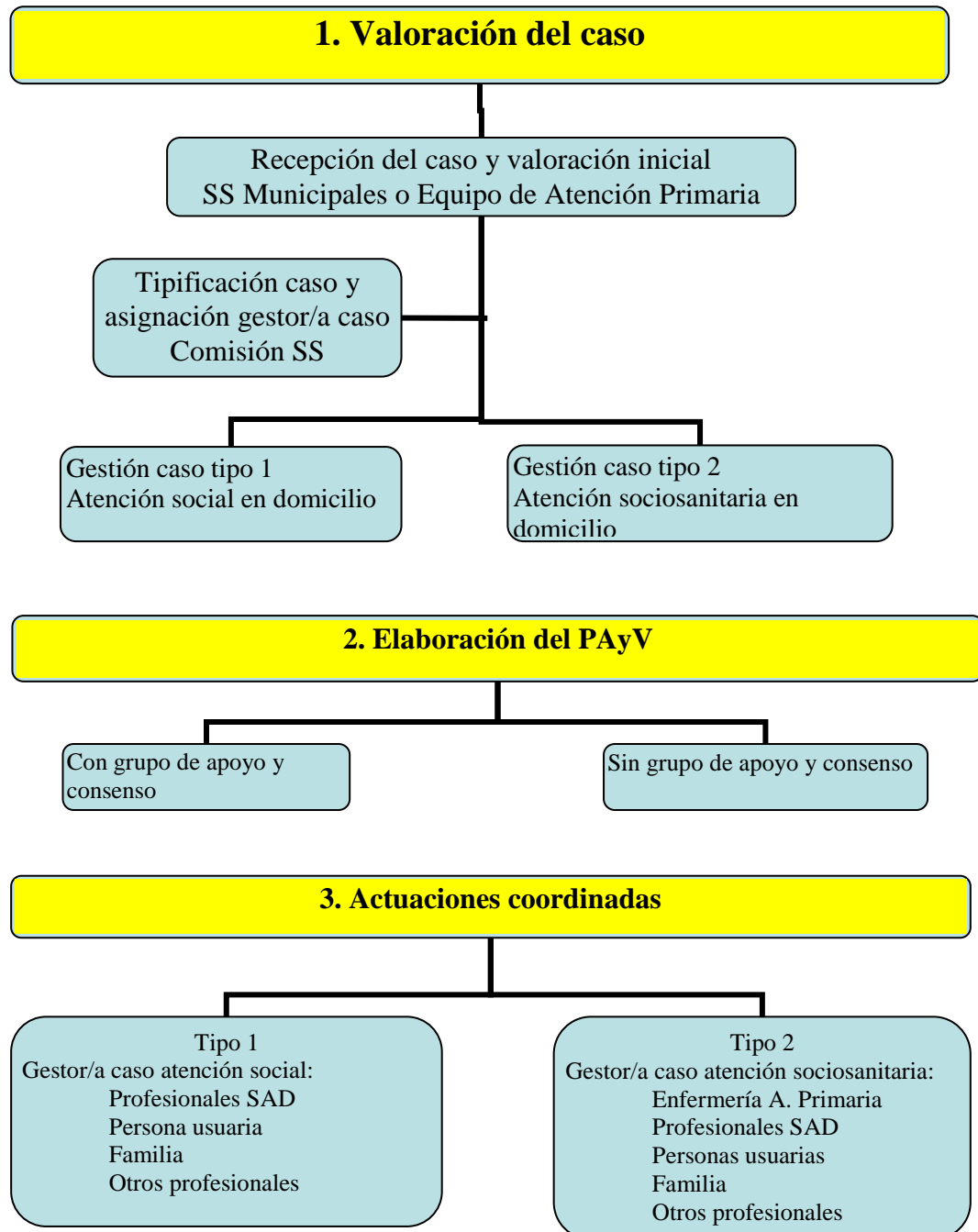
**c) Igor**, psicólogo responsable del servicio de promoción de la autonomía personal actúa como gestor de caso de Amaia, una joven de 25 con discapacidad intelectual, grado dependencia 2-1.

Inicialmente el caso estaba coordinado por la trabajadora social municipal, pero viendo la importancia que adquirirían objetivos vinculados a una gestión más especializada relacionados con desarrollo laboral y social, se decidió que Igor asumiera la gestión del caso.

Igor asume las competencias relacionadas con la elaboración y desarrollo del plan de atención y vida, entre las que figura especialmente la coordinación de actuaciones con:

- Profesional referencia Servicios Sociales Municipales
- Asistente personal
- Educador referencia centro especial de empleo donde acude a diario
- Otros profesionales relacionados con actividades formativas y de promoción laboral
- Grupo de apoyo constituido por: madre, hermano, educador

### 3.4. Grafico del procedimiento



## 4. Claves para el éxito

### Claves relacionadas con el modelo de atención centrada en la persona

- ☺ No olvidar que en el proceso de gestión de casos el papel activo de la persona (si no es competente, de quien asuma su representación) es un elemento sustantivo de esta nueva forma “de hacer” y, por tanto, irrenunciable.
- ☺ Tener claro que la autodeterminación también se dirige a las personas no competentes para la toma de decisiones en su cuidado. Se trata de un ejercicio indirecto o mediado por otros (familia, profesionales) utilizando estrategias que permitan acercarse al estilo y preferencias de la persona.
- ☺ Fijarse y partir de las capacidades y fortalezas de la persona y no solo en las dificultades, limitaciones y patologías.
- ☺ Recordar que hablar de Plan de atención y vida va más allá de proporcionar cuidados sanitarios o cuidados personales. Se trata de atender necesidades, reconocer derechos, respetar preferencias y decisiones. En suma: apoyar el desarrollo de proyectos de vida, para lo que es necesario formarse en aspectos como independencia/autonomía, lo privado, lo cotidiano y lo íntimo, la confidencialidad, etc.

### Claves organizativas

- ☺ Admitir el papel del gestor de casos, facilitando que éste actúe de coordinador del resto de profesionales y sea la persona de referencia en el proceso para la persona usuaria, la familia y el resto de profesionales.
- ☺ Clarificar y explicitar las competencias de los distintos profesionales en el Plan de Atención y Vida.
- ☺ Lograr canales de comunicación y de coordinación eficientes.
- ☺ Revisar la planificación, la organización de las actuaciones y realizar los ajustes que sean precisos, teniendo claro que ello es un proceso lógico y positivo.

## Claves actitudinales

- ☺ La polivalencia y el freno a los corporativismos (el objetivo es la persona no la defensa de competencias profesionales).
- ☺ La madurez personal y profesional ante el cambio de rol profesional del gestor/a de casos: del rol prescriptor a la orientación, facilitación, y provisión, coordinación y evaluación de apoyos.
- ☺ La flexibilidad en el proceso para realizar ajustes precisos.
- ☺ Practicar la escucha activa y la empatía en la relación de ayuda, fomentando factores como la asertividad y el incremento de la autoestima.

## 5. Para saber más

### Bibliografía consultada para la elaboración del DMS

Nota: Con un asterisco y en negrita se destacan los documentos en español consultados que, por su carácter aplicado, resultan de especial interés en relación a la Gestión de casos.

BENGOA R, NUÑO R (2008). Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Elsevier-Masson.

CARRILLO E, CERVERA M, GIL V, RUEDA Y. (2010) Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Barcelona: Antares Conulting.

CASADO D. (COORDINADOR) (2009) Gestión de caso y métodos afines en servicios sanitarios y sociales. Políticas sociales en europa. Barcelona: Editorial Hacer.

CERMI (2008):: Propuesta de modelo de Servicio de Promoción de la Autonomía Personal, Colección Telefónica Accesible, nº 8.

DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO DEL PAÍS VASCO. (2011) Experiencia piloto de atención sociosanitaria comunitaria en el municipio de Zarautz.

FANTOVA F. (2006) Gestión de casos y trabajo en red. Notas tras una sesión de trabajo con el IRSE, realizada en Vitoria-Gasteiz el 23 de junio de 2006.

FANTOVA F. Nota sobre acompañamiento social y autonomía personal. (2009) EN: Casado D. (coordinador) Gestión de caso y métodos afines en servicios sanitarios y sociales. Políticas sociales en Europa. Barcelona: Editorial Hacer.

FANTOVA, F. (2008) Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas. Cuadernos de Derechos Humanos, Número 49. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto.



GOBIERNO DEL PAÍS VASCO. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO. OSAKIDETZA (2010) Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.

GONZÁLEZ POSADA F. Una mirada al modelo andaluz de gestión de casos. (2010) Presentación realizada en mayo del 2010 en Jornadas organizadas por Servicio Murciano de Salud.

MARTINEZ RODRÍGUEZ T. La atención gerontológica centrada en la persona. Una guía para la intervención profesional en servicios y centros. País Vasco: Gobierno País Vasco (en prensa).

RIMBAU C. La gestión de caso: aproximaciones en España. EN: Casado D. (coordinador) Gestión de caso y métodos afines en servicios sanitarios y sociales. Políticas sociales en Europa. Barcelona: Editorial Hacer.

**\* RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ P Y VALDIVIESO, C (2006): Servicios de Ayuda a Domicilio. Planificación y gestión de casos. Manual de formación para auxiliares. Madrid, Ed. Médica Panamericana.**

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. CSIC.

SARABIA A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional (2007). Abendua.

**\* SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. (2007) Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria**

## PROYECTO ETXEAN ONDO

### Documentos Metodológicos y de Soporte

## DMS-2. El Plan Integral de Atención y Vida. Concepto, método e instrumentos.

1. El porqué del Plan Integral de Atención y Vida
2. Conceptos básicos y principales aportaciones
  - 2.1. El proyecto de vida
  - 2.2. La autonomía y el control de la propia vida
  - 2.3. El Plan de Atención y Vida
  - 2.4. La biografía
  - 2.5. Las capacidades personales
  - 2.6. El equilibrio entre seguridad y autonomía
3. El Plan Integral de Atención y Vida en el proyecto Etxean Ondo
  - 3.1. La elaboración de PAyV
  - 3.2. Opciones para su elaboración y realización
  - 3.3. Instrumentos
    - 3.3.1. El documento soporte
    - 3.3.2. Instrumentos para la valoración integral
    - 3.3.3. Instrumentos para facilitar una atención personalizada
  - 3.4. Recomendaciones sobre la confidencialidad del PAyV y el uso prudente de los instrumentos
4. Claves para el éxito
5. Para saber más



## 1. El porqué del Plan Integral de Atención y Vida

*El Plan Integral de Atención y Vida* es un DMS incluido del proyecto piloto *Etxean Ondo* porque:

- 👉 Es la **concreción del modelo** que sustenta el proyecto *Etxean Ondo*, consistente en la obtención de **mejoras en todas las dimensiones de la calidad de vida** de la persona, partiendo de su **dignidad y derechos** contando con su **participación efectiva**.
- 👉 El modelo de atención integral centrada en la persona supone un **salto cualitativo** de los clásicos planes de cuidados o de atención individualizada ya que basa y organiza las intervenciones técnicas desde la idea del apoyo al desarrollo de los proyectos de vida de cada persona.
- 👉 Es el instrumento clave que coordina las actuaciones en apoyo al proyecto de vida de cada persona posibilitando, disponiendo y organizando los apoyos que se requieren para promover **su independencia para realizar las AVDs y su autonomía en la toma de decisiones sobre su cuidado**.
- 👉 Da importancia a la **biografía** de la persona, a sus preferencias, a sus **capacidades**, a sus **oportunidades de autogestión de la vida cotidiana**, así como a los **apoyos** que se para permitir ésta se requieren.
- 👉 Es un instrumento que favorece el **diálogo y consenso** entre la persona usuaria, la familia y los profesionales que intervienen en la atención a lo largo del tiempo. Se convierte en una hoja de ruta consensuada.

## 2. Conceptos básicos y principales aportaciones

Intervenir desde un modelo de atención integral centrada en la persona significa que **se atienden de manera global, integrada y continuada las necesidades derivadas de la situación de dependencia de las personas, apoyando que éstas se apropien al máximo de sus proyectos de vida.** Revisaremos brevemente algunos conceptos importantes relacionados que sustentan el abordaje de la atención centrada en la persona.

### 2.1. El proyecto de vida

A lo largo de nuestra vida, todas las personas vamos construyendo nuestro propio proyecto de vida. Viene marcado por nuestra experiencia y biografía, pero también por nuestra situación actual, nuestras expectativas de futuro y por los apoyos con que contamos.

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).

Cada persona, por tanto, tiene su propio proyecto vital y éste además varía, según el **momento del ciclo vital** de ésta. Así para un joven que tiene un largo futuro por delante, en su proyecto vital suelen figurar múltiples metas relacionadas con distintos ámbitos de desarrollo: formación, familia, trabajo, vida independiente...). Para una persona de edad avanzada, su proyecto de vida tiene una perspectiva temporal mucho más limitada, sin que ello implique ausencia de proyecto de vida. El proyecto vital solo concluye con la muerte. En la vejez, donde muchos de los ámbitos de desarrollo ya han tenido lugar (o ya no tienen cabida, como por ejemplo el trabajo) tiene gran importancia poder continuar con el proyecto singular de vida así como lograr dar valor y un significado positivo a lo vivido.

**Los servicios profesionales y los equipos técnicos deben convertirse en apoyos que permitan que las personas usuarias continúen y completen sus proyectos de vida.** Y la herramienta de trabajo para conseguirlo es la elaboración y el desarrollo del Plan de atención y vida.

## 2.2. La autonomía y el control de la propia vida

La **atención centrada en la persona** apuesta por la **promoción de la autonomía de la persona**. Es decir, que ésta sea quien asuma un papel central decidiendo sobre su plan de atención y eligiendo en el día a día. Y esto vale **tanto para las personas competentes en la toma de decisiones como para quienes no lo son**.

En primer lugar, porque **la autonomía no es una cuestión de todo o nada**. Depende de cada tarea o situación. La mayoría de las personas con deterioro cognitivo, con los apoyos precisos, pueden y deben seguir decidiendo sobre muchas cuestiones cotidianas. En segundo lugar, porque **la autonomía es una capacidad pero también la entendemos como un derecho**.

### **Una importante distinción: la autonomía como capacidad y como derecho**

- ✓ La autonomía como capacidad se refiere al conjunto de habilidades que cada persona tiene para hacer sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de las consecuencias de las mismas. La autonomía se aprende, se adquiere mediante su ejercicio, mediante el aprendizaje que proviene de uno mismo y de la interacción social. Se trata, así pues, de un ejercicio directo de las propias personas y desde su propio control que se aprende.
- ✓ La autonomía como derecho hace referencia a la garantía de que las personas, al margen de sus capacidades, puedan desarrollar un proyecto vital basado en su identidad personal y tener control sobre el mismo. En el caso de personas con grave afectación, el ejercicio del derecho a su autonomía suele ser indirecto, es decir mediado por otros y a través de los apoyos precisos.

López y cols (2004)

Las personas cuyas competencias están muy mermadas (deterioro cognitivo importante, trastorno mental severo...), pueden necesitar ser sustituidas por otros para gestionar aspectos muy elementales de su vida. En estos casos **la autodeterminación se hace efectiva a través de los otros –familia, allegados, profesionales-**. Pero no se renuncia a que el cuidado se realice teniendo en cuenta su identidad y proyecto de vida.

*Algunas estrategias para sustituir a las personas en sus decisiones*

- Conocer y tener en cuenta la biografía de la persona
- Saber si existen y respetar las voluntades previamente expresadas
- Interesarnos e informarnos sobre los hábitos y las rutinas que le generan bienestar
- Acercarnos, mediante la observación, a sus preferencias actuales y permanecer atentos a los cambios

La persona debe tener opción a expresar sus **preferencias y deseos** y que éstas sean, en la medida de lo posible, respetadas. Para ello es preciso que los equipos técnicos conozcan a la persona y existan oportunidades para atender sus deseos.

### 2.3. El Plan Integral de Atención y Vida

El Plan integral de atención y vida (en adelante PAyV) es la intervención principal a realizar con la persona. A su vez, es el instrumento **básico** donde recogemos las valoraciones, informaciones personales, objetivos, ideas, propuestas de intervención, apoyos personalizados y recomendaciones **para que la persona adquiera el mayor grado de autogestión sobre su vida cotidiana.**

El PAyV pretende ser el **vehículo conductor de la intervención centrada en la persona.** Se opta por esta denominación porque no se limita a ofrecer un plan de cuidados donde se prescriben las atenciones en relación a las necesidades básicas de la persona, sino que además busca y proporciona apoyos para que ésta pueda continuar y desarrollar su proyecto vital.

El PAyV va a tener gran **influencia en la vida presente y futura de la persona** que requiere cuidados e intervenciones técnicas para mejorar o apoyar su proyecto vital. Porque precisamente se trata de la propia vida de la persona usuaria, el PAyV debe diseñarse y llevarse a cabo desde la máxima participación posible de quien la protagoniza. La persona usuaria ha de tener un papel central en las propuestas, deseos y decisiones en relación con la mejora de su calidad de vida.

Pretende ser un proceso que **incluya y anime en todo el proceso la participación activa de la persona,** y en su caso de la familia o allegados, siendo ésta quien determina los objetivos del plan y las actuaciones principales a llevar a cabo para conseguirlo. Se concibe, como un instrumento de diálogo entre la persona, su familia y los profesionales, y por tanto, como un proceso continuo, abierto y participativo.

Para apoyar la participación y autodeterminación de la persona en su PAyV puede ser de gran interés formar un Grupos de apoyo y consenso. Se trata de un grupo de personas cercanas que asumen su participación para apoyar este proceso

*Nota: Más información en el DMS 3 – El grupo de apoyo y consenso*

## 2.4. La biografía

**Cada persona, por su biografía, es diferente a las demás.** La individualidad, desde el modelo de atención centrada en la persona, además de ser una característica intrínseca a ésta, se considera un gran valor.

Nuestra biografía nos proporciona algo muy importante: **el sentido de identidad.** Permite integrar y conectar pasado, presente y futuro dando unidad a nuestra vida.

La biografía, en este modelo, se convierte en un **importante referente de la atención y del trato personalizado.** Para algunas personas, será posible que ella misma relate y comparta los aspectos más significativos de su vida. En los casos de deterioro cognitivo acercarnos a la biografía de la persona y tomarla como referencia, informándonos por familiares o amigos, será de gran ayuda para personalizar la atención.

## 2.5. Las capacidades personales

En cada PAyV han de recogerse no solo las dificultades y limitaciones de las personas sino que han de tener cabida y visibilidad las capacidades de la misma. Es algo de vital importante en este modelo de atención y que suele echarse en falta en los protocolos de valoración individualizada y en los informes técnicos.

Porque **observar e identificar las capacidades de las personas, buscar apoyos que las rescaten y visibilizarlas son aspectos fundamentales para la promoción de la autonomía.**

La mirada profesional no puede limitarse a detectar las dificultades sino también ha de fijarse en las capacidades de las personas y en buscar los apoyos precisos para que éstas desarrollen actuaciones competentes y adquieran el mayor control posible de sus asuntos cotidianos.

Es imprescindible **que la persona sea consciente de sus capacidades;** darse cuenta de lo que uno es capaz de hacer estimula y fortalece la autoestima.

También es primordial **que quienes rodeamos a la persona (profesionales, familias, amigos) nos demos cuenta de sus capacidades.** Con esta forma de mirar, mejoraremos la percepción de su capacidad, se lo transmitiremos y, **con ello, transformaremos la forma de relacionarnos.**

## 2.6. El equilibrio entre seguridad y autonomía

En no pocas ocasiones la seguridad es el único criterio que contemplamos en los cuidados a la persona en situación de dependencia. Una **seguridad que con frecuencia limita su autonomía e incluso puede afectar a su bienestar emocional** (limitar la libre deambulación, el acceso a sus pertenencias, las sujeciones físicas...).

No podemos olvidar que la vida cotidiana no está exenta de riesgos, y habitualmente los asumimos con naturalidad. **El desarrollo de la autonomía en la personas en situación de dependencia conlleva asumir ciertos riesgos.** Riesgos calculados, pero riesgos. Visión que ha de ser clarificada y compartida con la persona y con sus familiares.

Por ello, desde este modelo de atención, intentaremos **equilibrar la seguridad, el bienestar emocional y la autonomía** de las personas usuarias en las intervenciones. Ante las situaciones cotidianas en las que entran en conflicto estos objetivos será preciso valorar detenidamente cada situación y consensuar actuaciones y medidas que concilien estos tres objetivos. **Todos ellos son importantes para la calidad de vida de la persona.**

### 3. El Plan Integral de Atención y Vida en el proyecto *Etxean Ondo*

#### 3.1. La elaboración de PAyV

La elaboración de un PAyV incluye tres fases fundamentales: la valoración de la persona y su entorno, la propuesta y consenso de atenciones/actuaciones y el seguimiento/acompañamiento a la persona y al grupo convivencial.

Indicaremos, para cada una de estas tres fases, las actuaciones fundamentales que ellas han de integrar.

#### I. Valoración

En esta primera fase se pretende valorar la situación de la persona y su entorno habitual de vida. Se trata de una valoración donde se parte de identificar y visibilizar las capacidades de la persona, sin por ello reconocer las limitaciones y dificultades que la persona tiene.

Por eso, se sugiere iniciar esta fase con lo que denominamos valoración y puesta en valor de la persona así como posteriormente valorar su entorno y establecer de forma consensuada los principales objetivos que han de perseguir la intervención. Se propone seguir el siguiente esquema:

#### **a) Valoración y puesta en valor de la persona**

Salud

- Salud percibida y fortalezas
- Diagnósticos profesionales y aspectos a mejorar/tratar

Nivel funcional

- Capacidades/ fortalezas
- Limitaciones y dificultades

Dimensión cognitiva

- Capacidades/fortalezas
- Limitaciones y dificultades

Dimensión emocional

- Fortalezas
- Dificultades

Relación social

- Capacidades/Fortalezas
- Dificultades

Intereses ocupacionales de la persona

- Relacionados con la historia formativa y laboral



- Relacionados con aficiones y ocio

Gestión de su vida cotidiana: deseos y preferencias

- Relacionados con su salud
- Relacionados con la atención SAD y su vida en el hogar
- Relacionados con actividades formativas
- Relacionados con temas laborales
- Relacionados con relaciones sociales (familia, amistades)
- Relacionados con ocio
- Otras preferencias
- Principales deseos y prioridades en su vida actual

## b) Valoración del entorno

Situación convivencial, carga cuidador/a principal y necesidades

Vivienda: condiciones de accesibilidad y necesidades

Entorno: accesibilidad, disponibilidad de recursos (ocio, formación, ocupación/trabajo) y necesidades.

## c) Consenso sobre los principales objetivos en la intervención

### II. Atenciones e intervenciones consensuadas

Se refiere a los servicios incluidos dentro del proyecto Extean Ondo-Domicilios, tanto dentro del hogar como fuera.

#### **A) Atenciones en el domicilio**

##### **Servicio Ayuda Domicilio (Tipología gestión de casos 1 y 2)**

Cuidados personales

Atención doméstica

##### **Atención sanitaria (Tipología gestión de casos 2)**

Atenciones y cuidados sanitarios

Pautas especiales

...

##### **Servicios complementarios al SAD**

Comida

Podología

...

##### **Servicio de teleasistencia**

#### **B) Servicios para un entorno accesible**

Valoración vivienda

Intervención ambiental (eliminación de barreras, medidas ambientales, ...)

Productos apoyo

Transporte

...

### **C) Otros servicios o intervenciones dentro o fuera del domicilio**

Autocuidado y control de la propia vida

Servicio para la promoción de la autonomía personal

Servicio de asistente personal

Servicio de participación social

...

### **D) Recursos de apoyo**

#### **Técnicas e instrumentos de atención personalizada en las intervenciones**

Se recogerán en documentos anexos (biografía, preferencias en la atención, mapas básicos, fichas diversas...)

#### **Pautas o apoyos (alteraciones comportamiento, dificultades comunicación...)**

### **E) Intervenciones dirigidas al grupo familiar u otros cuidadores no profesionales**

Programa Sendian

Servicio "Acompaña"

## **III. Revisión del plan, acompañamiento y seguimiento**

En esta fase se realizarán el seguimiento del plan siguiendo la estrategia elegida (reuniones grupo apoyo y consenso, observación, reuniones varias...).

El gestor/a del caso además de realizar el acompañamiento al grupo familiar coordinará las actuaciones del conjunto de profesionales implicados en el plan, y en su caso dinamizará el grupo de apoyo y consenso.

## I. Valoración

### **a) Valoración y puesta en valor de la persona**

- Salud
- Nivel funcional
- Dimensión cognitiva
- Dimensión emocional
- Relación social
- Intereses ocupacionales de la persona
- Gestión de su vida cotidiana: deseos y preferencias

### **b) Valoración del entorno**

- Situación convivencial, carga cuidador/a principal y necesidades
- Vivienda: condiciones de accesibilidad y necesidades
- Entorno: accesibilidad, disponibilidad de recursos (ocio, formación, ocupación/trabajo) y necesidades.

### **c) Consenso sobre los principales objetivos en la intervención**

## II. Atenciones e intervenciones consensuadas

### **A) Atenciones en el domicilio**

- Servicio Ayuda Domicilio (Casos tipo 1 y 2)
- Atención sanitaria (Casos tipo 2)
- Servicios complementarios al SAD
- Servicio de teleasistencia

### **B) Servicios para un entorno accesible**

- Valoración vivienda
- Intervención ambiental (eliminación de barreras, medidas ambientales, productos de apoyo...)
- Productos apoyo
- Transporte

### **C) Otros servicios o intervenciones fuera del domicilio**

- Autocuidado y control de la propia vida
- Servicio para la promoción de la autonomía personal
- Servicio de asistente personal
- Servicio de participación social

### **D) Recursos de apoyo**

#### **▪ Técnicas e instrumentos de atención personalizada en las intervenciones**

Se recogerán en documentos anexos (biografía, preferencias en la atención, mapas básicos, fichas diversas...)

#### **▪ Pautas o apoyos (alteraciones comportamiento, dificultades comunicación...)**

### **E) Intervenciones dirigidas al grupo familiar u otros cuidadores no**

### **profesionales**

Programa Sendian  
Servicio "Acompaña"

### **III. Revisión del plan, acompañamiento y seguimiento**

Cuadro resumen de las fases del PAyV

## **3.2. Opciones para su elaboración y realización**

El proceso de diseño y desarrollo del PAyV será dinamizado y coordinado por el gestor/a del caso. Puede desarrollarse desde dos opciones. La primera constituyendo un grupo de apoyo y consenso que acompañe a la persona en el proceso de planificación. La segunda, sin este grupo, desde el acompañamiento del profesional a la persona.

Cabe recalcar que en ambos se pretenderá la máxima participación e implicación de la persona usuaria. Nos fijaremos en las actuaciones que se añaden en ambos casos en la fase preparatoria a la elaboración del PAyV.

### ***a) Elaboración del PAyV mediante la constitución de un grupo de apoyo y consenso.***

Esta opción debe proponerse de forma opcional. Es una opción recomendada para :

- Personas con competencia suficiente que deseen esta opción
- 
- Personas no competentes para la toma de decisiones sobre su PAyV (personas con discapacidad intelectual grave, enfermedad mental severa o deterioro cognitivo avanzado).

El grupo de apoyo y consenso, formado entre 3-4 personas cercanas a la persona usuaria, participará en el proceso de elaboración y seguimiento del PAyV. En relación a la **constitución del grupo de apoyo y consenso** cabe destacar las siguientes actuaciones por parte del gestor/a del caso antes de iniciar el proceso de diseño del PAyV:

- Propuesta e información a la persona y familia sobre la opción de constituir un grupo de apoyo y consenso.
- Constitución, junto con la persona usuaria, del grupo de apoyo y consenso.
- Formación de los miembros del grupo de apoyo y consenso sobre

su misión, filosofía y metodología a seguir.

Para una mayor información, consultar el DM3. El grupo de apoyo y consenso.

## **b) Elaboración del PAyV desde el acompañamiento del gestor/a del caso.**

Opción destinada a :

- Personas con competencia suficiente para la toma de decisiones sobre su plan de atención que no deseen constituir un grupo de apoyo y consenso.
- Personas que no tienen competencia suficiente y que no ha sido posible articular un grupo de apoyo y consenso.

Hay que subrayar que la no constitución de un grupo de apoyo y consenso no implica la falta de participación de la persona. El gestor/a del caso deberá contar con la persona, pudiéndose encontrar con dos situaciones.

- Si la persona es competente para la toma de decisiones sobre su plan de atención, ésta se deberá incorporar al proceso y se utilizará el consentimiento informado para la aceptación del plan.
- Si la persona no es competente para la toma de decisiones sobre su plan de atención (deterioro cognitivo severo, discapacidad intelectual severa, etc), se usará como referencia su biografía y hábitos de vida satisfactorios, lo cual requiere un trabajo exploratorio e informativo previo.

Cabe acentuar que antes de iniciar el propio proceso de elaboración del PAyV es preciso, en una fase preparatoria llevar a cabo básicamente dos actuaciones.

- Información a la persona del proceso de elaboración del PAyV
- Conocimiento de la persona (biografía, valoraciones profesionales, información de familiares, observación...)

### 3.3. Instrumentos

#### 3.3.1. El documento soporte del PAyV

Para trabajar desde planes integrales de atención y vida es preciso, en primer lugar, disponer de un **soporte documental consensuado**. El planteamiento va más allá de elaborar planes de atención o cuidados individualizados donde el profesional o profesionales valoran a la persona y prescriben actuaciones. Se trata de avanzar un paso más incluso de la conformidad y consenso con la persona o familiar. Se pretende que la persona participe y se implique lo más activamente posible en su plan de atención.

Para ello es necesario disponer de un **soporte o herramienta** que recoja el proceso de atención integral centrada en la persona acorde al planteamiento del modelo. Para ello, se concederá la misma importancia a las técnicas y procedimientos para conseguir la atención y el conjunto de apoyos que requiere la persona para vivir en su casa y en su entorno de la forma más **independiente** posible, como a las dimensiones que también le son inherentes, como: la **biografía** de la persona, sus preferencias, sus **capacidades**, sus **oportunidades de autogestión de la vida cotidiana**, así como los **apoyos** que para ello a lo largo del tiempo precisa.

La estructura del soporte ha de permitir recoger cuestiones relevantes relacionadas con la valoración de la persona (incluyendo sus capacidades), los objetivos de la atención (teniendo en cuenta sus preferencias), así como los apoyos que precisa (Ver PIM1. La atención integral centrada en la persona). El documento ha de integrar no solo las valoraciones y propuestas relacionadas con la persona sino incorporar las valoraciones e intervenciones dirigidas a los distintos ámbitos de desarrollo de su proyecto de vida (familia, vivienda, entorno y accesibilidad, ocio, participación social, etc).

No podemos olvidar que el Plan Integral de Atención y Vida, además de ser capaz de ofrecer esta visión amplia que se requiere, ha de resultar operativo.

Seguidamente se recoge un posible esquema a seguir para elaborar un modelo de Plan Integral de Atención y Vida. Se organiza en las tres fases de la elaboración del mismo: la valoración, la propuesta de atención e intervención y el acompañamiento/seguimiento del proceso.

*Profesional gestor/a del caso:*

*Grupo de apoyo y consenso (si existe):*

*Otros profesionales de referencia:*

## I. VALORACIÓN

### Valoración y puesta en valor de la persona

#### **Salud**

Diagnósticos profesionales

Salud percibida

#### **Nivel funcional**

Instrumentos evaluación AVD

Capacidades/ fortalezas

#### **Dimensión cognitiva**

Instrumentos evaluación estado cognitivo

Capacidades/fortalezas

#### **Dimensión emocional**

Instrumentos evaluación estado ánimo

Fortalezas

#### **Relación social**

Instrumentos evaluación apoyo social

Capacidades/Fortalezas en las relaciones sociales

#### **Intereses ocupacionales de la persona**

Relacionados con la historia formativa y laboral

Relacionados con aficiones y ocio

#### **Gestión de su vida cotidiana: deseos y preferencias**

Relacionados con su salud

Relacionados con la atención SAD y su vida en el hogar

Relacionados con actividades formativas

Relacionados con temas laborales

Relacionados con relaciones sociales (familia, amistades)

Relacionados con ocio  
Otras preferencias  
Principales deseos y prioridades en su vida actual  
Principales objetivos en la intervención

### Valoración del entorno

Situación convivencial, carga cuidador/a principal y necesidades  
Vivienda: condiciones de accesibilidad y necesidades  
Entorno: accesibilidad, disponibilidad de recursos (ocio, formación, ocupación/trabajo) y necesidades.

...

### Principales objetivos consensuados de la intervención

## II. CONCRECCIÓN DE LA ATENCIÓN/INTERVENCIÓN

### A) ATENCIONES Y SERVICIOS EN EL DOMICILIO

#### SAD

Cuidados personales  
Atención doméstica

#### Atención sanitaria

Atenciones y cuidados sanitarios

...

#### Servicios complementarios al SAD

Comida  
Podología

...

#### Servicio de teleasistencia

### B) SERVICIOS PARA UN ENTORNO ACCESIBLE

Valoración vivienda  
Intervención ambiental (eliminación de barreras, medidas ambientales, productos de apoyo...)  
Productos apoyo  
Transporte

...

### C) OTROS SERVICIOS O INTERVENCIÓNES FUERA DEL HOGAR

*Autocuidado y control de la propia vida*  
*Servicio para la promoción de la autonomía personal*  
*Servicio de asistente personal*  
*Servicio de participación social*

...

### D) RECURSOS DE APOYO

*Técnicas e instrumentos de atención personalizada en las intervenciones*  
Se recogerán en documentos anexos (biografía, diez mandamientos, elecciones...)



**Pautas o apoyos (alteraciones comportamiento, dificultades comunicación...)**

**E) INTERVENCIONES DIRIGIDAS AL GRUPO FAMILIAR**

**Programa Sendian**

**Servicio "Acompaña"**

**F) Consentimiento informado**

**III. REVISIONES Y SEGUIMIENTOS**

*Forma de seguimiento previsto (reuniones grupo apoyo y consenso, observación, reuniones varias...)*

*Fecha de las revisiones y documento anexo de acuerdos*

### 3.3.2. Instrumentos para la valoración integral

Venimos utilizando, tanto desde el campo de la gerontología como de la discapacidad, diferentes instrumentos para evaluar a las personas desde una visión integral, es decir, desde una aproximación bio-psico-social de ésta en su entorno físico y social.

Los instrumentos de evaluación biopsicosocial se dirigen a medir en distintos momentos o situaciones las capacidades o estado de las personas en relación a sus distintas dimensiones (salud física, funcional, cognitiva, emocional, social, etc).

Estos instrumentos, para asegurarnos de la bondad de su medida, necesitan cumplir criterios de validez y fiabilidad. Por ello, que estén validados en relación a la población en que van a ser aplicados es un criterio de selección básico a tener en cuenta.

Es preciso consensuar una serie de instrumentos para evaluar las distintas dimensiones de la persona. Ello nos permitirá conocer de una forma objetiva su estado inicial así como tener indicadores objetivos que den cuenta de su evolución.

En la tabla siguiente se presentan algunos de los instrumentos validados más utilizados en la atención a las personas mayores y en las personas con discapacidad.

Nota: Pendiente de completar por ser un punto a debatir y consensuar en el proceso de planificación participativa

Dimensión a evaluar	Instrumento	PM	PD
<b>Persona usuaria</b>			
Independencia/dependencia AVD Básicas Instrumentales			
Estado salud Salud objetiva Salud percibida			
Función cognitiva			
Estado de animo			
Apoyo social			
Calidad de vida			
Alteraciones en el comportamiento			
<b>Familia</b>			
Carga cuidador/a principal			
<b>Vivienda</b>			
<b>Otros</b>			

### 3.3.3. Instrumentos para facilitar una atención personalizada

Además de la valoración integral de la persona y su entorno, la atención centrada en la persona incluye otros objetivos, que no son la medición sino otros relacionados con la participación y el bienestar de la persona. No son instrumentos pensados para diagnosticar ni para cuantificar los efectos de las intervenciones, por lo que los requisitos de fiabilidad y validez pierden importancia.

Es importante introducirlos de forma complementaria a los que venimos utilizando y saber que unos no sustituyen a los otros, es decir, saber que ambos son necesarios.

Es primordial conocer lo que pretenden estos instrumentos, no utilizarlos de forma invasiva sino de forma personalizada, recordando que sus objetivos son visibilizar las capacidades, reforzar la identidad, dar a conocer las preferencias de las personas o a potenciar sus elecciones y la toma de decisiones en la vida cotidiana. No proporcionan una batería estándar para aplicar de forma sistemática a las personas usuarias, sino que deben ser utilizados de una forma flexible y siempre adaptada a cada persona.

En la siguiente tabla, aparecen recogidos diversos instrumentos de atención personalizada que pueden resultar de interés. Estos instrumentos pueden ser consultados en la guía La atención Gerontológica Centrada en la persona, documento editado por el G. País y Vasco y uno de los soportes documentales básicos del proyecto *Etxean Ondo*.

**a) Instrumentos para aproximarnos a la biografía y reforzar la identidad personal**

Historia de vida / biografía de la persona (en todos los casos)  
El álbum o libro de vida  
La caja de recuerdos u objetos significativos

**b) Instrumentos para conocer mejor a la persona, sus entornos y visibilizar sus capacidades**

Los mapas básicos  
Mapas de salud y Actividades de la vida diaria  
Mapa de relaciones sociales  
Los círculos de apoyo  
Mapa de lugares significativos  
Mapa de intereses y aficiones  
La ficha de capacidades  
La hoja de ruta personal

c) Instrumentos para acercarnos a sus preferencias, a sus deseos y ampliar sus elecciones

**Los diez mandamientos o el decálogo de preferencias en la atención**

Ficha de gustos y sentimientos  
Ficha de elecciones  
Ficha de sueños y miedos  
Ficha de conductas especiales  
Ficha para la observación de aceptación o rechazo de situaciones y actividades

Listado de instrumentos de atención personalizada (Martínez 2011)

La historia de vida o biografía de la persona acompañará con carácter general cada plan de atención y vida (en documento anexo), por ser ésta pieza angular de la atención personalizada. El siguiente esquema puede ser de utilidad para proceder acercarnos a la historia de cada persona:

1. Nacimiento
  - Lugar
  - Padres

- Contexto social o momento histórico
- 2. Infancia y juventud
  - Crianza
  - Hermanos y otra familia
  - Escuela y estudios
  - Amistades infantiles y juegos
  - Primeros trabajos
  - Amistades juventud y ocio
- 3. Vida adulta
  - Formar una familia
  - Trabajos
  - Ocio y aficiones
  - Experiencias vitales y recuerdos especiales (incluyendo tanto los grandes logros, y eventos positivos como las adversidades y pérdidas)
- 4. Vejez y vida actual
  - Cese del trabajo
  - Viudedad
  - Nietos/as
  - Aficiones
  - Proyectos actuales y futuros, deseos, asuntos pendientes...

Guión para acercarnos a la biografía de la persona y recabar su historia de vida (Martínez 2010,2011)

En función de la edad de la persona se abordarán, con la prudencia y calidez que exige este acercamiento, los distintos periodos de vida y asuntos citados.

En las personas con discapacidad intelectual grave o deterioro cognitivo severo será la familia o allegados, siempre que sea posible, quien aporte esta información

Finalmente cabe destacar que estos instrumentos pretenden ser sencillos, operativos y cercanos, ya que su principal objetivo es reconocer e implicar a la persona usuaria y al grupo. De ahí la importancia de que visualicen bien lo que quieren mostrar y utilicen un lenguaje comprensible alejado de tecnicismos.

### 3.4. Recomendaciones sobre la confidencialidad del PAyV y el uso prudente de los instrumentos.

Cuando se participa en la elaboración y el desarrollo de Planes Integrales de Atención y Vida, los profesionales y quienes colaboren en los mismos, acceden a facetas privadas e íntimas de las personas y, por tanto, a gran información de carácter personal. Por ello deberemos no solo garantizar la obligada confidencialidad sino actuar desde la prudencia en cuanto a la selección del número y tipo de instrumentos, y también en relación a su manejo.

Seguidamente se ofrecen algunas recomendaciones, las primeras dirigidas a la generalidad de los instrumentos de evaluación o soportes documentales utilizados para la elaboración del PAyV, y las segundas centradas en los instrumentos de atención personalizada.

### **Recomendaciones generales**

1. Se recomienda que la evaluación que propongamos tenga una extensión limitada. Es decir, que sea suficiente para obtener la información mínima relevante para basar las intervenciones, pero cuidando que esta no resulte excesivamente larga.
2. Se recomienda que la evaluación se realice de forma gradual y adaptada a cada persona. De forma especial deberemos evitar llevar a cabo evaluaciones de un modo invasivo que generen a la persona la sensación de estar sometida a un examen continuo.
3. Toda la información de carácter personal está sujeta a confidencialidad. Los profesionales estamos obligados a guardar secreto, es decir a utilizarla solo entre quienes están autorizados a su acceso y exclusivamente para los objetivos relacionados con la intervención.
4. Los equipos, cuando accedamos a información relacionada con la vida privada e íntima de las personas usuarias, deberemos ser extremadamente respetuosos, discretos y prudentes.
5. Hay informaciones que necesariamente tendremos que disponer los profesionales para garantizar una adecuada atención (fundamentalmente los relacionados con la valoración integral), y por tanto, su obtención es obligada cuando la persona accede a unos determinados servicios profesionales. Deberemos, no obstante informar a la persona del objetivo de esta información, dónde y cómo se registra, qué profesionales accederán a ella y con qué finalidad.
6. Aunque los procesos de participación en el PAyV que se proponen, son ya en sí procesos de comunicación donde la información tiene un papel importante, se recomienda, no obstante el uso de documentos de consentimiento informado recabando la expresa aceptación mediante firma de la persona o de su representante. Además de la aceptación del PAyV el acceso de los distintos profesionales a la información privada de la persona deberá también ser informada y consentida por la persona.

## **Recomendaciones sobre los instrumentos para facilitar la atención personalizada**

1. Se recomienda evitar una aplicación generalizada y excesiva de los instrumentos de atención personalizada. No todos los instrumentos sirven para todas las personas, pudiendo ser del interés o grado unas personas pero no de otras. Además, para la misma persona, pueden ser de interés en unas ocasiones mientras en otras no tener sentido usarlos. Si aplicáramos a todas las personas una batería idéntica de instrumentos de atención personalizada caeríamos en una gran contradicción: uniformar cuando buscamos la personalización.

2. La persona usuaria debe admitir el uso de estos instrumentos complementarios, ya que su uso no es obligado, al contrario de lo que sucede con los instrumentos de valoración integral. Cuando la persona tenga un importante deterioro cognitivo o una discapacidad intelectual severa, las personas que actúen en su representación deberán ser quienes acepten el uso de estos instrumentos. Al igual que en los instrumentos de valoración integral, deberán ser informadas del objetivo de cada instrumento, dónde y cómo se registra, qué profesionales acceden a los datos que en ellos se registran y con qué finalidad.

3. Se recomienda combinar instrumentos que den cuenta de la biografía o historia, es decir de la vida previa de la persona, con otros que contemplen las preferencias actuales y los deseos futuros. Debemos evitar que el uso de algunos de estos instrumentos (biografía, historia de vida, caja de recuerdos) acaben “congelando” a la persona en su pasado y anulen la perspectiva presente y de futuro que todos tenemos.

4. Tener cuidado con que las familias ocupen espacios en la toma de decisiones que la propia persona puede ejercer. Las familias son quienes frecuentemente proporcionan información y apoyan la expresión de las preferencias y decisiones de la persona usuaria cuando ésta tiene limitada su autonomía, y ello acarrea el riesgo de una excesiva presencia familiar en detrimento de la voz y opinión de la persona.

#### 4. Claves para el éxito

##### *Claves relacionadas con el modelo de atención centrada en la persona*

- ☺ No olvidar que en la elaboración del PAyV las preferencias y deseos de la persona son una referencia fundamental.
- ☺ Tener presente que los proyectos de vida, y por tanto los PAyV, varían según el momento vital de la persona. En personas jóvenes el desarrollo de aspectos como la vida independiente, las relaciones de pareja o el trabajo pueden tener un gran peso. Sin embargo en personas de edad avanzada, donde estos ámbitos

de desarrollo ya han tenido lugar puede cobrar más importancia el validar lo vivido y permitir la continuidad del proyecto vital.

- ☺ Tener claro que la autodeterminación también se dirige a las personas no competentes para la toma de decisiones en su cuidado. Se trata de un ejercicio indirecto o mediado por otros (familia, profesionales) utilizando estrategias que permitan acercarse al estilo y preferencias de la persona.
- ☺ Fijarse y partir de las capacidades y fortalezas de la persona y no solo en las dificultades, limitaciones y patologías.
- ☺ Recordar que hablar de Plan integral de atención y vida va más allá de proporcionar cuidados sanitarios o cuidados personales. Se trata de atender necesidades, reconocer derechos, respetar preferencias y decisiones. En suma: apoyar el desarrollo de proyectos de vida donde la persona es el principal actor y, por tanto, quien debe poder decidir, lo que afecta a la dignidad y autoestima de la persona.

### Claves organizativas

- ☺ Que el gestor/a de casos sea capaz de dinamizar adecuadamente el proceso de elaboración del PAyV.
- ☺ Clarificar y explicitar las competencias de los distintos profesionales en el Plan de Atención y Vida.
- ☺ Utilizar los instrumentos de atención personalizada de forma no uniforme y prudente
- ☺ Sobre el grupo de apoyo y consenso:
  - Plantearlo como una opción voluntaria
  - Ha de conocer bien a la persona
  - Debe estar suficiente formado.
  - No estar compuesto por un número no excesivo de miembros, ya que no resulta operativo

### Claves actitudinales

- ☺ La madurez personal y profesional ante el cambio de rol de los profesionales: del rol prescriptor a la orientación, facilitación y provisión de apoyos.



- ☺ Ser capaz de identificar capacidades en las personas en situación de dependencia y trabajar desde aquéllas, mediante la asertividad y el incremento de la autoestima.
- ☺ La flexibilidad en el proceso para realizar ajustes precisos.
- ☺ Practicar la escucha activa y la empatía en la relación de ayuda.

## 5. Para saber más

### Bibliografía consultada para la elaboración del DMS

*Nota: Con un asterisco y en negrita se destacan los documentos en castellano consultados que, por su carácter aplicado, resultan de especial interés en relación a la elaboración de Planes de Atención y Vida.*

**\* FUNDACIÓN SAN FRANCISCO DE BORJA (2007). Planificación centrada en la persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja con Discapacidad Intelectual. Madrid: FEAPS.**

LÓPEZ A, MARÍN AI, DE LA PARTE JM. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. Siglo Cero, 35(1), nº 210.

MARTÍNEZ T. (2010) Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad o dependencia. Colección Gerontología Social SEGG. Madrid: Editorial Médica- Panamericana.

**\* MARTINEZ T. (2011) La atención gerontológica centrada en la persona. Una guía para la intervención profesional en servicios y centros. Gobierno País Vasco.**

MOSS K, WILEY D.(2003) A brief guide to personal futures planning.

MOUNT B, DUCHARME G, BEEMAN P (1991) Person Centered Development. Manchester, CT: Communitas Inc

MOUNT B.(1990) Making Futures Happen: a Manual for Facilitators of Personal Futures Planning. St. Paul, MN: Governors's Council on Developmental Disabilities.

**\* RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ P y cols (2011): Servicios de Ayuda a Domicilio. Planificación y gestión de casos. Manual de formación para auxiliares. Madrid, Ed. Médica Panamericana.**

**\* SEVILLA J; ABELLÁN R; HERRERA G; PARDO C; CASAS X; FERNÁNDEZ R (2009) [WWW.miradasdeapoyo.org](http://WWW.miradasdeapoyo.org). Un concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI. Fundación Adapta.**

SIMON L Y JUDEZ J. Consentimiento informado. Med. Clin. (Barc). 2001; 117: 99-106.

VV.AA. (2009) Guías de Buenas Prácticas en Centros de atención a personas mayores en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.



VV.AA. (2010) Guías de Buenas Prácticas en Centros de atención a personas con discapacidad. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

## PROYECTO ETXEAN ONDO

### Documentos Metodológicos y de Soporte

#### DMS-3. El grupo de apoyo y consenso

1. El porqué del grupo de apoyo y consenso
2. Conceptos básicos y principales aportaciones
  - 2.1. La planificación centrada en la persona y los grupos de
  - 2.2. El facilitador/a del proceso
  - 2.3. Los cometidos de un grupo de apoyo
  - 2.4. Soportes metodológicos para formar un grupo de apoyo
  - 2.5. Las reuniones del grupo de apoyo
3. El grupo de apoyo y consenso en el proyecto *Etxean Ondo*
  - 3.1. Cuándo proponer y crear un grupo de apoyo y consenso
  - 3.2. Quién forma parte del grupo
  - 3.3. Quién conduce el grupo
  - 3.4. Cómo crear un grupo de apoyo y consenso
  - 3.5. Cómo organizar las reuniones
4. Claves para el éxito
5. Para saber más

## 1. El porqué del grupo de apoyo y consenso

**El grupo de apoyo y consenso** es un soporte metodológico incluido del proyecto “**Etxean Ondo**” porque:

- 👉 Las personas somos interdependientes, y por ello, la formación de un grupo cercano a la persona usuaria implicada en su proceso de atención supone un apoyo importante en el desarrollo de su proyecto de vida, especialmente para las personas con dificultades para ejercer su autodeterminación.
- 👉 En el caso de personas con grave afectación contar con un grupo cercano permite compartir conocimientos y observaciones para un mejor acercamiento a sus preferencias. Evita que sea el profesional, desde su exclusivo criterio, quien asuma la responsabilidad de decidir en el proceso de intervención.
- 👉 Trabajar en grupo partiendo de la identificación de capacidades en la persona, otorga valor a la persona usuaria al visibilizar sus competencias, lo que a su vez, transforma las relaciones con quienes le acompañan.
- 👉 El profesional cuenta con un recurso potentísimo: un grupo que colabora en la movilización de recursos y nuevas oportunidades para la persona usuaria.
- 👉 Se facilita el diálogo y entendimiento que se requiere en la toma de decisiones relacionadas con la mejora de la calidad de las personas usuarias.

## 2. Conceptos básicos y principales aportaciones

### 2.1. La planificación centrada en la persona y los grupos de apoyo

El grupo de apoyo es una metodología creada desde la Planificación Centrada en la Persona, enfoque ampliamente desarrollado en el ámbito de atención a las personas con discapacidades.

Los grupos de apoyo se crean para **acompañar a la persona en la elaboración y desarrollo de su proceso de planificación para mejorar su vida, consiguiendo nuevas metas y decidiendo sobre su atención.**

La misión de un grupo de apoyo no es otra que **facilitar el ejercicio de la autodeterminación** de la persona, ayudándole a **visibilizar capacidades, a tomar sus propias decisiones, buscando y movilizando los apoyos** precisos en cada caso y momento.

Cada grupo de apoyo se forma con **personas cercanas al individuo** objeto de apoyo: familia, amigos, algún profesional u otras figuras significativas. Es un grupo de aliados para que la persona proyecte y consiga un futuro mejor según sus propios deseos.

Es importante que en el grupo tengan cabida no solo de personas que tengan vínculos afectivos sino algunas que puedan resultar importantes aliados de cara a conseguir metas o cambios sustanciales en la vida de la persona.

Los proyectos de vida varían según el momento del ciclo vital de la persona, y por tanto suelen ser **diferentes las prioridades de las personas según su edad**. Esto es **algo a tener en cuenta a la hora de configurar los grupos de apoyo y consenso**. Para una joven con discapacidad, con un largo futuro por delante será importante incorporar figuras que puedan apoyar su desarrollo laboral o de vida independizada de la familia, mientras que para una persona mayor puede tener más importancia figuras relacionadas los cuidados o el fomento del ocio y la relación social.

Los miembros del grupo han de **compartir la filosofía y misión de apoyar el proyecto de vida de la persona**, necesariamente han de **conocerla**

bien y han de **estar formados en las metodologías y proceso de la planificación centrada en la persona.**

## 2.2 El facilitador/a del proceso

El facilitador del proceso tiene un papel clave en **liderar el proceso de intervención** mediante la elaboración, puesta en marcha y seguimiento del Plan de Atención y Vida de la persona. Cuando se opte por **constituir un grupo de apoyo y consenso** para llevar a cabo este plan, también será **quien proponga, cree, y coordine el adecuado funcionamiento del mismo.**

Es quien lidera y se responsabiliza del proceso:

- Proponiendo e informando a la persona, y allegados, sobre esta opción
- Constituyendo, junto con la persona, el grupo de apoyo
- Formando a sus miembros
- Convocando, preparando y moderando las reuniones
- Sintetizando, recordando y haciendo seguimiento de los acuerdos
- Estando atento/a a las necesidades de la persona cuando necesite a su grupo de apoyo
- Proponiendo nuevas reuniones
- Sugiriendo, cuando se considere preciso, la inclusión de otros miembros

## 2.3. Los cometidos de un grupo de apoyo

Tienen que ver con apoyar todo el proceso de intervención, que a su vez viene dado desde la realización del Plan de Atención y Vida de cada persona usuaria.

El grupo tiene una labor especialmente transcendente en lo que compete a **la motivación y al ejercicio del derecho de autodeterminación de la persona.** En este sentido el grupo de apoyo y consenso asume el papel de:

- Animar a la persona a que participe y sea la protagonista del proceso y de las distintas reuniones del grupo.
- Ayudarle a ser consciente de sus capacidades

- Apoyarle para mejorar el control sobre sus asuntos cotidianos y sobre su vida
- Ayudarle a mantener y desarrollar sus capacidades
- Aumentar sus relaciones sociales y su participación social
- Proponer ideas y movilizar apoyos que permitan cumplir los objetivos y acuerdos consensuados.

## 2.4. Soportes metodológicos para formar un grupo de apoyo

Como herramientas de apoyo para **seleccionar quién forma un grupo de apoyo** se suelen utilizar instrumentos como los mapas de relaciones sociales o los círculos de relación.

Los **mapas básicos** son soportes donde se presenta esquemáticamente, de modo que pueda visualizarse fácilmente, la información relevante de cada persona en relación con distintas áreas básicas implicadas en su PAyV.

En unas ocasiones los mapas se realizan mediante información escrita, en otras mediante dibujos o pictogramas, e incluso utilizando imágenes por ordenador. Son un apoyo que permite favorecer la información y la comunicación, y con ello la participación de las personas usuarias en los asuntos que les afectan. Facilitan que éstas se acerquen al plan de atención, se hagan más conscientes de sus capacidades y expresen su parecer y preferencias.

Los mapas de atención básica son de utilidad para facilitar la información y la participación de la personas en distintos momentos del plan de atención y vida (elaboración inicial, revisión...) así como en actividades de recuerdo o conversación. Cumplen también la importante función de favorecer el conocimiento y visibilizar la capacidad de la persona mayor ante los demás (profesionales, familias...).

A diferencia de otros instrumentos de valoración, no son cumplimentados desde la valoración del profesional sino desde la participación de la persona y su grupo de apoyo. Su objetivo no es una valoración técnica y externa sino obtener información y consciencia de las capacidades y de los apoyos que se requieren desde la participación.



Concretamente, los **Mapas de Relaciones Sociales** muestran las relaciones interpersonales de la persona usuaria en distintos contextos cercanos así como quiénes son las personas más significativas. Pueden también graduar el nivel de intimidad o confianza que tiene cada persona.

**Ejemplo. Mapa de relaciones sociales de Lucinda, que asiste a un centro de día.**

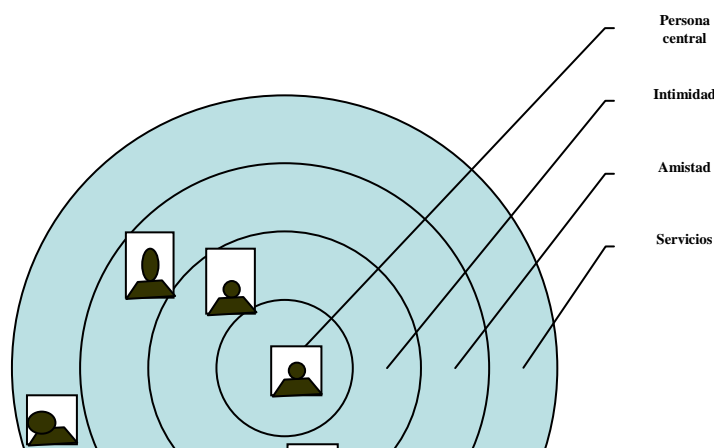
<p><b>Familia</b>  <b>María, hija</b>          Isabel, nieta          Antonio, hijo          Ernesto, yerno</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;">             foto              foto              foto              foto         </div>	<p><b>Amigos</b>  <b>Lolita, amiga</b>          Fernanda, vecina</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;">             foto              foto         </div>
<p><b>Centro</b>  <b>Raquel, profesional referencia</b>          Isa, trabajadora social          Rufino, compañero centro día</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;">             foto              foto              foto         </div>	<p><b>Profesionales comunidad</b>  <b>Ricardo, cura de la parroquia</b>          Sara, enfermera Centro salud</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;">             foto              foto         </div>

**Confianza máxima (asuntos más íntimos)**

**Buena relación, confianza básica**

Ejemplo tomado de: la Atención Gerontológica Centrada en la Persona. Guía para la atención profesional (Martínez 2011):

**Los círculos de apoyos o relaciones** son otra forma utilizada para representar las relaciones sociales de las personas usuarias. En el centro se sitúa la persona central, y en función de la proximidad, los distintos círculos señalan áreas de mayor cercanía a ésta. En el círculo próximo a la persona las que guardan relación de intimidad, en el siguiente las amistades y en el más exterior los profesionales de la comunidad significativos (centros culturales o de ocio) o del centro al que puede estar asistiendo.



Son instrumentos que, además de servir para la constitución del grupo de apoyo y consenso, proporcionan **información sobre la cantidad de contactos sociales y la percepción de la persona sobre los mismos**. Ello puede dar nuevas pistas sobre objetivos de intervención relacionados con aumentar las relaciones sociales o mejorar la integración social de la persona.

A la hora de identificar las relaciones sociales significativas de la persona puede ser interesante confeccionar una lista de personas relevante teniendo en cuenta **cuatro ámbitos**,:

- Familia
- Amigos/as
- La comunidad
- Profesionales de servicios

## 2.5. Las reuniones de un grupo de apoyo

La experiencia aconseja **no formar grupos básicos donde participen muchas personas**, ya que además de resultar poco operativos, pueden inhibir la participación de la persona.

Ello no impide que en algunas ocasiones, **en función del objetivo o tema a tratar, se incorporen al grupo y a la reunión, otras personas** que tengan algo importante (opiniones, apoyos) que aportar.

También se recomienda, siempre que esto sea posible, **la presencia física de la persona en las reuniones aun en los casos en los que la persona tiene una grave afectación** y no es capaz de participar y comprender la reunión. Los equipos con experiencia en esta metodología indican que **la mera presencia de la persona en las reuniones influye positivamente** en la actitud de respeto hacia la persona y favorecer la toma de decisiones desde su perspectiva.

La **frecuencia** de las reuniones **puede ser muy variable**. En todo caso tiene que responder a las necesidades de la persona en función de los objetivos que se vayan proponiendo en relación a su plan de atención y vida. También ha de permitir la asistencia de quienes se comprometen.

### 3. El grupo de apoyo y consenso en el proyecto *Etxean Ondo*

El proyecto Etxean Ondo propone como **estrategia optativa para la elaboración y desarrollo de los Planes de Atención y Vida** la constitución de Grupos de apoyo y consenso.

#### 3.1. Cuándo proponer y crear un grupo de apoyo y consenso

Puede plantearse esta forma de elaborar el PAyV en dos casos:

- Personas con competencia suficiente que deseen esta opción
- Personas no competentes para la toma de decisiones sobre su PAyV (personas con discapacidad intelectual grave, enfermedad mental severa o deterioro cognitivo avanzado).

#### 3.2. Quién forma parte del grupo

Se propone limitar el **grupo básico** de apoyo y consenso a 4-5 personas:

- El gestor/a del caso
- La propia persona
- 1-3 participantes (familia, amigos, figuras relevantes, u otros profesionales como el auxiliar del SAD, asistente personal...).

Como se indicaba con anterioridad, para reuniones donde se aborden temas concretos se puede proponer la participación de otras personas.

#### 3.3. Quién conduce el grupo

El gestor/a de caso será la figura facilitadora del proceso de elaboración del PAyV y, por tanto, de la constitución y coordinación de los grupos de apoyo y consenso. Podrá ser, por tanto, un/a trabajador/a social (casos tipo 1 y 2) como un/a enfermero/a (caso tipo 2).

También cuando la gestión de caso sea derivada al profesional encargado del Servicio de promoción de la autonomía personal, como puede suceder fundamentalmente en los casos de personas con discapacidad donde sea objetivo básico de intervención la promoción laboral o social, será esta figura quien asuma la coordinación del grupo de apoyo y consenso en caso de apostar por esta estrategia.

### 3.4. Cómo crear un grupo de apoyo y consenso

#### 1ª. Proponer la constitución del grupo de apoyo

El gestor/a del caso, será quien proponga a la persona usuaria, si tiene capacidad para decidir al respecto, la posibilidad de formar un grupo que le apoye en su plan de atención.

También será aconsejable consultarlo con las personas de la familia más cercanas, de cara a ver su disponibilidad.

#### 2ª. Seleccionar sus componentes

Junto con la persona usuaria, si esto es posible, decidirá quienes pueden participar en el mismo. Para ello se recomienda utilizar instrumentos como los mapas de relaciones sociales o círculos de relaciones.

Entre ellos se seleccionará quienes formarán el grupo de apoyo y consenso, evidentemente, siempre que las personas acepten la idea y el compromiso que con ello adquieren.

Si la persona tiene una grave afectación cognitiva o emocional, será su familia más próxima (o representante legal) quien colabore en esta selección. En este caso, el gestor/a del caso recabará información sobre qué personas cercanas:

- Suelen descubrir en seguida qué es lo que la persona necesita o desea
- La conocen mejor
- Han tenido mayor cercanía o presencia por trayectoria vital

Es aconsejable contar con la opinión tanto de personas que han estado mucho tiempo cerca de la persona como de otras que tengan una relación más reciente.

### **3ª. Informar al grupo y formarlo**

Es imprescindible informar a las personas invitadas a formar el grupo de apoyo y consenso sobre la misión, cometidos del mismo y compromisos que se adquieren.

Además, las personas que vayan a participar deben ser formadas en las principales técnicas que guiarán el proceso entre las que cabe destacar:

- Lo que es y supone un modelo de atención centrada en la persona
- El plan de atención y vida: concepto, procesos e instrumentos para su elaboración
- Método a seguir en las reuniones del grupo

### **4ª. Constitución formal del grupo**

Se recomienda formalizar por escrito la aceptación de formar parte del grupo de apoyo y consenso y su asunción de los compromisos que ello conlleva, entre los que figuran:

- Mantener confidencialidad sobre los temas tratados
- Asistir a las reuniones que se convoquen
- Contribuir a que se cumplan los acuerdos a los que llegue el grupo
- Respetar las decisiones de la persona y mantener una relación de apoyo
- No suplantar a la persona y apoyar para que ella sea quien ejerza el máximo control posible sobre sus asuntos y su vida.

### **3.5. Cómo organizar las reuniones**

Siempre que sea posible, se optará porque la persona participe y esté presente en las reuniones, aunque su afectación no le permita apenas participar en ella.

## 4. Claves para el éxito

### Claves relacionadas con el modelo de atención centrada en la persona

- ☺ Los componentes del grupo de apoyo y consenso deben tener siempre presente que en la elaboración del PAyV las preferencias y deseos de la persona son una referencia fundamental.
- ☺ Tener en cuenta que los proyectos de vida, y por tanto los PAyV varían según el momento vital de la persona y el grupo de apoyo y consenso ha de formarse desde esta perspectiva.
- ☺ Tener presente que cuando se sustituye a personas no competentes para la toma de decisiones en su cuidado, el objetivo es decidir poniéndose en lugar de la persona y tomando como referencia sus hábitos de vida y sus preferencias. Se trata, por tanto, de evitar decidir según las propias creencias y códigos morales.
- ☺ Fijarse y partir de las capacidades y fortalezas de la persona y no solo en las dificultades, limitaciones y patologías.

- ☺ No sustituir a la persona cuando no sea preciso
- ☺ Apoyar la participación de la persona: no hablar de la persona, sino con la persona; evitar agobiar a preguntas, respetar los ritmos de la persona, dejarla expresarse.

### Claves organizativas

- ☺ Plantearlo como una opción voluntaria
- ☺ Que los miembros conozcan bien a la persona
- ☺ Que el grupo esté suficiente formado
- ☺ Que el grupo no sea muy amplio y resulte operativo
- ☺ Que en cada sesión, según los objetivos y temas a tratar, tengan cabida siempre que sea preciso, otros miembros.
- ☺ Que los miembros se comprometan a asistir a las reuniones
- ☺ Que los miembros acepten el papel del gestor del caso como movilizador y dinamizador el grupo de apoyo y consenso.
- ☺ Contar con la presencia física de la persona en las reuniones. Aunque pensemos que sea innecesario, la mera presencia modifica la actuación del grupo.

### Claves actitudinales

- ☺ La madurez personal y profesional ante el cambio de rol de los gestores: del rol prescriptor a la orientación, facilitación y provisión de apoyos.
- ☺ El respeto a los demás participantes en el grupo
- ☺ La flexibilidad en el proceso para realizar ajustes precisos

## 5. Para saber más

### Bibliografía consultada para la elaboración del DMS

Nota: Con un asterisco y en negrita se destacan los documentos en castellano consultados que, por su carácter aplicado, resultan de especial interés en relación la formación de Grupos de apoyo y consenso.

**\* FUNDACIÓN SAN FRANCISCO DE BORJA (2007). Planificación centrada en la persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja con Discapacidad Intelectual. Madrid: FEAPS.**

MARTÍNEZ T. (2010) Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad o dependencia. Colección Gerontología Social SEGG. Madrid: Editorial Médica- Panamericana.



**\* MARTINEZ T. (2011) La atención gerontológica centrada en la persona. Una guía para la intervención profesional en servicios y centros. Gobierno País Vasco.**

MOSS K, WILEY D.(2003) A brief guide to personal futures planning.

MOUNT B, DUCHARME G, BEEMAN P (1991) Person Centered Development. Manchester, CT: Communitas Inc

MOUNT B.(1990) Making Futures Happen: a Manual for Facilitators of Personal Futures Planning. St. Paul, MN: Governors's Council on Developmental Disabilities.

**\* SEVILLA J; ABELLÁN R; HERRERA G; PARDO C; CASAS X; FERNÁNDEZ R (2009) [WWW.miradasdeapoyo.org](http://WWW.miradasdeapoyo.org). Un concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI. Fundación Adapta.**

## PROYECTO ETXEAN ONDO

### *Programas de Intervención Marco (PIM)*

#### **PIM -1. La atención integral centrada en la persona**

1. El porqué de la atención integral centrada en la persona
2. ¿En qué consiste la atención integral centrada en la persona en el Proyecto Etxean Ondo?
3. Propuestas para la planificación
  - Paso 1. Definiendo los objetivos específicos
  - Paso 2. Identificando los grupos diana y, en su caso, los criterios de inclusión
  - Paso 3. Seleccionando y secuenciado las principales actuaciones
  - Paso 4. Seleccionando los elementos metodológicos
  - Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones
  - Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación
4. Puntos clave para aportar y generar consenso

## 1. El porqué de la atención integral centrada en la persona

**La atención integral centrada en la persona** es el programa de intervención marco más importante de los incluidos en el proyecto Etxean Ondo para desarrollar en domicilios porque:

- 👉 Las personas mayores en situación de fragilidad, las personas con discapacidad y las personas en situación de dependencia, según repetidamente se recoge en encuestas y otros tipos de investigación, **prefieren seguir viendo en su casa y conectadas con su comunidad**, frente a opciones de institucionalización.
- 👉 Estas personas necesitan apoyos, cuidados y atención para poder desenvolverse con el mayor grado de **independencia** posible y llevar adelante sus **proyectos vitales ejerciendo el máximo control posible sobre sus asuntos cotidianos y sobre su vida**.
- 👉 Una atención integral implica **afrentar las diferentes dimensiones de necesidad detectadas** en valoraciones técnicas rigurosas (cuidados personales, atención sanitaria, ayuda en las actividades de la vida diaria, apoyo psicosocial y educación sanitaria a la persona y a la familia cuidadora, estímulo y apoyo al desarrollo personal, adecuación vivienda, suministro de productos de apoyo, favorecer la participación social, la inclusión laboral a las jóvenes, etc). Y para todo ello, la mirada de la intervención profesional ha de ser necesariamente global precisándose de la **coordinación y cooperación de los diversos sistemas, niveles y recursos** implicados y, en especial, de los sistemas de **servicios sociales y sanitarios**.
- 👉 Muchas familias están dispuestas a cuidar y seguir cuidando a sus familiares, pero, para **evitar el riesgo de claudicación y garantizar la calidad de los cuidados**, precisan de determinadas intervenciones profesionales en el domicilio y fuera de él (cuidados a la persona complementarios a los que suministra la familia, tanto sociales como sanitarios y orientación, formación y apoyo a la familia cuidadora).
- 👉 Es oportuno coordinar las actuaciones que desde distintos ámbitos se viene prestando a las personas que necesitan ayuda.

Especialmente la cooperación desde los servicios sociales (SAD) y salud (atención primaria) es imprescindible. Pero, para lograr una **atención integral, continuada y eficiente también es necesaria la clarificación y la coordinación con otros ámbitos de la intervención social** (servicios sociales municipales y forales, vivienda, educación, trabajo, teleasistencia, participación social y comunitaria, etc.)

## 2. ¿En qué consiste la atención integral centrada en la persona en el proyecto Etxean Ondo?

El programa marco **La atención integral centrada en la persona** es la intervención básica del proyecto Etxean Ondo, ya que desde ella se articulan, a través de los planes personalizados de atención y vida, el conjunto de actuaciones y apoyos que precisa cada persona usuaria.

Pretende coordinar un plan personalizado de atención integral a las personas que por su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia requieren apoyos para seguir viviendo en su casa y para completar sus proyectos de vida en los distintos ámbitos de desarrollo personal (cuidados, relación y participación social, formación, ocio, trabajo, etc).

De forma especial se dirige a describir y coordinar las actuaciones que desde atención primaria de servicios sociales y desde salud se vienen proporcionando a las personas que viviendo en sus casas precisan de cuidados de larga duración.

Para ello, se tiene en cuenta **dos tipos de perfiles de personas destinatarias:**

- Tipo 1 Gestión de casos intervención social. Personas con necesidad de cuidados personales pero que no precisan de manera continuada atención sanitaria.
- Tipo 2. Gestión de casos de atención sociosanitaria. Personas con necesidades de atención sociosanitaria, es decir casos de quienes presentan un componente de complejidad clínica y que precisan de una atención sanitaria y social, simultánea, coordinada y estable.

Nota: Para más información consultar el DMS-2. La gestión de casos

Este programa de intervención busca **delimitar las principales actuaciones de apoyo que han de llevarse a cabo así como la coordinación entre profesionales, persona usuaria y familia que se requiere**. Por su carácter nuclear, es una intervención que **engarza con el total de PIM** que incluye el proyecto Etxean Ondo.

### 3. Propuestas para la planificación

#### Paso 1. Definiendo los objetivos específicos

Por las características mencionadas de este PIM, sus objetivos han de resultar coincidentes y facilitadores de los que se describen en el Documento metodológico base (planificación participativa en el Proyecto Etxean Ondo) (págs. 2 y 3).

No obstante, se recuerda que sus **objetivos generales** se dirigen tanto a la mejora de la calidad de vida de las personas adultas con discapacidad y de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia y de sus familias cuidadoras, como a generar conocimiento sobre este nuevo modelo de atención y los recursos implicados en distintos ámbitos.

#### **Objetivos específicos relacionados con la persona y el grupo familiar**

- ✓ Mantener el mejor estado de salud posible (estado físico, cognitivo, emocional y relacional) de la persona.
- ✓ Identificar y reducir el exceso de dependencia.
- ✓ Mejorar/mantener las capacidades funcionales, cognitivas y relaciones.
- ✓ Favorecer la inclusión social (laboral -cuando proceda por criterio de edad- y relacional) de las personas.
- ✓ Permitir que la persona siga viviendo en su casa con calidad de vida y participando en su entorno comunitario.
- ✓ Incorporar a la persona (y en su caso a la familia o grupo de apoyo y consenso) al proceso de planificación de la atención, teniendo en cuenta sus preferencias y deseos.
- ✓ Fomentar el control por parte de la persona de sus asuntos cotidianos y en relación al autocuidado.
- ✓ Reducir la carga del cuidador/a, mejorar su estado físico y psicoafectivo y su nivel de conocimiento, mediante el

- ofrecimiento de apoyos y formación para cuidar mejor (cuidadores/as expertos/as).
- ✓ Prevenir o actuar en situaciones de trato inadecuado.

## Objetivos específicos relacionados con la definición y coordinación de las intervenciones profesionales

- ✓ Delimitar las atenciones a recibir dentro y fuera del domicilio para atender las necesidades de las personas (y, en su caso, de sus familias y empleadas cuidadoras) y permitir el desarrollo de sus proyectos de vida.
- ✓ Organizar las intervenciones en función de perfiles de personas usuarias según necesidades y tipo de atención domiciliaria.
- ✓ Identificar las actuaciones a desarrollar desde el SAD en el domicilio y fuera de éste.
- ✓ Identificar las actuaciones a desarrollar desde enfermería de atención primaria sanitaria en relación a los cuidados en domicilio.
- ✓ Ofrecer formación inicial y continuada a los/as auxiliares del SAD en el nuevo modelo de atención.
- ✓ Identificar las principales intervenciones relacionadas con la accesibilidad en la vivienda, los productos de apoyo y la teleasistencia.
- ✓ Identificar y coordinar servicios u otro tipo de actuaciones importantes en la atención integral a la persona (servicios de proximidad a domicilio, servicios de promoción de la autonomía personal).
- ✓ Coordinar los servicios y las actuaciones profesionales que desde distintos sistemas y recursos de la comunidad se ofrecen a las personas, una vez consensuado el Plan de atención y vida, y según los perfiles establecidos.

## Paso 2. Identificando perfiles de personas usuarias y los criterios de inclusión

### a) Perfil 1. Gestión del caso intervención social

Son todas las personas usuarias que precisan cuidados personales y domésticos y que se seleccionen entre los que reúnan los criterios generales de inclusión especificados, sin precisar atención sanitaria continuada. (ver DMS1, Gestión de casos, págs. 7-8).

Dado el carácter piloto del proyecto, los casos vendrán seleccionados atendiendo a razones de perfil pero también metodológicas (requisitos de investigación). En este sentido, existirá una muestra experimental y una muestra control a lo largo de la experiencia piloto.

#### *Grupo poblacional*

- Personas mayores 65 años en situación de fragilidad que vivan en su domicilio
- Personas mayores 65 en situación de dependencia que vivan en su domicilio
- Personas mayores 18 años con discapacidad que vivan en su domicilio

#### *Criterios de inclusión*

Resultarán seleccionados aquellos casos que, sin precisar atención sanitaria continuada, reúnan los criterios generales de inclusión especificados, en el DMS1, Gestión de casos, págs. 7-8, y, además, los que se detallan a continuación:

Nota: Pendientes de ser consensuados con los servicios sociales municipales antes de ser detallados en este PIM.

#### *Criterios de exclusión*

- Los casos que cumplan los criterios del perfil 2 (casos de complejidad clínica y necesidad de atención sanitaria continuada).

### **Perfil 2. Gestión caso atención sociosanitaria**

**Son las personas usuarias que además de cuidados personales y domésticos precisan atención sanitaria continuada.**

Dado el carácter piloto del proyecto, los casos vendrán seleccionados atendiendo a razones de perfil pero también metodológicas, existiendo

una muestra experimental y una muestra control (criterios de investigación).

En relación a los grupos diana, se siguen las propuestas de estratificación de la población limitando la gestión de casos personas de alta complejidad sanitaria.

Propuestas de criterios de inclusión:

Resultarán seleccionados aquellos casos que, precisando de atención sanitaria continuada y también atención de los servicios sociales, reúnan los criterios generales de inclusión especificados, en el DMS1, Gestión de casos, págs. 7-8, y, además, los que se detallan a continuación:

Nota: Pendientes de ser consensuados con los servicios sanitarios antes de ser detallados en este PIM.

Como orientación en la determinación de criterios, se recogen dos propuestas ya definidas:

*Propuesta 1. Basados en la documentación elaborada para la experiencia de atención comunitaria en el municipio de Zarautz.*

#### *Grupo poblacional*

- Personas mayores de 65 años que vivan en su domicilio con o sin apoyo familiar.
- Personas mayores de 65 que viven en domicilio de su familia
- Personas mayores de 18 años con discapacidad

#### *Criterios de inclusión*

Se deben cumplir todos los criterios generales y al menos uno de los específicos.

#### *Generales*

- Grado dependencia II ó III
- Más de 4 prescripciones crónicas
- Más o igual de tres visitas a urgencias en el último año
- Más o igual de dos ingresos hospitalarios en el último año

#### *Específicos*

- Insuficiencia cardiaca
- EPOC
- Demencia



- Hepatopatía/Diabetes/Artrosis (al menos dos de estas patologías)

Nota: De acordarse aplicar esta propuesta, habría que añadir criterios relacionados con las patologías que se decida priorizar entre las que con mayor prevalencia presentan las personas con discapacidad entre 18-65 años. Ello ha de ser consensuado con los servicios sanitarios antes de ser detallado en este PIM.

Propuesta 2. Basada en el modelo de atención domiciliaria de enfermería de Andalucía.

### Grupo poblacional

Personas mayores de 18 años susceptibles de recibir atención a domicilio que por la complejidad de su proceso o situación de salud requieran la puesta en marcha de elementos de coordinación con diferentes profesionales y de la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada que dé respuesta a sus necesidades de cuidados y a las de sus cuidadores. Son personas con enfermedades crónicas complejas y/o personas con gran dependencia.

### Criterios de inclusión:

- Personas inmovilizadas o grandes dependientes mayores de 65 años (grado 3)
- Personas inmovilizadas o grandes discapacitados entre 18 y 65 años (Grado 3)
- Pacientes en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos
- Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados a domicilio
- Personas mayores de 18 afectadas de "enfermedades raras"

Nota: Se considera que esta propuesta contiene criterios muy generales. Se recomienda que los criterios finalmente seleccionados sean más específicos. Pendientes de ser consensuados con los servicios sanitarios antes de ser detallados en este PIM.

## Paso 3. Seleccionando y secuenciando las principales actuaciones

Se distinguen dos tipos de actuaciones: a) las actuaciones dirigidas a organizar las intervenciones y b) las relacionadas con la atención integral centrada en la persona en cada caso desde el desarrollo de planes de atención vida.

## a) Actuaciones dirigidas a definir las intervenciones profesionales

### 1. Cómo realizar la entrada del caso al programa y la selección de los mismos.

La entrada de casos al proyecto es doble, pudiendo realizarse tanto desde atención primaria de salud como desde servicios sociales municipales.

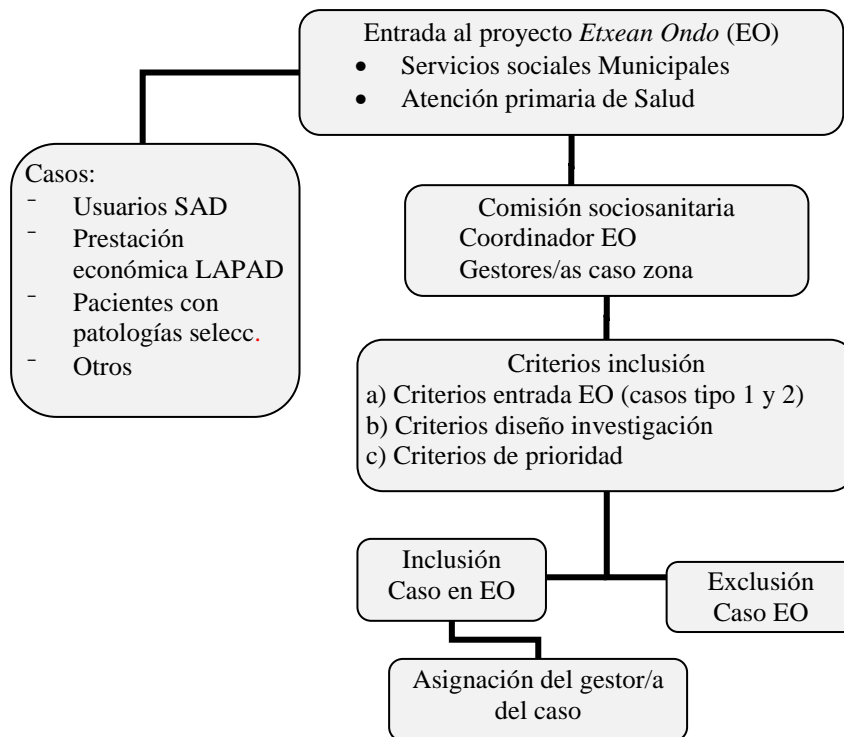
Los casos a incluir en el proyecto *Etxean Ondo* pueden provenir de tres situaciones, siempre que cumplan los criterios de entrada en el proyecto *Etxean Ondo* (criterios de tipología 1 y 2 definidos anteriormente):

- a) Personas que ya están incluidas en la atención del SAD.
- b) Personas que tienen una prestación económica para cuidados en el entorno familiar o para asistente personal derivada de la LAPAD.
- c) Personas que no estén en ninguna de las situaciones anteriores y sean seleccionadas como nuevos casos, dándoles entrada en los servicios sociales.

En cada territorio, una comisión formada por los gestores de casos y el coordinador/a del proyecto será la encargada de valorar el cumplimiento de criterios y seleccionar los casos para entrar en el proyecto. Para ello se seguirán tres tipos de criterios:

- a) Los criterios de inclusión en el proyecto *Etxean Ondo* (confirmando que se encuentran bien en la tipología 1 y 2 de gestión de casos).
- b) Los criterios indicados por el diseño de investigación (nº de casos según ciertas variables como edad, discapacidad, enfermedades crónicas que presenta, tipo de prestaciones recibidas, sexo, etc).
- c) Otros criterios a determinar para priorizar el orden de entrada una vez que se cumplan los criterios del grupo a y b.

De forma gráfica el proceso a seguir sería el siguiente.



## 1. Definición de las actuaciones profesionales

Nota: En este documento PIM solo se recogen las actuaciones referidas al Servicio de Ayuda a Domicilio y a la atención sanitaria desde los servicios de enfermería de atención primaria. El resto de actuaciones necesarias y previstas para la atención integral se recogen en el resto de documentos PIM.

### 1.1. Servicio de Ayuda a Domicilio

Son actuaciones dirigidas al conjunto de personas incluidas en el proyecto *Exteando Ondo* (Perfiles 1 y2). Evidentemente, cada persona, tendrá los apoyos precisos por parte del SAD en función de la valoración realizada y lo acordado en su Plan de Atención y Vida.

#### Cuidados personales (atención física domiciliaria)

- Aseo
- Vestido
- Ayuda comer
- Deambulación
- Administración medicación
- Movilizaciones
- Primeros auxilios
- Colaboración cuidados sanitarios
- ...

En los casos que hayan sido valorados de atención sociosanitaria (Perfil 2) estas actividades se realizarán siguiendo las indicaciones y pautas del enfermero/a de atención primaria.

Dicho profesional mantendrá reuniones periódicas con los profesionales del SAD y les orientará en el domicilio sobre las dificultades y dudas que se presenten.

### **Tareas domésticas (gestión y funcionamiento de la unidad convivencial)**

- Lavado y preparación ropa
- Limpieza casa
- Gestión, aprovisionamiento y cocina
- Compras
- Preparación comida
- Limpieza enseres
- ...

### **Estimulación a la actividad, ocio y apoyo a otras actividades cotidianas (intervenciones de atención psicosocial).**

- Estimulación a la realización de actividades gratificantes para la persona
- Acompañamiento fuera del hogar (compras, gestiones, ...)
- Apoyo a actividades importantes para la persona (escribir una carta, llamar por teléfono...)
- Interrelación y técnicas de comunicación
- ...

## **1.2. Atención de enfermería en domicilio**

Son actuaciones dirigidas a las personas incluidas en el proyecto *Extean Ondo* que han sido valoradas con perfil de necesidades sociosanitarias (Perfil 2). También en estos casos, cada persona tendrá los apoyos precisos por parte de los profesionales de atención primaria en función de la valoración realizada y lo acordado en su Plan de Atención y Vida.

- Atención sanitaria prescrita
- Orientación y pautas a la propia persona para su autocuidado (paciente informado)
- Orientación a los auxiliares del SAD y a otros cuidadores no profesionales (cuidados especiales, administración medicación, etc.)
- Orientación y pautas a la familia (cuidadores expertos).

## **b) Actuaciones relacionadas con la atención integral centrada en la persona en cada caso**

Una vez que el caso ya ha entrado en el proyecto, es decir una vez que ha sido valorado y cumple los distintos criterios que finalmente se establezcan, empieza el proceso de atención integral centrada en la persona, tras haberle sido asignado un gestor/a del caso. Este proceso, a su vez, puede desglosarse en distintas fases y actuaciones.

Nota: Se recogen de forma esquemática las principales actuaciones a desarrollar por el gestor/a de caso asignado con cada persona para elaborar y llevar a cabo su plan integral de atención y vida. Para más información consultar: DMS-1. La gestión de casos; DMS-2. El plan de atención y vida y DMS. El grupo de apoyo y consenso.

<b>Actuación</b>	<b>Qué profesional/es la llevan a cabo</b>
<p>1º) Acogida del caso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepción de la información y valoraciones técnicas existentes</li> <li>- Primer entrevista. Valoración inicial de las necesidades de la persona y de la familia</li> <li>- Visita a domicilio. Valoración inicial del entorno</li> <li>- Valoraciones complementarias, si se precisan, de otros profesionales (salud y servicios sociales)</li> </ul>	Gestor/a del caso asignado
<p>2º) Fase preparatoria a la elaboración del PAyV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información básica a la persona (y/o en su caso a la familia) sobre el proceso de gestión de casos y el modo de elaboración y de participación en el Plan Integral de Atención y Vida (PAyV).</li> </ul> <p>Dos opciones:</p> <p>a) Elaboración PAyV mediante un grupo de apoyo y consenso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Propuesta e información a la persona y familia sobre la opción de constituir un grupo de apoyo y consenso.</li> <li>- Constitución, junto con la persona usuaria, del grupo de apoyo y consenso.</li> <li>- Formación de los miembros del grupo de apoyo y consenso sobre su misión, filosofía</li> <li>- Constitución del grupo</li> </ul> <p>b) Elaboración del PAyV sin grupo de apoyo (pero contando con la persona o familia/representante legal).</p>	Gestor/a del caso asignado

<p>Si la persona es competente para la toma de decisiones sobre su plan de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información a la persona del proceso de elaboración del PAyV.</li> <li>- Conocimiento de la persona recabando (biografía, hábitos de vida satisfactorios, valoraciones profesionales, observación...)</li> </ul> <p>Si la persona no es competente para la toma de decisiones sobre su plan de atención (deterioro cognitivo severo, discapacidad intelectual severa, etc).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento de la persona recabando información a través de otros (biografía, hábitos de vida satisfactorios, valoraciones profesionales, información de familiares, observación...)</li> </ul>	
<p>3º) Elaboración y desarrollo del PAyV</p> <p><b><u>I Valoración</u></b></p> <p><b>a) Valoración y puesta en valor de la persona</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Salud</li> <li>Nivel funcional</li> <li>Dimensión cognitiva</li> <li>Dimensión emocional</li> <li>Relación social</li> <li>Intereses ocupacionales de la persona</li> <li>Gestión de su vida cotidiana: deseos y preferencias</li> </ul> <p><b>b) Valoración del entorno</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Situación convivencial, carga cuidador/a principal y necesidades</li> <li>Vivienda: condiciones de accesibilidad y necesidades</li> <li>Entorno: accesibilidad, disponibilidad de recursos (ocio, formación, ocupación/trabajo) y necesidades.</li> </ul> <p><b>c) Consenso sobre los principales objetivos en la intervención</b></p> <p><b><u>II. Atenciones e intervenciones consensuadas</u></b></p> <p><b>A) Atenciones en el domicilio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio Ayuda Domicilio (Casos tipo 1 y 2)</li> <li>Atención sanitaria (Casos tipo 2)</li> <li>Servicios complementarios al SAD</li> <li>Servicio de teleasistencia</li> </ul> <p><b>B) Servicios para un entorno accesible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Valoración vivienda</li> <li>Intervención ambiental (eliminación de</li> </ul>	<p>Gestor/a del caso asignado</p>

<p>barreras, medidas ambientales, productos de apoyo...) Productos apoyo Transporte</p> <p><b>C) Otros servicios o intervenciones fuera del domicilio</b> Promoción de la salud, Autocuidado y control de la propia vida Servicio para la promoción de la autonomía personal Servicio de asistente personal Servicio de participación social</p> <p><b>D) Recursos de apoyo</b> <b>Técnicas e instrumentos de atención personalizada en las intervenciones</b> Se recogerán en documentos anexos (biografía, preferencias en la atención, mapas básicos, fichas diversas...)</p> <p><b>Pautas o apoyos (alteraciones comportamiento, dificultades comunicación...)</b></p> <p><b>E) Intervenciones dirigidas al grupo familiar u otros cuidadores no profesionales</b> Programa Sendian Servicio "Acompaña"</p> <p><b><u>III. Revisión del plan, acompañamiento y seguimiento</u></b></p>	
---	--

#### Paso 4. Utilizando los elementos metodológicos

- **La entrevista.** Método de encuentro donde de forma sistematizada el profesional recoge información de la persona o grupo, informa, orienta y establece consensos.
- **La historia social.** Soporte documental utilizado en Trabajo social para recoger información social relevante de la persona, grupo familiar y entorno, así como del proceso de intervención social.
- **La historia o informe de salud.** Soporte documental donde se recoge la información de salud de la persona: antecedentes, diagnósticos, tratamientos y atenciones sanitarias propuestas y recibidas. Interesa de este documento, sobre todo, lo relacionado con la situación y tratamiento de las enfermedades o trastornos que han provocado la situación de dependencia.

- **Datos sociosanitarios mínimos.** Soporte documental donde se recogen los datos mínimos necesarios para realizar una atención sociosanitaria coordinada, y, desde garantías de confidencialidad, manejar conjuntamente los equipos implicados en la atención a la persona.
- **La visita en el domicilio.** Procedimiento sistematizado donde el profesional realiza labores de observación, valoración y asesoramiento en el domicilio de las personas usuarias.
- **El Plan Integral de Atención y Vida.** Instrumento donde se recoge la valoración integral de la persona, la propuesta de servicios, actuaciones técnicas, pautas y apoyos preciso tanto para proporcionar los cuidados de salud precisos como para permitir la autogestión en la vida cotidiana de la persona y el desarrollo de su proyecto de vida.

Nota: Para más información consultar el DMS-2. El plan integral de atención y vida.

- **Instrumentos complementarios para la atención personalizada**  
Instrumentos complementarios a los utilizados para la valoración integral de la persona y que se dirigen a visibilizar sus capacidades, a reforzar su identidad, así como a identificar sus preferencias, potenciar sus elecciones y su toma de decisiones en la vida cotidiana.

Nota: Para más información consultar el DMS-2. El plan integral de atención y vida

- **El grupo de apoyo y consenso**

Grupo constituido por personas cercanas a la persona que se comprometen a apoyarla en la elaboración y desarrollo de su proceso de atención facilitando el ejercicio de su autodeterminación de la persona, ayudándole a visibilizar sus capacidades, a tomar sus propias decisiones, buscando y movilizando los apoyos precisos en cada caso y momento.

Nota: Para más información consultar el DMS-3. El grupo de apoyo y consenso

- **Otras fichas o registros:**



- Fichas de registro de incidencias y observación por parte del personal SAD.
- Fichas para el seguimiento de las reuniones del grupo de apoyo y consenso.
- Fichas para recoger las pautas de enfermería atención primaria
- Fichas de recogida de acuerdos de coordinación de actuaciones
- ...

Nota: En los talleres socio-sanitarios se acabarán de concretar y de definir los instrumentos a utilizar en este paso del proceso.

## **Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones**

### **La coordinación del proceso desde el gestor/a del caso**

El Gestor/a del caso es quien permanece en contacto y coordina las actuaciones del conjunto de profesionales que intervienen en el PAyV consensuado.

En los siguientes gráficos se representa la coordinación que, en función del tipo de gestión de caso, debe realizar el gestor/a, incluyendo tanto la necesaria coordinación entre profesionales como con la persona usuaria y la familia.

Gráfico 1. Gestor/a del caso tipo 1: intervención social

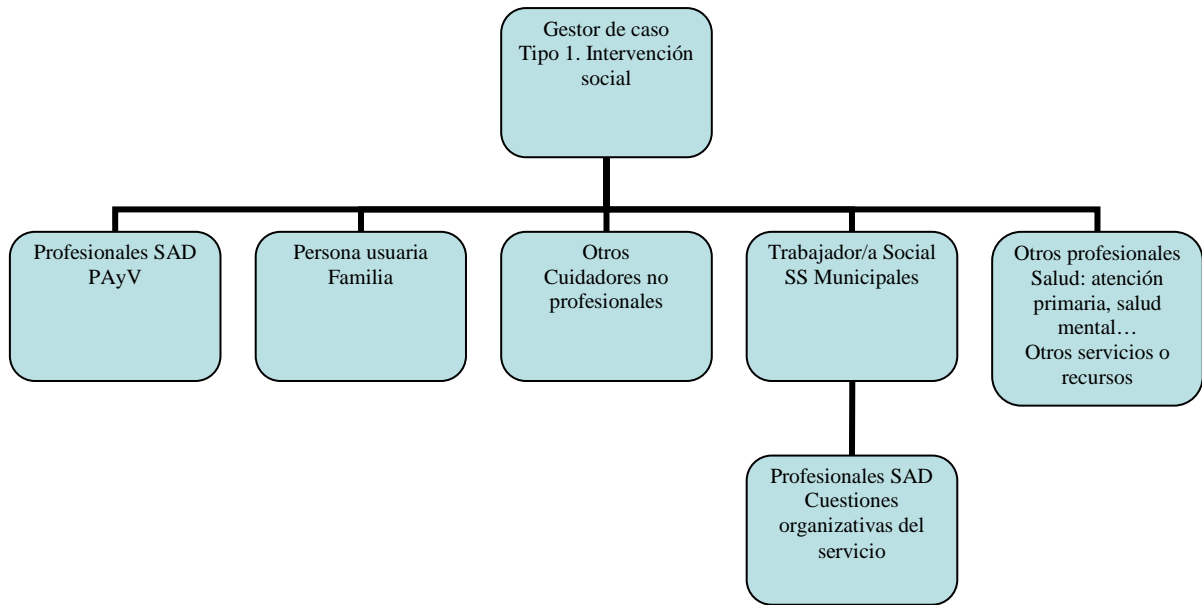
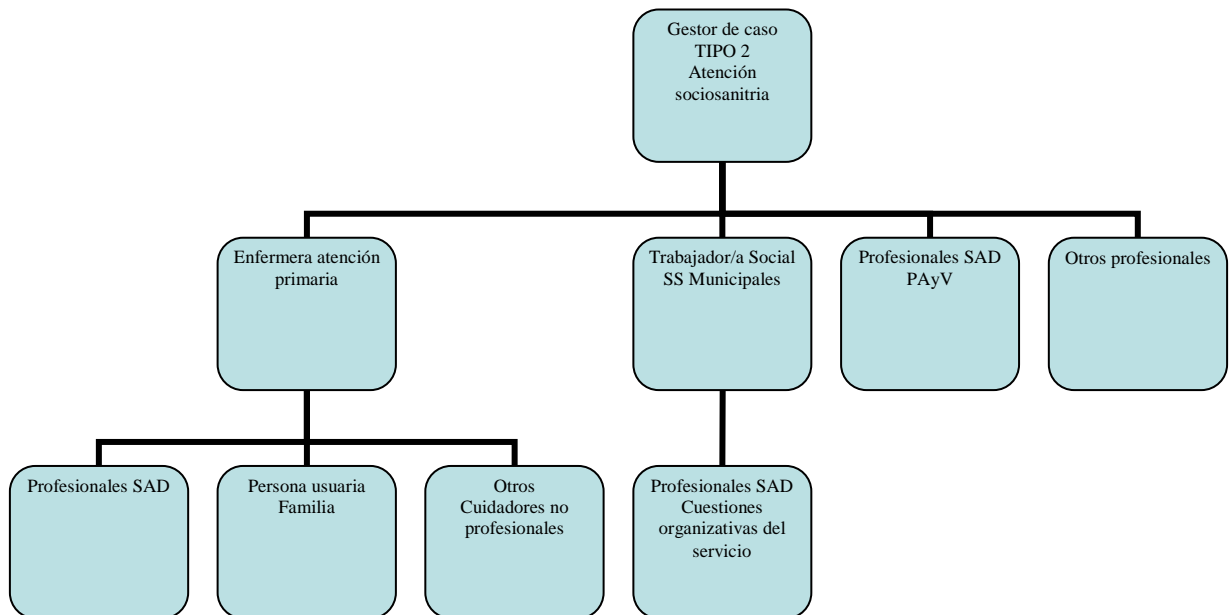


Gráfico 2. Gestor/a del caso tipo 2: atención sociosanitaria



En la siguiente tabla se recogen los diferentes profesionales relacionados con la atención en domicilio que deben mantener actuaciones coordinadas. El gestor/a del caso será la figura encargada de conseguir dicha coordinación. Se apuntan también posibles formas de coordinación del gestor/a de caso con el resto de profesionales, a determinar según tipo de profesionales y necesidad de intensidad del contacto.

#### Gestor/a del caso

Trabajador Social SS Municipales

Enfermería atención primaria Salud

Profesionales SAD

Profesionales servicio teleasistencia

Profesionales servicios domicilio complementarios SAD

- Profesionales dispensación servicios
- Voluntarios servicio acompañamiento

Profesionales prestación asistente personal

Cuidadores prestación económica LAPAD

- Cuidadores no profesionales
- Asistente personal

Profesionales salud

- Médico/a atención primaria
- Enfermería atención primaria
- Salud mental

Profesionales Servicio "Acompaña"

Profesionales Servicios entorno Accesible

- Valoración vivienda
- Préstamo Productos Apoyo
- Transporte accesible
- Profesionales programas apoyo familias
- Profesional Servicio Promoción Autonomía Personal
- Profesionales Experiencias Promoción de la salud, autocuidado y control propia vida
- Profesionales Servicio participación social
- ...

#### Modos de coordinación

Contacto telefónico

Contacto correo electrónico

Reuniones periódicas

Fichas incidencias y seguimiento

Informes de derivación

Informes seguimiento

Reuniones conjuntas de varios profesionales

...

## La coordinación entre el SAD y enfermería de atención primaria

- Reuniones de asesoramiento a las auxiliares del SAD por parte de enfermero/a de atención primaria sobre la prestación de cuidados.
- Pautas escritas para los cuidados por parte de enfermería de atención primaria.
- ...

## Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación

### a) Evaluación mediante indicadores cuantitativos

#### **Relacionados con la atención de la persona usuaria y familia**

- nº casos tipo perfil/nº usuarios \*100
- nº personas mejora situación clínica/nº usuarios total\*100
- nº personas mejora situación funcional/nº usuarios total\*100
- nº personas mejora situación emocional/nº usuarios total\*100
- nº cuidadores reducción carga experimentada/nº cuidadores total\*100
- nº PAyV /nº casos atendidos100
- nº PAyV con grupo de apoyo y consenso/nº total PAyV\*100

...

#### **Opinión/satisfacción**

- nº personas usuarias satisfechas atención recibida/nº total casos\*100
- nº familias satisfechas atención /nº total familias\*100
- nº profesionales atención directa piensan que la atención es integral y coordinada/ /nº profesionales atención directa total\*100

...

### b) Evaluación cualitativa

Además, dentro de la evaluación del proyecto global se incluirá evaluación cualitativa del PIM, incluyendo:

- Aportaciones individuales recogidas mediante cuestionario: lo más valorado del PIM y lo que es preciso mejorar. Se preguntará a profesionales, personas usuarias y familias.
- Valoración grupal (DAFO o similar) a profesionales, familias y personas usuarias

Se sugiere que el coordinador del proyecto de la zona sea el encargado de esta evaluación mediante la recogida de los indicadores.

#### 4. Recogiendo aportaciones

Como puntos de mayor interés para debatir y llegar a consenso se señalan los siguientes:

- ? Perfiles y criterios de inclusión casos 1 y 2 gestión de casos
- ? Criterios de prioridad en el acceso al proyecto (una vez que cumplan los criterios de inclusión y los obligados por el diseño de la investigación)
- ? Definición de las actuaciones en domicilio  
Auxiliares del SAD  
Enfermero/a atención primaria casos atención sociosanitaria
- ? Modos coordinación entre profesionales  
Gestor casos y el resto de profesionales implicados  
Enfermería atención primaria y auxiliares del SAD
- ? Instrumentos valoración integral a incluir en el PAyV

## Bibliografía utilizada para la elaboración del PIM

- BENGOA R, NUÑO R (2008). Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Elsevier-Masson.
- CARRILLO E, CERVERA M, GIL V, RUEDA Y. (2010) Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Barcelona: Antares Conulting.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO DEL PAÍS VASCO. (2011) Experiencia piloto de atención sociosanitaria comunitaria en el municipio de Zarautz.
- FANTOVA, F. (2008) Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas. Cuadernos de Derechos Humanos, Número 49. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto.
- GOBIERNO DEL PAÍS VASCO. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO. OSAKIDETZA (2010) Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.
- GONZÁLEZ POSADA F. Una mirada al modelo andaluz de gestión de casos. (2010) Presentación realizada en mayo del 2010 en Jornadas organizadas por Servicio Murciano de Salud.
- MARTINEZ RODRIGUEZ T. (2010) Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia.
- MARTINEZ RODRÍGUEZ T. (2011) La atención gerontológica centrada en la persona. Una guía para la intervención profesional en servicios y centros. País Vasco: Gobierno País Vasco.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ P y cols (2011): Servicios de Ayuda a Domicilio. Planificación y gestión de casos. Manual de formación para auxiliares. Madrid, Ed. Médica Panamericana.
- SARABIA A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional (2007). Abendua.

- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. (2007) Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria.
- VERDUGO, M.A., dir. (2006): *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad*. Salamanca, Amarú Ed.

## PROYECTO ETXEAN ONDO

### Programas de Intervención Marco (PIM)

#### PIM - 2 Servicios de proximidad complementarios al Servicio de Ayuda a Domicilio

1. El porqué de los servicios de proximidad complementarios al SAD
2. ¿Qué son los servicios de proximidad complementarios al SAD?
3. Propuestas para la planificación de los servicios de proximidad en el proyecto Etxean Ondo

Pasos 1-4. Definiendo los servicios y sus objetivos, identificando las personas destinatarias, seleccionando las actuaciones y definiendo las formas de acceso.

- 3.1. Servicio de comida a domicilio
- 3.2. Servicio de acompañamiento
- 3.3. Servicio de transporte accesible
- 3.4. Servicio de biblioteca móvil
- 3.5. Servicio de fisioterapia
- 3.6. Servicio de podología
- 3.7. Servicio de préstamo de productos de apoyo
- 3.8. Servicio de peluquería, barbería y estética
- 3.9. Servicio de limpieza y arreglo de ropa
- 3.10. Servicio de mantenimiento del hogar
- 3.11. Servicio de mercado a domicilio

Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones

Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación

4. Recogiendo aportaciones



## 1. El porqué de los servicios de proximidad complementarios al SAD

**Los servicios de proximidad complementarios al SAD** es un programa de intervención marco incluido en el proyecto *Etxean Ondo* porque:

- 👉 La **atención integral** que requieren las personas mayores en situación de fragilidad, las personas con discapacidad y las personas en situación de dependencia para su permanencia en el hogar, **va más allá de los cuidados personales, la atención sanitaria y el apoyo en tareas domésticas.**
- 👉 Estas personas, según repetidamente se recoge en encuestas y otras técnicas de investigación, **prefieren seguir viendo en sus domicilios**, frente a opciones de institucionalización. Y para ello requieren **apoyos diversos en tipología e intensidad.**
- 👉 Es preciso contemplar **los apoyos en el domicilio** desde la idea de una **gama de servicios complementarios que permitan cubrir las distintas necesidades** que tienen las personas para seguir viviendo en su hogar.
- 👉 El **SAD oferta unas atenciones limitadas** y sus objetivos de apoyo a la persona pueden verse fortalecidos desde la ampliación y diversificación de nuevas atenciones.
- 👉 El **SAD puede mejorar y optimizar su funcionamiento** si se ve complementado con **otros servicios gestionados de forma independiente.**

## 2. ¿En qué consisten los servicios de proximidad complementarios al SAD?

EL PIM Los servicios de proximidad complementarios al SAD, incluido en el proyecto *Etxean Ondo*, pretende **impulsar, coordinar y fortalecer servicios de proximidad que de forma complementaria al SAD sirvan para ampliar y diversificar las intervenciones y apoyos** que desde este servicio básico se contemplan.

De este modo se pretende incorporar a las atenciones relacionadas con los cuidados personales de carácter sociosanitario y la atención doméstica para personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia que se vienen prestando desde el SAD, otras nuevas, de forma complementaria y coordinada.

Concretamente en este PIM **se ofrecen**, a modo orientativo, **contenidos relacionados con los siguientes servicios:**

- Servicio de comida a domicilio.
- Servicio de acompañamiento.
- Servicio de transporte accesible.
- Servicio de biblioteca móvil.
- Servicio de fisioterapia.
- Servicio de podología.
- Servicio de préstamo de productos de apoyo.
- Servicio de peluquería, barbería y estética.
- Servicio de limpieza y arreglo de ropa.
- Servicio de mantenimiento del hogar y cuidado de mascotas.
- Servicio de mercado a domicilio.

Esta relación de servicios se ha realizado tras una revisión de experiencias llevadas a cabo en el campo de los apoyos en domicilio a personas adultas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia (en ámbitos rurales y urbanos) llevadas a cabo de forma exitosa en distintos territorios nacionales e internacionales.

Pero la propuesta que se realiza desde este PIM es que **en cada uno de los territorios**, tras el análisis de los recursos existentes, las necesidades y las posibilidades reales (bien desde la coordinación de recursos existentes, bien desde la creación de nuevos servicios) **se definan qué servicios de los sugeridos (u otros distintos) se van a incorporar** en el Proyecto *Etxean Ondo* para fortalecer el SAD.

La idea a la hora de diseñar estos servicios complementarios, al igual que el resto de intervenciones, no es otra que cada territorio construya y planifique su propia propuesta.

### 3. Propuestas para la planificación de los servicios complementarios al SAD en el proyecto Etxean Ondo

Se presentan, a modo de orientación, contenidos de los distintos servicios de proximidad señalados como ejemplos de experiencias reales, en relación a distintos apartados.

## Pasos 1-4

1. Definiendo los servicios y sus objetivos específicos
2. Identificando las personas destinatarias y los criterios de inclusión
3. Seleccionando las actuaciones
4. Definiendo la forma de acceso

### 3.1. Servicio de comida a domicilio

#### **Descripción**

Servicio que ofrece comidas transportándolas hasta los domicilios de las personas.

Los sistemas de preparación de los menús pueden ser distintos, siendo frecuente el denominado de enlace en frío en el cual, mediante bandejas isotérmicas, se lleva diariamente la comida y la cena a los domicilios teniendo únicamente la persona para prepararlas que utilizar un microondas para calentarlas.

#### **Objetivos**

- ✓ Asegurar una dieta nutricionalmente correcta (sana, equilibrada y adaptada).
- ✓ Prevenir accidentes domésticos.
- ✓ Ofrecer seguridad a las personas mayores que viven solas.
- ✓ Complementar la intervención del SAD y liberar tiempo a las auxiliares (efectuar compras y preparar comidas).

#### **Personas destinatarias y criterios de inclusión**

- Personas mayores o con discapacidad que viven solas y requieren apoyo en la realización de comidas o control de dieta y estado nutricional.
- Personas mayores o con discapacidad que viven acompañadas y su grupo familiar precisa apoyo para la realización de comidas o control de dieta y estado nutricional.

#### **Actuaciones que suele incluir el servicio**

- Valoración dieta alimentaria (coordinación atención primaria de salud).
- Dispensación de comidas (comida y cena) los siete días de la semana, salvo que el sistema de conservación elegido permita, con garantías absolutas de calidad, un reparto para varios días.
- Control higiene alimentaria (Servicio inspección sanidad).
- Supervisión de cómo las personas utilizan el servicio (Profesionales SAD o del propio servicio comida a domicilio).

### **Posibles formas de acceder al servicio**

- Propuesta desde el PAyV (inicial o en revisiones).
- Solicitud de la persona o familia: —(servicios sociales municipales, teleasistencia (si la persona dispone del servicio), gestor/a del caso (cuando se trate de un caso incluido en la experiencia piloto).

## **3.2. Servicio de acompañamiento**

### **Descripción**

El servicio de acompañamiento se dirige a ofrecer compañía en el hogar a personas en situación de fragilidad o dependencia. Se dirige, fundamentalmente, a personas mayores o con discapacidad que viven solas y aisladas, y el acompañamiento incluirá desplazamientos a lugares de participación comunitaria o para realizar gestiones fuera del domicilio

Este servicio se puede plantear desde dos opciones: desde el voluntariado (situación preferible) o desde personal contratado.

### **Objetivos**

- ✓ Permitir que la persona siga realizando actividades cotidianas y significativas para ella y que sin ayuda no podría.
- ✓ Acompañar en casa a las personas que viven solas.
- ✓ Estimular y motivar a la persona a la realización de actividades relacionales, ocio y de participación social para recrear nuevos vínculos y ampliar su red social.
- ✓ Ofrecer respiro a las familias.
- ✓ Posibilita las salidas al exterior de las personas, apoyando su independencia y autonomía en el desempeño de distintas gestiones fuera del domicilio.

### **Personas destinatarias y criterios de inclusión**

- Personas mayores o personas con discapacidad que viven solas y en situación de soledad.
- Personas que viven acompañadas y su grupo familiar precisa respiro o apoyo.

### **Actuaciones que suele incluir el servicio**

- Acompañamiento a consultas sanitarias.
- Acompañamiento a recursos comunitarios (formativos, laborales, ocio...).
- Acompañamiento a fiestas populares o comidas comunitarias (sociedades gastronómicas).
- Paseos por el exterior del domicilio.
- Acompañamiento a la realización de compras (mercados populares, grandes superficies, farmacias...).
- Acompañamiento a la realización de gestiones varias (banco, visitas a amigos, etc).
- Compañía y estimulación en el propio domicilio, tanto para ofrecer apoyo a las personas mayores que viven solas como para proporcionar descanso

y tiempo libre a las familias cuidadoras.

### **Posibles formas de acceder al servicio**

- Propuesta desde el PAyV (inicial o en revisiones).
- Solicitud de la persona o familia: servicios sociales municipales, teleasistencia (si la persona dispone del servicio), gestor del caso (cuando se trate de alguien incluido en la experiencia piloto-).

### **3.3. Servicio de transporte accesible**

#### **Descripción**

Servicio dirigido a facilitar el desplazamiento de las personas con movilidad reducida mediante vehículos accesibles.

Las necesidades vinculadas al uso de este tipo de transporte tienen que ver con el acercamiento de las personas a otros recursos o lugares de la comunidad (médico, bancos, participación en actividades culturales y de ocio diversas) y otras con la necesidad de que el transporte sirva para llevar distintos servicios a los domicilios.

El servicio de transporte accesible puede organizarse desde variadas opciones. Facilitando y coordinando el acceso de las personas usuarias a los servicios existentes así como poniendo en marcha nuevos servicios cuando este servicio no exista. Esta segunda opción, a su vez, puede ser desarrollada desde distintas fórmulas (contratación con una empresa del medio de transporte y conductores, adquisición del transporte por parte de la administración que gestiona el programa, o establecimiento de convenios con taxis accesibles, etc.).

#### **Objetivos**

- ✓ Permitir el desplazamiento a personas con movilidad reducida.
- ✓ Favorecer la comunicación de las personas que viven aisladas y su participación social en actividades y recursos comunitarios.
- ✓ Acercar servicios al domicilio de las personas.

#### **Actuaciones que suele incluir el servicio**

- Desplazamiento de personas a actividades sociales
- Desplazamiento de personas a servicios
- Desplazamiento de personas a gestiones personales
- Acercamiento de servicios al domicilio

#### **Posibles formas de acceder al servicio**

- Propuesta desde el PAyV (inicial o en revisiones).
- Solicitud de la persona o familia: servicios sociales municipales, teleasistencia (si la persona es usuaria del servicio), gestor/a del caso (cuando se trate de alguien ya incluido como caso de la experiencia piloto).

### 3.4. Servicio de biblioteca móvil

#### **Descripción**

Servicio que acerca hasta el domicilio de la persona mayor o con discapacidad material para la lectura o visión de DVDs llevándolo hasta su domicilio.

Este servicio se ha desarrollado fundamentalmente en zonas rurales dispersas donde el desplazamiento hasta las bibliotecas públicas implica distancias importantes. Se organiza, por tanto, desde la coordinación con recursos culturales ya existentes (bibliotecas públicas, centros sociales, etc).

#### **Objetivos**

- Estimular y permitir la afición a la lectura, cine y música.
- Apoyar la formación y el desarrollo cultural de la persona.
- Facilitar opciones de ocio en casa.
- Animar a la constitución de nuevos grupos de encuentro social.
- Informar y difundir las actividades y servicios de la zona.
- Estimular a la participación social en actividades en la comunidad a las personas que se encuentran aisladas.
- Facilitar el tránsito hacia otras actividades grupales de índole sociocultural.
- Favorecer el encuentro intergeneracional.

#### **Personas destinatarias y criterios de inclusión**

Cualquier persona con discapacidad o mayor que sea vecina del municipio donde se realiza el proyecto Extean Ondo interesada en el servicio.

#### **Actuaciones que suele incluir el servicio**

- Préstamos de libros, revistas, DVDs, Cds, etc.
- Orientación y estimulación hacia nuevas lecturas y materiales.
- Información sobre recursos y actividades en la zona de interés para la persona.

#### **Posibles formas de acceder al servicio**

- Propuesta desde el PAyV (inicial o en revisiones).
- Solicitud de la persona o familia: servicios sociales municipales, teleasistencia (si la persona es usuaria del servicio), gestor/a del caso (cuando se trate de alguien ya incluido como caso de la experiencia piloto).

### 3.5. Servicio de fisioterapia

#### **Descripción**

Servicio de tratamiento de fisioterapia a domicilio. Se presta por fisioterapeutas que se desplazan hasta los domicilios de las personas para realizar sus tratamientos, o bien trasladando a éstas al consultorio o clínica

donde exista esta prestación.

Puede realizarse bien desde la coordinación con los servicios de salud o a través de profesionales privados.

### **Objetivos**

- ✓ Prevención de la dependencia.
- ✓ Recuperación de la capacidad funcional, fundamentalmente después del alta hospitalaria para proseguir la rehabilitación.
- ✓ Reducción del dolor.
- ✓ Prevención de caídas.
- ✓ Reducción de las secuelas de la inmovilidad.

### **Personas destinatarias y criterios de inclusión**

- Personas mayores o personas con discapacidad con prescripción médica que indica algún tipo de tratamiento fisioterapéutico.
- Tendrán prioridad, las personas que estén incluidas entre los casos seleccionados para la experiencia piloto.

### **Actuaciones que suele incluir el servicio**

- Valoración individualizada.
- Prescripción del tratamiento individualizado.
- Tratamiento fisioterapia en el propio domicilio.
  - Tratamiento patologías (traumatológicas, neurológicas, reumatológicas, vasculares).
  - Programa mantenimiento físico general.
  - Prevención de caídas.
  - Tratamiento a personas inmovilizadas.
- Pautas y entrenamiento a la persona, familia y otros cuidadores.

### **Posibles formas de acceder al servicio**

- Propuesta desde el PAyV (inicial o en revisiones).
- Solicitud de la persona o familia: servicios sociales municipales, teleasistencia (si la persona es usuaria del servicio), gestor/a del caso (cuando se trate de alguien ya incluido como caso de la experiencia piloto).

## **3.6. Servicio de podología**

### **Descripción**

Servicio de podología diseñado fundamentalmente para zonas de población dispersa o para personas en situación de aislamiento. Se presta por profesionales que se desplazan hasta los domicilios de las personas para realizar sus cuidados y atenciones, o bien trasladando a las personas al consultorio del podólogo/a.

### **Objetivos**

- ✓ Proporcionar un adecuado cuidado de los pies, previniendo y tratando problemas dérmicos, infecciosos y estructurales.

- ✓ Mejorar la movilidad, y con ello la salud y calidad de vida de las personas.

### **Personas destinatarias y criterios de inclusión**

- Cualquier persona mayor o con discapacidad interesada en el servicio que viva en un municipio en el que se está desarrollando el proyecto Extean Ondo, aunque tendrán prioridad las personas incluidas como "casos" de la experiencia piloto.

### **Actuaciones que suele incluir el servicio**

- Los relacionados con la atención básica podológica (cortado de uñas y cuidado de los pies).

### **Posible forma de acceder al servicio**

- Propuesta desde el PAyV (inicial o en revisiones).
- Solicitud de la persona o familia: servicios sociales municipales, teleasistencia (si la persona es usuaria del servicio), gestor/a del caso (cuando se trate de alguien ya incluido como caso de la experiencia piloto).

## **3.7. Servicio de préstamos de productos de apoyo.**

### **Descripción**

Servicio donde se facilita a la persona temporalmente, en calidad de préstamos, distintos artículos como elementos facilitadores dirigidos a facilitar su vida independiente, su confort o para facilitar su cuidado.

### **Objetivos**

- ✓ Apoyar la independencia y autonomía de la persona en su vida diaria.
- ✓ Facilitar el cuidado por parte de quienes le atienden (familia, cuidadores profesionales, cuidadores no profesionales).

### **Personas destinatarias y criterios de inclusión**

- Cualquier persona mayor o con discapacidad interesada en el servicio que viva en un municipio en el que se está desarrollando el proyecto Extean Ondo. Se priorizarán la entrega a domicilio a las personas que vivan en territorios dispersos o en situación de aislamiento, así como a quienes hayan sido incluidas como "casos" de la experiencia piloto y que hayan sido valoradas en el Servicio Entorno Accesible.

### **Actuaciones que suele incluir el servicio**

Préstamo de:

- Silla de ruedas
- Camas articuladas
- Cochones antiescaras
- Cojines antiescaras
- Lavacabezas
- Asientos para el baño



- Grúas
- Otros productos de apoyo

### **Posible forma de acceder al servicio**

- Propuesta desde el PAV (inicial o en revisiones).
- Propuesta del coordinador/a de Matía encargado del área de accesibilidad
- Solicitud de la persona o familia: servicios sociales municipales, teleasistencia (si la persona es usuaria del servicio), gestor/a del caso (cuando se trate de alguien ya incluido como caso de la experiencia piloto).

## **3.8. Servicio de peluquería, barbería y estética**

### **Descripción**

Servicio de peluquería, barbería y estética a domicilio, diseñado fundamentalmente para zonas de población dispersa o para personas en situación de aislamiento.

### **Objetivos**

- ✓ Mejorar la imagen personal y autoestima de la persona.
- ✓ Apoyar la higiene personal.
- ✓ Permitir que la persona siga con sus hábitos de arreglo personal e imagen que le agrada.

### **Personas destinatarias y criterios de inclusión**

- Cualquier persona mayor o con discapacidad que viva en situación de aislamiento en uno de los municipios incluidos en el proyecto Extean Ondo interesada en el servicio.

### **Actuaciones que suele incluir el servicio**

- Peluquería.
  - Lavado de cabeza.
  - Corte de pelo.
  - Tinte.
- Afeitado.
- Estética.
  - Depilación (cejas, facial y corporal)
  - Maquillaje.
  - Arreglo de uñas.
  - Asesoramiento sobre imagen personal.

### **Posible forma de acceder al servicio**

- Propuesta desde el PAV (inicial o en revisiones).
- Solicitud de la persona o familia: {servicios sociales municipales, teleasistencia (si la persona es usuaria del servicio), gestor/a del caso (cuando se trate de alguien ya incluido como caso de la experiencia piloto-)}.

### 3.9. Servicio de, lavado, limpieza y arreglo de ropa

#### **Descripción**

Servicio de lavado, limpieza y arreglo de ropa incluyendo la recogida y devolución a domicilio.

#### **Objetivos**

- ✓ Mejorar la imagen personal y autoestima de la persona.
- ✓ Colaborar en la mejora de la higiene personal.
- ✓ Apoyar al grupo familiar en la realización de tareas de limpieza y arreglo de ropa.

#### **Personas destinatarias y criterios de inclusión**

- Cualquier persona mayor o con discapacidad que viva en cualquiera de los territorios incluidos en el proyecto Extean Ondo, y que se muestre interesada en el servicio.

#### **Actuaciones que suele incluir el servicio**

- Limpieza (lavado y en seco) de ropa y otros artículos (sábanas, toallas, etc).
- Costura y repaso de ropa.
- Arreglo y adaptación de ropa.

#### **Posibles formas de acceder al servicio**

- Propuesta desde el PAyV (inicial o en revisiones).
- Solicitud de la persona o familia: servicios sociales municipales, teleasistencia (si la persona es usuaria del servicio), gestor/a del caso (cuando se trate de alguien ya incluido como caso de la experiencia piloto).

### 3.10. Servicio de mantenimiento del hogar y mascotas

#### **Descripción**

Servicios profesionales diversos que se desplazan al domicilio para el mantenimiento del hogar.

#### **Objetivos**

- ✓ Apoyar a la persona y grupo familiar en el mantenimiento de su vivienda.

#### **Personas destinatarias y criterios de inclusión**

- Cualquier persona mayor o con discapacidad que viva en cualquiera de los territorios incluidos en el proyecto Extean Ondo, y que se muestre interesada en el servicio. Tendrán prioridad las personas que vivan en territorios dispersos o en situación de aislamiento.

#### **Actuaciones que suele incluir el servicio**

- Pequeñas reparaciones de muebles.
- Pequeñas reparaciones o averías en:
  - Electrodomésticos.
  - Fontanería.
  - Eléctricas.
  - Gas.
  - Productos de apoyo (grúas, camas eléctricas, etc).
- Mantenimiento básico de plantas y jardines.
- Cuidado de mascotas: perros o gatos (higiene básica -no incluye baños- y paseos)

#### **Posible forma de acceder al servicio**

- Propuesta desde el PAyV (inicial o en revisiones).
- Solicitud de la persona o familia: servicios sociales municipales, teleasistencia (si la persona es usuaria del servicio), gestor/a del caso (cuando se trate de alguien ya incluido como caso de la experiencia piloto).

### **3.11. Servicio de mercado a domicilio**

#### **Descripción**

Servicio que facilita el aprovisionamiento de compras llevando los artículos o productos al domicilio.

#### **Objetivos**

- ✓ Apoyar a la persona y grupo familiar la adquisición de productos .

#### **Personas destinatarias y criterios de inclusión**

- Cualquier persona mayor o con discapacidad que viva en cualquiera de los territorios incluidos en el proyecto Extean Ondo, y que se muestre interesada en el servicio. Tendrán prioridad las personas que viven en territorios de población dispersa y quienes se encuentren en situación de aislamiento.

#### **Actuaciones que suele incluir el servicio**

- Información sobre relación de productos a adquirir en diversos mercados y tiendas (conocimiento del entorno, internet, folletos).
- Realización de pedidos por teléfono o mediante el servicio de teleasistencia.
- Realización de compras, transporte y entrega en casa:
  - Productos de supermercado o tiendas de alimentación (alimentación, limpieza casa, higiene, etc)
  - Medicamentos u otros productos farmacéuticos
  - Periódico o revistas

- Otros productos

### **Posible forma de acceder al servicio**

- Propuesta desde el PAyV (inicial o en revisiones).
- Solicitud de la persona o familia: servicios sociales municipales, teleasistencia (si la persona es usuaria del servicio), gestor/a del caso (cuando se trate de alguien ya incluido como caso de la experiencia piloto).

## **Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones**

### **Profesionales implicados y coordinación**

Puede haber dos vías de acceso a estos servicios de proximidad:

- a) Por una parte, a través del gestor/a de casos, una vez valorada la idoneidad de cualquiera de estos servicios a las personas incluidas como casos del piloto.
  - b) De manera generalizada, también podrán acceder a estos servicios otras personas mayores y con discapacidad que reúnan los requisitos específicos de cada tipo de servicio y estén interesadas en disfrutar de ellos. En este segundo caso, las vías de acceso y los profesionales implicados serán:
- **Desde el servicio de teleasistencia** se informará a sus usuarios/as que la tengan instalada de los servicios que se ofrecen en el municipio. La persona podrá también solicitar el servicio desde la teleasistencia. El/la profesional encargado de este servicio contactará para trasladar su petición con el coordinador/a del proyecto.
  - **El coordinador/a del proyecto Etxean Ondo en la zona** será quien velará por el correcto funcionamiento de los distintos servicios que se hayan puesto en marcha, realizando el seguimiento de los mismos. Asimismo, mantendrá contacto permanente con la empresa o entidades que gestionen el servicio, con los servicios sociales municipales o, en su caso, con el servicio de teleasistencia, así como con los gestores de casos, los cuales podrán visitar los domicilios para realizar el seguimiento y, si así se acuerda, la evaluación de los casos.
  - **El gestor/a del caso**, quien será el que supervise la correcta atención de los servicios en sus casos asignados, el impacto que ha generado

en la calidad de vida de la persona así como la coordinación entre los profesionales implicados (SAD y empresas de servicios).

### **Otros PIM con los que se conecta**

El PIM.2 Servicios de proximidad complementarios al SAD conecta, y por tanto requiere estar coordinado con otros PIM, fundamentalmente con:

- PIM 1. La atención integral centrada en la persona en el domicilio
- PIM-3. Servicio de teleasistencia avanzada.
- PIM 6. Servicios para un entorno accesible
- PIM 9. Promoción de la salud, autocuidado y control de la propia vida

## **Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación**

### **a) Indicadores cuantitativos**

- Nº participantes en el servicio
- Satisfacción de las personas usuarias con el servicio

### **b) Evaluación cualitativa**

Además, dentro de la evaluación del proyecto global se incluirá evaluación cualitativa del servicios incluyendo:

- Aportaciones individuales recogidas mediante cuestionario: lo más valorado del servicio y lo que es preciso mejorar. Se preguntará a profesionales, personas usuarias y familias.
- Valoración grupal (DAFO o similar) a profesionales, familias y personas usuarias

Se sugiere que sea el coordinador del proyecto de la zona quien sea el encargado de registrar periódicamente estos indicadores.

## **4. Recogiendo aportaciones**

Como puntos de mayor interés para debatir y llegar a consenso se señalan los siguientes:

- ? Servicios a ofertar en el proyecto Etxean Ondo de la zona
- ? Forma de acceso a los servicios
- ? Pago o copago por parte de las personas usuarias

- ? Regulación municipal del servicio
- ? Determinar la periodicidad del registro de indicadores de evaluación, quién registra.

## Bibliografía utilizada para la elaboración del PIM

- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) (2006). La discapacidad en el medio rural. Madrid: CERMI
- COMUNICACIÓN, IMAGEN Y OPINIÓN PÚBLICA (CIMOP). (2005). Situación actual del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). Informe integrado. IMSERSO, Madrid.
- CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES (2001) Rompiendo Distancias. Programa integral para las personas mayores del medio rural del Principado de Asturias, Oviedo.
- DIPUTACION FORAL DE GUIPUZCOA. (2002) Las personas mayores. Servicios sociales en el medio rural.
- ENCLAVERURAL.ES Portal de buenas prácticas en la atención a personas mayores y personas con discapacidad en el mundo rural. [www.enclaverural.es](http://www.enclaverural.es) IMSERSO- Ministerio Medio ambiente, medio rural y marino.
- GARCIA J y RODRIGUEZ P. Rompiendo Distancias: un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(1):22-23.
- GARCÍA SANZ, B. (1997): Envejecimiento en el mundo rural: Problemas y soluciones. IMSERSO. Colección Servicios Sociales, nº 38., Madrid.
- MARTÍNEZ T, RODRÍGUEZ P. (2002) Rompiendo Distancias: programa de dinamización y acercamiento de servicios a las personas mayores en áreas rurales de población dispersa". Agathos, año 2, nº1: 12-18.
- MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE Y MEDIO RURAL Y MARINO (2010) Buenas prácticas en desarrollo rural y personas mayores. Madrid: Ministerio de Medio Ambiente y Medio rural y Marino.

- MONREAL P Y VILÀ A. Programa integral de atención a las personas mayores en una zona rural. Anuario de Psicología 2008, vol. 39, nº 3, 351-370.
- NAVARRO A, DIAZ P Y LÓPEZ A. Así soy, así me gusto. (2009): Madrid: IMSERSO.
- RODRÍGUEZ P. (2004). El envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas. Boletín sobre el envejecimiento. Tendencias y Perfiles. IMSERSO; nº 11, Madrid.



## PROYECTO *ETXEAN ONDO*

### Programas de Intervención Marco (PIM)

#### **PIM – 4. Apoyo a las familias cuidadoras**

1. El porqué del apoyo a las familias cuidadoras
2. ¿En qué consiste el apoyo a las familias en el proyecto *Etxean Ondo*?
3. Propuestas para la planificación en el proyecto *Etxean Ondo*

Paso 1. Definiendo los objetivos específicos

Paso 2. Identificando los grupos diana y, en su caso, los criterios de inclusión

Paso 3. Seleccionando y secuenciado las principales actuaciones

Paso 4. Utilizando soportes metodológicos

Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones

Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación

#### **4. Recogiendo aportaciones**

## 1. El porqué del apoyo a las familias cuidadoras

**El apoyo a las familias cuidadoras es** un proyecto de intervención marco incluido del proyecto *Etxean Ondo* porque:

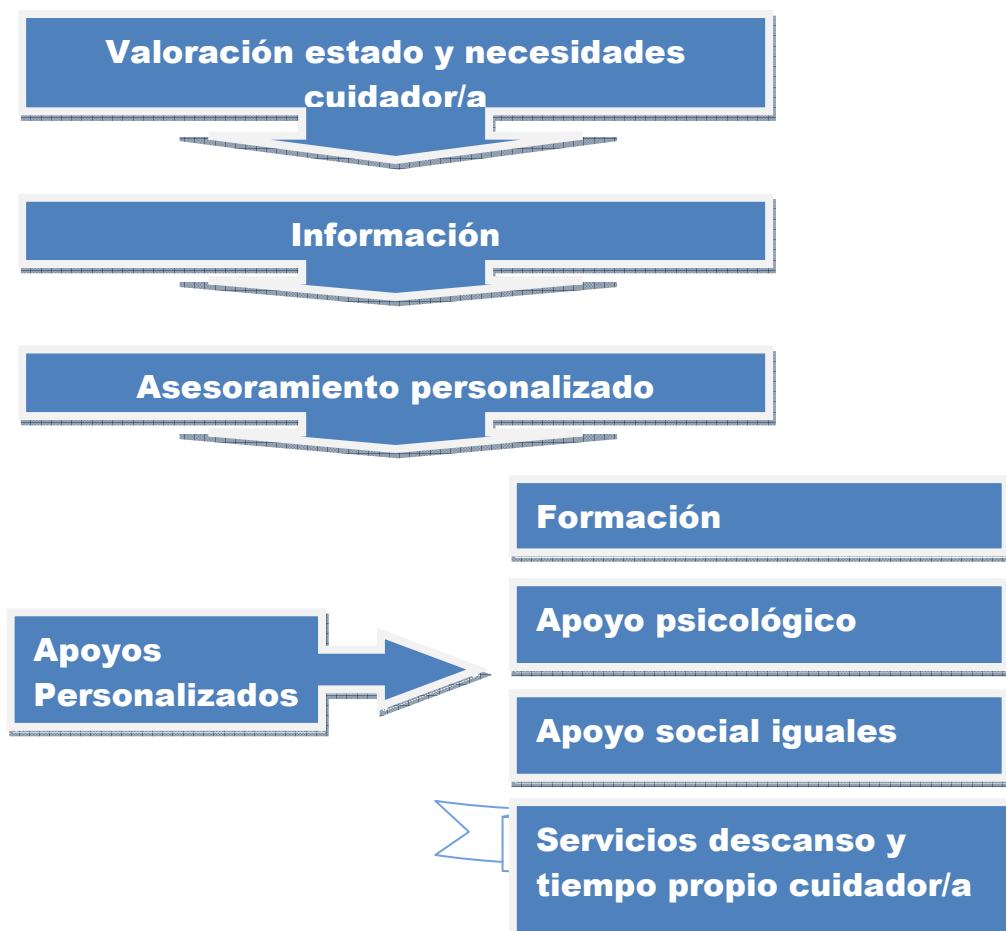
- 👉 El **cuidado en casa es una clara preferencia de las personas en situación de dependencia**, y dicha preferencia se ve posibilitada, en la mayoría de los casos, por los cuidados que les dispensan sus **propias familias**.
- 👉 **Muchas familias están dispuestas a cuidar y seguir cuidando** a sus familiares, pero precisan ayuda para hacerlo de una forma adecuada. En algunas ocasiones **la atención y cuidados** que requieren las personas en situación de dependencia **pueden llegar a ser de gran complejidad**.
- 👉 Cuidar a una persona en situación de dependencia durante un prolongado espacio de tiempo **puede generar un importante grado de estrés para la persona cuidadora y** tener una repercusión negativa tanto en ésta (cansancio físico, depresión, alteraciones psicósomáticas, etc) como en la convivencia familiar.
- 👉 Las familias cuidadoras de personas en situación de dependencia presentan **necesidades diversas y, además, éstas pueden variar en el proceso de cuidados**. Por ello los apoyos han de ser diversos y flexibles integrando: información, asesoramiento, formación y respiro. Quien asume la tarea de cuidar debe verse apoyado para desarrollar su labor sin que se vea resentida su vida personal, laboral y social.
- 👉 Cuidar también puede **ser una labor gratificante para quien cuida** si se realiza desde la **voluntariedad, la complementariedad** y se cuenta con los **apoyos oportunos**.
- 👉 Es preciso **identificar, coordinar y facilitar apoyos personalizados** a las familias cuidadoras según los puedan ir precisando para cuidar bien y sentirse bien asumiendo esta tarea.

## 2. ¿En qué consiste el apoyo a las familias en el proyecto Etxean Ondo?

El apoyo a las familias cuidadoras en el proyecto Etxean Ondo incluye un conjunto de servicios y actuaciones dirigidas a fomentar el bienestar en quien cuida a la par de favorecer que desempeñe su labor de una forma adecuada, es decir, que sepa y pueda cuidar bien.

Algunos apoyos, como los recursos que posibilitan el descanso familiar o las acciones formativas grupales programadas, ya se vienen prestando desde los servicios sociales. Por ello, desde el proyecto *Etxean Ondo*, conociendo los recursos de apoyo a las familias existentes en cada zona, se han de coordinar actuaciones de modo que las familias cuidadoras, desde una valoración de necesidades personalizada y actualizada, puedan ir accediendo a los recursos que en los distintos momentos y situaciones precisen.

Por tanto, el apoyo a las familias cuidadoras se articula y entiende desde la coordinación y personalización al grupo familiar de distintas actuaciones complementarias a lo largo del proceso de cuidados. En el siguiente gráfico se muestran las principales actuaciones, que se inician en la valoración del cuidador/a y grupo familiar, pasando por la información, el asesoramiento y la oferta de apoyos personalizados.



Así mismo es importante identificar y consensuar las claves que van a presidir y orientar las intervenciones de apoyo con las familias. De esta forma propiciaremos actuaciones coherentes y más eficaces. Se propone para su debate y consenso las siguientes claves.

### **CLAVES PARA LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS**

#### ⇒ **La complementariedad versus la sustitución**

La intervención profesional no sustituye los cuidados familiares. Las acciones han de ser complementarias, evitando tanto el cuestionamiento como la desvinculación de las familias. Los conocimientos de los expertos han de servir para apoyar a las familias y lograr una cooperación armónica que integre cuidados en espacios cotidianos que, aunque distintos, no deben suponer disonancia para la persona mayor ni para su familia.

#### ⇒ **La desculpabilización**

Los profesionales deben trabajar con las familias logrando minimizar los sentimientos de culpa que en ocasiones surgen (todavía hoy muy frecuentes en las mujeres cuidadoras) cuando la persona a su cuidado accede a un recurso profesional (SAD, centro de día, alojamiento temporal, etc)

#### ⇒ **La capacitación y la cooperación con los profesionales**

La intervención con familias buscará la capacitación de las familias tanto en lo relacionado con los cuidados de la persona como con los autocuidados. Esta capacitación deberá estar orientada siempre hacia la cooperación profesionales- familia con el propósito ya reiterado de actuaciones coherentes e integradas en la vida cotidiana de la persona.

#### ⇒ **Los cuidados compartidos, entre hombres y mujeres, dentro por el grupo familiar**

Una de las quejas expresadas con mayor frecuencia por las cuidadoras principales de las personas en situación de dependencia es que éstas se sienten solas en su labor. Manifiestan que asumen esta misión sin apenas recibir ayuda del resto del grupo familiar.

Se deberá sensibilizar y estimular hacia los cuidados compartidos por el grupo familiar, organización que cuando se consigue hace sentir mejor al conjunto familiar. En este sentido, muchas veces resultará preciso concienciar a las propias mujeres, quienes presentan sentimientos negativos cuando otros miembros del grupo familiar comparten los cuidados (se sienten culpables, incumpliendo su obligación, con temor de cómo estará la persona si no está a mi cuidado, etc.).

#### ⇒ **Avanzar en el grado de la voluntariedad y en el grado de compromiso de la familia en los cuidados**

Entender que la responsabilidad de las familias en el cuidado de los suyos no ha de suponer una obligación absoluta sino que la implicación de la familia puede ser variable en formas e intensidad. Hemos de entender que no asumir la principal responsabilidad en el cuidado es también una opción que no implica necesariamente abandono por parte de la familia.

(Rodríguez P, 1995 - 2006; Martínez T(2010)

### 3. Propuestas para la planificación

#### Paso 1. Definiendo los objetivos específicos

- ✓ Ofrecer información a las familias y en especial a quien asume la labor de cuidador/a principal.
- ✓ Realizar un acompañamiento personalizado a cada grupo familiar.
- ✓ Proporcionar conocimientos y desarrollar actitudes y habilidades que favorezcan el buen cuidado.
- ✓ Prevenir el trato inadecuado.
- ✓ Fomentar actitudes y desarrollar habilidades que favorezcan el autocuidado.
- ✓ Concienciar sobre la necesidad y ventajas de compartir la labor de cuidar entre hombres y mujeres.
- ✓ Favorecer el descanso y ampliar el tiempo propio de quien cuida.
- ✓ Reconocer y poner en valor la labor de las familias cuidadoras.
- ✓ Facilitar el contacto y apoyo mutuo entre las familias cuidadoras.

#### Paso 2. Identificando los grupos diana y los criterios de inclusión

Este PIM va dirigido a todas las familias cuidadoras incluidas en el proyecto Etxean Ondo.

En función de las acciones de apoyo pueden existir criterios de inclusión específicos. Es el caso de:

- Acceso a recursos que facilitan el descanso familiar (centros de día, alojamientos temporales), definidos por la diputación-foral-o ayuntamientos.
- Acceso al Servicio "Acompaña", definido en el PIM-5.

Por otra parte, si se opta por el diseño de acciones específicas o el abordaje desde grupos de cuidadores más homogéneos, puede ser recomendable diferenciar, para algunas acciones de apoyo formativas, distintos perfiles como:

- Cuidadoras de personas con discapacidad o según su tipo predominante de discapacidad
- Cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia
- Cuidadoras de personas mayores con demencia

### **Paso 3. Seleccionando y secuenciando las principales actuaciones**

El acompañamiento al grupo familiar y en especial a quien asume la labor de ser el cuidador/a principal es un proceso que precisa de continuidad y debe coordinar el gestor/a del caso.

Puede resultar de utilidad secuenciar las siguientes fases:

#### **a) Valoración**

El gestor/a del caso realizará una valoración del estado y necesidades del grupo familiar de convivencia, centrándose especialmente en el o la cuidador/a principal.

Esta valoración es muy importante ya que guiará el proceso de acompañamiento.

Siguiendo los modelos de afrontamiento del estrés que explican, desde esta aproximación, la prestación de cuidados de larga duración por parte de familiares (Pearling y cols, 1990,1994), se propone evaluar diferentes tipos de variables con incidencia en este proceso:

- Datos y estado del cuidador/a principal
- Situación general donde se producen los cuidados
- Demandas derivadas de la situación específica del cuidado
- Apoyo social

Nota. Ver el Paso 5. Utilizando soportes metodológicos. Allí se recoge una propuesta de protocolo de valoración de necesidades del cuidador/a donde aparecen desglosados estos grupos de variables.

## b) Información

Se pretende facilitar que cada familia cuidadora, cada cuidador/a principal, acceda a información relevante.

Se pueden utilizar y combinar distintas estrategias informativas:

- Material documental (folletos, guías para cuidadores, guías de recursos, etc)
- Webs de interés
- Lugares de contacto: asociaciones, red de pacientes conectados
- ...

Esta información puede ser proporcionada y facilitada, desde el proyecto *Etxean Ondo*, desde varios lugares o profesionales:

- El gestor/a del caso
- El Servicio "Acompaña"
- El Servicio de Teleasistencia Avanzada
- ...

En todo caso, el gestor/a del caso permanecerá atento a que esta información llegue a cada grupo familiar procurando que se ajuste al momento y necesidades derivadas de cada situación de cuidados. Por ello se recomienda que la información, en la medida de lo posible, vaya acompañada e integrada en la acción siguiente: el asesoramiento personalizado.

## c) Asesoramiento

El asesoramiento personalizado al grupo familiar debe trazarse desde una combinación de información y orientación ajustada al momento y necesidades que presenta cada familia, en relación con la situación de prestación de cuidados a un miembro de su grupo.

Este es un elemento clave en la atención a las familias cuidadoras y debe entenderse desde su carácter procesual, por lo cual debe tener continuidad a lo largo de todo el proceso de cuidados, es decir, desde que se produce la situación de dependencia en la persona, hasta el final.

En el proyecto *Etxean Ondo* este asesoramiento personalizado a las familias cuidadoras puede ser llevado a cabo desde:

- El gestor/a del caso. Es la figura clave para ello y en las ocasiones en las que delegue tareas de asesoramiento (como en el auxiliar del servicio "Acompaña" o en otros profesionales) deberá siempre permanecer al corriente del proceso y realizar el seguimiento periódico del caso.
- En el caso de familias cuidadoras que reciban la prestación económica vinculada a cuidados en el entorno familiar (LAPAD) se realizará, además, contando con ciertas horas de apoyo por un auxiliar del Servicio "Acompaña".
- Otros profesionales (responsable del servicio de promoción de autonomía personal, enfermería de atención primaria, etc).

Desde este nivel de asesoramiento personalizado se recomendarán apoyos específicos para cada familia o cuidador/a principal en función de su situación y necesidades del momento (formación, servicios para su descanso, apoyo social o psicológico, etc).

No debemos olvidar que un factor clave en el éxito de las intervenciones con personas cuidadoras es no olvidar que las situaciones y tipología de familias es muy diversa y que, por tanto, no tienen las mismas necesidades y que éstas varían en función de la situación. Por tanto, los apoyos han de ser variados, personalizados y flexibles para dar respuesta a cada situación y momento (Rodríguez, P. 2004, 2005, 2006).

#### **d) Formación**

Las acciones formativas dirigidas a familias cuidadoras suelen tener un doble objetivo, por un lado dotarles de conocimientos y habilidades que permitan mejorar y adecuar los cuidados a la persona en situación de dependencia, y por otro desarrollar en la familia cuidadora, y en especial en la persona que asume los cuidados, habilidades relacionadas con su autocuidado.

A la hora de diseñar acciones formativas para las familias cuidadoras hay que tener en cuenta que el desarrollo de competencias implica un triple componente: los conocimientos (el saber), las habilidades (el saber hacer) y las actitudes (el querer y estar dispuesto a).



A la hora de programar acciones formativas, puede resultar de interés distinguir, y secuenciar temporalmente, dos niveles de formación: a) un primer nivel de acercamiento y formación básica y, b) otro nivel de formación más específico o especializado.

Desde el proyecto *Etxean Ondo* la formación de familias cuidadoras se contempla desde varias posibilidades, que además no son excluyentes entre sí:

**Formación presencial grupal.** Se trata de acciones formativas programadas y, por tanto, temporalizadas que se dirigen a grupos de cuidadores.

Desde el proyecto *Etxean Ondo*, se derivarán los casos, en función de la existencia de los programas y de la posibilidad de acudir las familias a distintas acciones educativas:

- Programa Sendian
- Paciente Activo (en los casos en que existan cursos que también estén dirigidos a cuidadores –Cuidador experto-)
- Otras intervenciones similares.

**Formación personalizada *in situ*.** Se trata de proporcionar formación a cada cuidador/a en el mismo domicilio, adaptando las acciones formativas a sus necesidades concretas. Esta, a su vez, podrá ser proporcionada desde diversos profesionales, en función del caso:

- Gestor/a del caso
- Servicio "Acompaña"
- Enfermería de atención primaria

**Autoformación.** Es la que se realiza a través del estudio individual de guías estructuradas o cursos *on-line*. Para algunos cuidadores/as puede ser la alternativa más eficiente e incluso posible; por ello, el gestor/a del caso deberá conocer estos recursos y recomendarlos a quienes no puedan o deseen integrarse en programas grupales presenciales. En estos casos, se recomienda que bien el gestor/a del caso o profesional en quien éste delegue pueda servir de guía en este proceso de aprendizaje de cara a garantizar la correcta comprensión de la información, resolver dudas, etc.

## e) Apoyo psicológico

Este nivel de intervención tiene que ver con una aproximación terapéutica y se dirige a proporcionar a las familias cuidadoras estrategias para afrontar mejor la situación y evitar o reducir los

desórdenes psicoemocionales y conductuales derivados de la sobrecarga.

A su vez, cabe distinguir entre:

- **Acciones terapéuticas individuales** dirigidas al cuidador/a principal para identificar sus dificultades, destacar sus recursos personales, apoyar su toma de decisiones y desarrollar habilidades adaptativas. Se trata de un apoyo profesional especialmente indicado cuando el cuidador/a presenta importantes niveles de malestar que no es capaz de manejar o se producen disfunciones importantes en el grupo familiar. Dependiendo de la complejidad del caso, esta intervención puede ser asumida por el gestor/a del caso, o ser derivada a profesionales expertos de la comunidad (psicólogos, psiquiatras, mediadores familiares, red de salud mental, profesionales de asociaciones, etc).
- **Intervenciones dirigidas al grupo familiar**, cuando éste precisa reorganizar los roles de los distintos miembros del grupo, clarificar asuntos, dotar de significados a los sucesos vividos o superar momentos de crisis.
- **Grupos terapéuticos o de apoyo**, dirigidos a desarrollar en las personas cuidadoras estrategias y técnicas psicológicas que les ayuden a afrontar positivamente la situación.

El objetivo principal de los estos grupos es desarrollar en las personas cuidadoras habilidades personales de manejo del estrés que provoca la situación concreta de cuidados. A diferencia de los acciones formativas anteriormente descritas, el foco de atención no se sitúa tanto en la mejora de la calidad de los cuidados proporcionados (aunque si el estado psicológico del cuidador mejora el beneficio se proyectará también en la persona cuidada), sino en desarrollar en la propia persona cuidadora estrategias de afrontamiento y habilidades específicas que faciliten el autocuidado.

Las habilidades de manejo del estrés y técnicas que pueden ser trabajadas en un grupo de apoyo para familias cuidadoras:

- Habilidades de afrontamiento cognitivo (Técnicas de manejo de los pensamientos disfuncionales, Técnicas de anticipación preparatoria, Técnicas de entrenamiento

asertivo, Técnicas de reestructuración cognitiva y clarificación de valores...)

- Habilidades de manejo de situaciones difíciles (Técnicas de resolución de problemas, Técnicas de comunicación interpersonal, Técnicas de modificación de conducta, Técnicas de validación...)
- Habilidades de control emocional (técnicas de relajación)

## f) Contacto y apoyo social

La persona que cuida necesita sentirse reconocida en su labor por los demás así como disponer de espacios de desahogo e intercambio de vivencias. El encuentro y contacto con iguales ofrece un marco incomparable para ello.

El contacto social entre iguales, en este caso, entre las personas que cuidan, ofrece importantes oportunidades de relación y apoyo. Además de permitir que los cuidadores establezcan relaciones evitando su aislamiento, contribuye a crear lazos emocionales y de ayuda mutua, tanto de tipo afectivo como de carácter instrumental.

Desde el proyecto *Etxean Ondo* se recomienda organizar actividades que permitan el contacto entre las personas cuidadoras, o bien derivarlas hacia las iniciativas que ya existen. En esta línea, a modo de posibles propuestas, cabe citar algunas experiencias exitosas como:

- Los grupos de autoayuda. Son reuniones periódicas donde las personas cuidadoras se reúnen para intercambiar sus vivencias cotidianas, sus dificultades y expresar sus sentimientos.
- Las actividades de ocio para cuidadores. En ocasiones se organizan solo para familiares y en otras desde actividades conjuntas para cuidadores y personas cuidadas.
- Espacios de reunión informales, como los Café-alzheimer o café-dependencia.
- Grupos *on line* de conversación o consulta (*chats*, foros, etc.)
- Grupos para el contacto por telefónico.

El gestor/a del caso deberá conocer las actividades en la zona existentes para poder animar a las familias a su participación. También se sugiere que desde el proyecto *Etxean Ondo*, si estas actividades no existen o no están suficientemente consolidadas, puedan ser organizadas o potenciadas en los municipios en que se desarrolla.

## f) Servicios para facilitar el descanso y el tiempo propio para el/la cuidador/a.

Se trata de informar a la familia sobre los recursos existentes en la comunidad, que a la par de ofrecer atención y cuidados a la persona en situación de dependencia, sirven para facilitar descanso y tiempo propio a quien cuida.

Entre ellos cabe citar:

- Centros de día
- Alojamientos temporales en residencias u dispositivos similares
- Servicio de acompañamiento en casa a personas (voluntarios, etc)
- Servicios de alojamiento fin de semana

Desde el proyecto *Etxean Ondo*, el gestor/a del caso deberá estar informado de las condiciones para el acceso y asesorar a cada grupo familiar (persona cuidada y cuidadores) en función de su situación, preferencias y posibilidades.

### Paso 4. Utilizando soportes metodológicos

- **La entrevista.** Método de encuentro donde de forma sistematizada el profesional recoge información de la persona o grupo, informa, orienta y establece consensos.
- **El Plan Integral de Atención y Vida.** Instrumento donde se recoge la valoración de la persona, la propuesta de servicios, actuaciones técnicas, pautas y apoyos preciso tanto para proporcionar los cuidados de salud precisos como para permitir la autogestión en la vida cotidiana de la persona y el desarrollo de su proyecto de vida. En este documento también se recoge la valoración de la familia y las intervenciones de apoyo al cuidador/a.

Nota: Para más información consultar el DMS-2. El plan integral de atención y vida.

- **Protocolo para la valoración del cuidador/a.** Protocolo donde se especifican los procedimientos e instrumentos de evaluación utilizados por el conjunto de profesionales para la valoración del

cuidador/a principal y la situación del grupo familiar en relación a la situación de cuidados.

Seguidamente, a modo de propuesta inicial se presenta un modelo de protocolo de valoración del estado y necesidades de de apoyo de la persona cuidadora.

<b>Dimensiones y variables a evaluar</b>	<b>Instrumentos evaluación</b>
<p><b>Datos y estado del cuidador/a principal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexo</li> <li>- Edad</li> <li>- Problemas de salud</li> <li>- Tiempo que lleva cuidando</li> <li>- Grado de conocimiento de las patologías que requieren manejos específicos (demencia, etc.).</li> <li>- Estado de ánimo</li> <li>- Carga experimentada</li> <li>- Respuestas que el cuidador da a las demandas de cuidados (estrategias de afrontamiento cognitivo y conductuales)</li> <li>- Cambios acaecidos en la vida familiar a consecuencia de la prestación de cuidados.</li> <li>- Otras repercusiones importantes (económicas, laborales, etc.).</li> </ul>	<p>Entrevista semiestructurada</p> <p>Cuestionario de carga (a determinar)</p> <p>Escala estado de ánimo o similar</p>
<p><b>Situación general donde se producen los cuidados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación afectiva previa de los cuidadores con la persona cuidada.</li> <li>- Expectativas de duración de los cuidados.</li> <li>- Cuidados asumidos por cuidador único o existencia de cuidados compartidos.</li> <li>- Tiempo dedicado por parte de los cuidadores.</li> <li>- Tipo de convivencia (vivienda compartida o no).</li> <li>- Sucesos estresantes añadidos en la vida de los cuidadores.</li> </ul>	<p>Entrevista semiestructurada</p>
<p><b>Demandas derivadas de la situación específica del cuidado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demandas cotidianas en las AVD.</li> <li>- Principales dificultades cotidianas concretas que presenta la familia en el cuidado.</li> <li>- Trastornos de conducta.</li> <li>- Problemas de comunicación con la persona cuidada.</li> </ul>	<p>Entrevista semiestructurada</p> <p>Alteraciones de conducta (determinar instrumento)</p>
<p><b>Apoyo social que recibe la familia</b> Tipo e intensidad de apoyo formal que recibe y</p>	<p>Entrevista semiestructurada</p>

<p>percepción del mismo. Tipo e intensidad de apoyo informal que recibe y percepción del mismo.</p>	
---	--

Nota: El protocolo de valoración del cuidador/a se acordará en el proceso de planificación participativa del proyecto Etxdean Ondo.

## Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones

El Gestor/a del caso es quien asume el acompañamiento del grupo familiar, y especialmente el apoyo a la persona que asume el cuidado principal. Coordina las actuaciones del conjunto de profesionales que intervienen en el PAyV consensuado, entre las que figuran la valoración y apoyo a la familia cuidadora.

En la siguiente tabla se recogen los diferentes profesionales con los que el gestor/a ha de mantener una especial coordinación en lo que atañe a las intervenciones y apoyos a las familias cuidadoras en cada fase de la intervención anteriormente propuesta.

<p><b>Valoración</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otros profesionales que realicen valoraciones recogidas dentro del PAyV</li> </ul> <p><b>Información</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales del Servicio teleasistencia</li> <li>- Profesionales de otros servicios de información (salud, servicios sociales, otros)</li> <li>- Red pacientes conectados</li> </ul> <p><b>Asesoramiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales atención primaria salud (enfermería)</li> <li>- Profesional auxiliar del Servicio "Acompaña"</li> <li>- Profesionales del SAD</li> <li>- Profesionales responsables programas promoción de la salud, autocuidado y control de la propia vida</li> <li>- Profesionales Servicios para un entorno accesible</li> <li>- Profesional responsable del Servicio de promoción de la autonomía personal.</li> </ul> <p><b>Formación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales programa Sendian</li> <li>- Profesionales Servicio acompaña</li> <li>- Profesionales atención primaria salud (enfermería)</li> <li>- Profesionales salud cursos paciente activo</li> <li>- Profesionales responsables programas promoción de la salud, autocuidado y control de la propia vida</li> <li>- Profesionales Servicios para un entorno accesible</li> </ul>
---

### **Apoyo psicológico y social**

- ONGs y profesionales que estén desarrollando estas iniciativas (grupos apoyo, autoayuda, actividades varias)

### **Servicios descanso y tiempo propio cuidador/a**

- Profesionales servicios sociales

### **Otros PIM con los que se conecta**

El PIM.5. Apoyo a las familias cuidadoras, ha de mantener una coordinación especial con los siguientes PIM:

PIM 1. La atención integral centrada en la persona

PIM 2. Servicios de proximidad en el domicilio complementarios al SAD

PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada

PIM 5. Servicio "Acompaña"

PIM 6. Servicios para un entorno accesible

PIM 9. Promoción de la salud, autocuidado y control de la propia vida

## **Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación**

En función de los objetivos y actuaciones previstas se determinarán distintos indicadores.

### **a) Indicadores cuantitativos**

- Nº familias participantes en cada tipo de acción/nº familias proyecto EO\*100
- Nº familias reducen, mantienen y elevan nivel carga
- Nº familias reducen, mantienen y elevan sintomatología depresiva
- Satisfacción de las familias con cada servicio o acción de apoyo
- ...

### **b) Evaluación cualitativa**

Además, dentro de la evaluación del proyecto global se incluirá evaluación cualitativa del servicio, incluyendo:

- Aportaciones individuales recogidas mediante cuestionario: lo más valorado de las acciones de apoyo a cuidadoras y lo que es preciso mejorar. Se preguntará a profesionales y familias.
- Valoración grupal (DAFO o similar) a profesionales y a familias

Se sugiere que el coordinador del proyecto de la zona sea el

encargado de esta evaluación mediante indicadores.

#### 4. Recogiendo aportaciones

Como puntos de mayor interés para debatir y llegar a consenso se señalan los siguientes:

- ? Protocolo valoración estado y necesidades de la persona que cuida.
- ? Proyectos de apoyo al cuidador/a ya en funcionamiento a tener en cuenta y coordinar con el proyecto *Etxean Ondo*.
- ? Necesidades y prioridades de intervención en el municipio en relación al apoyo al cuidador/a.
- ? Nuevos proyectos de apoyo a las familias cuidadoras a poner en marcha desde el proyecto *Etxean Ondo*.

#### Bibliografía utilizada para la redacción del PIM

ABENGOZAR MC, SERRA E. Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadoras familiares de ancianos con demencia. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 1997; 32 (5): 257- 269.

BRODATY H, GREEN A, KOSCHERA A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. J Am Geriatr Soc 2003; 51: 1-8.

CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. (2008) Asturias apoya. Aprender a cuidarse para cuidar mejor. Oviedo: Consejería de Bienestar Social. Gobierno del Principado de Asturias. EN:



<http://tematico.asturias.es/websociales/documentos/aprend-cuidarse.pdf>

Fernández-Trocóniz MI, Montorio I, Díaz V. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1997.  
FONDATION MÉDÉRIC ALZHEIMER. La Lettre de l'Observatoire. Des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. N° 14. Mars, 2010.

GALLAGER D, ROSE J, RIVERA P. Prevalence of depression in family caregivers. The gerontologist 1989; 29,4:449-455.

GUISSET MJ. (2008) Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevo escenario. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias. 34(septiembre). Madrid: IMSERSO.

Hinrichsen G, Niederehe G. Dementia Management Strategies and Adjustment of Family Members of Older Patients. The Gerontologist. 1994; 34(1): 95-102.

Izal V, Montorio I. Evaluación del medio y del cuidador del demente. En: Peña-Casanova J. y del Ser T. (eds). Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: Propuse; 1992. 201-222.

LÓPEZ J Y CRESPO M. (2008) Guía para Cuidadores de Personas Mayores en el hogar. Cómo mantener su bienestar. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

LOSADA A, IZAL M, MONTORIO I, MARQUEZ M, PÉREZ G. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familias con demencia. Rev Neurol 2004; 38 (8): 791-708.

MARTINEZ RODRIGUEZ T. (2010) Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia. Madrid: Médica Panamericana.

MARTINEZ T. (2011) La atención gerontológica centrada en la persona. Una guía para la intervención profesional en servicios y centros. País Vasco: Gobierno País Vasco.

MARTÍNEZ T. (2000) Centros de día para personas mayores con dependencias. Colección Documentos política social nº 8. Oviedo: Consejería de Asuntos Sociales. Gobierno del Principado de Asturias.

MARTÍNEZ T. (2009 ) La intervención psicosocial en contextos rurales con familias de personas mayores en situación de dependencia (2009).EN:

Portal Enclaverural.es

[http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im\\_007204.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_007204.pdf)

MARTÍNEZ T.(2010) Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad o dependencia. Colección Gerontología Social SEGG. Madrid,: Editorial Médica- Panamericana.

NOVAK M, GUEST C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The gerontologist* 1986; 26: 253-259.

PADIERNA JA. Apoyo socioasistencial a los familiares de los enfermos de Alzheimer. *La carga asistencial*. *Zerbituan* 1993; 22:47-53.

PEARLING LI (1994) Conceptual strategies for the study of caregiver stress, en E. Light y C.Niederehe y BD Lebowitz (eds.) *Stress effects on family of Alzheimer's patients*, Nueva York:Springer.

PEARLING LI ET AL (1990) Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*: 1990; 30:583-594.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P (1995): "Cuidados en la vejez. La necesaria convergencia entre los recursos formales y el apoyo informal", en VV.AA.: *Por una vejez activa*, Madrid: Fundación Caja de Madrid.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P (1996): "Los centros de día: un servicio de respiro para la familia cuidadora", en Gil M (coord): *Centros de día para personas mayores dependientes. Guía práctica*. Madrid: INSERSO 1996.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P (2002): "Familia y cuidados en la vejez. Más protección social a las personas en situación de dependencia", en VV.AA.: *Envejecimiento y Familia*". Madrid: UNAF. 2002.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P (2004): "El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencia. Una visión desde el análisis de género", en *Ley de Dependencia y Educación Infantil como medidas de conciliación de la vida laboral y familiar*. Madrid: Forum de Política Feminista, 2004.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P (2005): El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. En *Revista Española de Geriatría y Gerontología (REGG)*, 40, supl 3: 5:15.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P (2006): "El apoyo informal y su complementariedad con los recursos formales", en Puyol R y cols: *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Mondial Assistance. Madrid.

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2006) Guía de atención a las personas cuidadoras. Oviedo: Servicio de salud del Principado de Asturias.

VV.AA (2004) Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

VV.AA. (2010) Guías de buenas prácticas en centros de atención a personas mayores en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y V.

VV.AA. (2011) Guías de buenas prácticas en centros de atención a personas con discapacidad. Oviedo: Consería de Bienestar Social y V.

YANGUAS JJ, LETURIA F, LETURIA M. (2001) Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. [www.matiatf.net/profesionales/articulos](http://www.matiatf.net/profesionales/articulos).

ZARIT SH, REEVES KE, BACH-PETERSON J. Relatives of the impaired elderly: correlate of feelings of burden. *The gerontologist* 1980; 20:649-655.

ZARIT SH, TODDP, ZARIT J. Subjetive burden of husband and wives as caregiver: a longitudinal study. *The gerontologist* 1986; 26: 260-266.

## PROYECTO ETXEAN ONDO

### Proyectos de Intervención Marco (PIM)

#### PIM – 5. Servicio “Acompaña”

##### 1. El porqué del Servicio “Acompaña”

##### 2. ¿En qué consiste el Servicio “Acompaña”?

##### 3. Propuestas para la planificación

Paso 1. Definiendo los objetivos específicos

Paso 2. Identificando los grupos diana y, en su caso, los criterios de inclusión

Paso 3. Seleccionando y secuenciado las principales actuaciones

Paso 4. Seleccionando los elementos metodológicos

Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones

Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación

##### 4. Recogiendo aportaciones

## 1. El porqué del Servicio “Acompaña”

**El Servicio “Acompaña”** es un proyecto de intervención marco incluido del proyecto *Etxean Ondo* porque:

- 👉 El **cuidado en casa es una clara preferencia de las personas en situación de dependencia**. Esta preferencia se ve posibilitada, en muchas ocasiones, por el **cuidado que vienen prestando a estas personas sus propias familias**.
- 👉 La **atención y cuidados que requieren las personas en situación de dependencia puede llegar a ser de gran complejidad** a la vez que generar un importante grado de estrés para la persona cuidadora.
- 👉 **Las cuidadoras/es no profesionales** que atienden a personas con discapacidad o en situación de dependencia, ya sean familiares o personas empleadas del sector informal, precisan asesoramiento y formación, a la par que supervisión de su labor, mucho más cuando se recibe una prestación económica como compensación.
- 👉 El **apoyo a las familias cuidadoras conlleva integrar distintos programas o servicios**: información, asesoramiento, formación y respiro, para así facilitar intervenciones que se ajusten a las necesidades diversas que pueden surgir en las distintas fases del proceso de cuidar.
- 👉 Las evaluaciones efectuadas sobre los programas formativos de familias cuidadoras señalan que la **formación resulta más eficaz si se dispensa “in situ” y de una forma individualizada** dando respuesta a las dudas y dificultades que cada persona o cada situación de cuidados requiere.
- 👉 El cuidado en casa, además de apoyo, requiere también **supervisión** con el objeto de garantizar el **bienestar tanto de la persona que es cuidada como del familiar** que asume la labor de cuidador/a principal.
- 👉 La **prestación económica para cuidados en el entorno familiar**, se ha convertido en una importante opción dentro de las

prestaciones contempladas en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), **siendo necesario realizar su seguimiento y la evaluación de la calidad de los cuidados dispensados en casa.**

## 2. ¿En qué consiste el Servicio “Acompaña”?

El servicio “Acompaña” integrado en el proyecto *Etxean Ondo* ha sido específicamente diseñado para prestar distintos tipos de apoyo a las familias y otras/os cuidadoras/es no profesionales, a la par de realizar el seguimiento y la evaluación de los cuidados.

De este modo, el **Servicio “Acompaña”** para personas en situación de dependencia que son atendidas por cuidadores y cuidadoras no profesionales del ámbito familiar, **se define como una modalidad del SAD que ofrece a las personas cuidadoras formación, asesoramiento, descanso y acompañamiento en el domicilio, al tiempo de realizar el seguimiento y la evaluación de la calidad de los cuidados** (Rodríguez, P, 2011).

Se propone que profesionales del SAD, especialmente formados y dedicados a esta labor, sean quienes asuman este apoyo en cada uno de los hogares que resulten seleccionados para participar en las experiencias piloto del proyecto *Etxean Ondo* y que cumplan tanto los criterios generales como los específicos para su entrada en el Servicio “Acompaña”.

Se trata de diseñar, dentro del SAD de titularidad municipal, una nueva modalidad de atención mediante la que se aporta una presencia profesional periódica en el domicilio para poder realizar una formación *in situ*, además de realizar el seguimiento y la evaluación de los cuidados dispensados. Se parte de la idea de que, conociendo el entorno en el que se realizan los cuidados y a los protagonistas de la relación de ayuda, se puede comprender mejor la situación y las dificultades diversas que puedan producirse en el proceso de cuidar.

## 3. Propuestas para la planificación en el proyecto *Etxean Ondo*

### Paso 1. Definiendo los objetivos específicos

- ✓ Garantizar la **formación y el apoyo permanente** a la persona cuidadora en el entorno habitual en que se desenvuelve la relación de ayuda.
- ✓ Ofrecer un servicio de **asesoramiento** sobre determinadas dificultades o dudas relacionadas con el cuidado, tanto en el domicilio como a distancia.
- ✓ Ofrecer un tiempo de **descanso** a la persona cuidadora mediante un servicio que garantice la atención a la persona que la requiere.
- ✓ **Verificar los criterios de idoneidad** de la persona cuidadora.
- ✓ Comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos generales de una **correcta atención a personas en situación de dependencia**.
- ✓ **Prevenir la claudicación** de las personas cuidadoras de la familia.
- ✓ Detectar casos de **trato inadecuado**.
- ✓ Detectar de manera temprana **cambios de perfiles**, tanto de la persona atendida (especialmente, agravamientos) o de la persona cuidadora.
- ✓ Orientar a personas cuidadoras con perfil adecuado para integrarse en el **mercado laboral**.

## Paso 2. Identificando los grupos diana y los criterios de inclusión

A. Personas que tienen resolución de programa individualizado de atención (**PIA**), **derivado de la LAPAD**, por la que se establece prestación económica para cuidados en el entorno familiar y que ya disfrutaban de tal prestación.

B. **Personas que reciben los cuidados principales** por una persona que es **empleada de hogar o cuidadora pagada por la familia, con independencia de si son o no beneficiarias de prestaciones de la LAPAD**.

Nota sobre el grupo B:

Cabe clarificar que en las intervenciones que se realicen desde este proyecto, se ha planteado como innovación **no solamente no ignorar esta figura** de persona cuidadora remunerada por la propia persona en situación de dependencia o por su familia, sino prestarle una especial atención.

Por tanto, es clave que en desarrollo del Programa Acompaña se trabaje también con estas personas cuidadoras, y en colaboración con la familia, para garantizar su idoneidad y su formación.

Incluso cuando se trate de un caso en el que se cuenta con la prestación económica por cuidados en el entorno familiar, concedida al amparo de **la LAPAD, en los que están expresamente excluidas las personas que los presten mediante “una relación contractual laboral o de otra índole”**, también debe realizarse la **evaluación de la calidad de los cuidados**.

A través del seguimiento que se realice de estas situaciones tanto del tipo como de la calidad de los cuidados que se prestan en el domicilio, se estudiarán y propondrán salidas viables para la visibilidad y aceptación de esta figura, dentro de las modalidades del SAD.

### Paso 3. Actuaciones del Servicio

Se distinguen dos tipos de actuaciones: a) las actuaciones que pueden ser ofrecidas desde el Servicio “Acompaña” y b) el proceso de atención del Servicio “Acompaña” en cada hogar.

#### **A. ACTUACIONES E INTENSIDAD DEL SERVICIO “ACOMPAÑA”**

Desde el Servicio “Acompaña” se cumplen dos funciones básicas: La primera, ofrecer acompañamiento y apoyo a quien cuida en casa, pudiendo éste ser muy diverso (utilizando una o varias de las opciones que posteriormente se describen) y, la segunda, realizar el seguimiento y la evaluación de los cuidados.

Por ello, es posible ofertar a cada caso distintos tipos de apoyos, partiendo siempre de las necesidades del grupo familiar así como de la coordinación que se establezca con otros servicios integrados en el proyecto *Etxean Ondo*.

#### ***Actuaciones que incluye el servicio “Acompaña”***

Entre estos apoyos, cuya intensidad puede ser variable, se pueden incluir los siguientes, los primeros relacionados con el apoyo de carácter



opcional, el último, relacionado con la supervisión y evaluación de la calidad de los cuidados prestados, para todos los casos incluidos en el servicio “Acompaña”.

### a) Horas de relevo en el cuidado

Se trata de ofertar algunas horas de acompañamiento a la persona, realizando las tareas que se hayan acordado en el plan integral de atención y vida, con el fin fundamental de que el/la familiar que se ocupa de los cuidados habituales disponga de un tiempo periódico de relevo para que pueda realizar gestiones, disfrutar de actividades de ocio o simplemente descansar.

### b) Acompañamiento a la familia

La escucha y comunicación continua serán las características que presidirán la intervención profesional de este proceso de acompañamiento. La **labor de información y asesoramiento** deberá ser acompañada a las necesidades, ritmos y estilos del grupo familiar.

Esta labor la realizará el gestor/a del caso en colaboración con el auxiliar del servicio “Acompaña”.

Se recomienda que exista la posibilidad de que la familia pueda acceder a este servicio también telefónicamente para consultar sus dudas o expresar sus preocupaciones. Una forma posible sería recogiendo la llamada a través del servicio de teleasistencia, si se dispone del mismo, desde donde se derivará la llamada al gestor/a del caso o al auxiliar del servicio para que sea atendida y respondida a la mayor prontitud posible.

### c) Formación personalizada *in situ*.

Para ello, se trabajarán temas básicos para el cuidado por parte de la familia o cuidador/a no profesional, teniendo siempre en cuenta la situación y necesidades del momento:

- Alimentación
- Hidratación
- Cuidado de la piel
- Higiene y aseo
- Vestido
- Movilizaciones y aseo en cama
- Desplazamiento
- Comunicación interpersonal básica

- Estimulación y ocio
- Promoción de la autonomía de la persona cuidada
- Utilización de productos de apoyo
- Abordaje de alteraciones del comportamiento
- Cuidado del propio cuidador/a

Se recomienda que la familia o cuidador/a no profesional disponga además de recomendaciones específicas por escrito para un mejor cuidado de la persona y de su propio estado.

Esta labor la realizará el gestor/a del caso en colaboración con el auxiliar del servicio “Acompaña”.

Además otros profesionales podrán participar, siempre que el caso lo requiera, o por cuestiones organizativas se determine, entre los que cabe citar:

- Enfermería atención primaria
- Servicio entorno accesible
- Otros profesionales (Médico/as, Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionales, Psicólogos) etc que colaboren desde la red de recursos de la comunidad con el proyecto *Etxean Ondo*, como por ejemplo los profesionales integrados en los equipos de valoración de la dependencia.

#### **d) Seguimiento y evaluación de la calidad de los cuidados dispensados.**

Según el acuerdo alcanzado en el Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, se define el seguimiento como “una actividad de carácter técnico que tiene por objeto comprobar que persisten las condiciones adecuadas de atención, de convivencia, de habitabilidad de la vivienda y las demás de acceso a la prestación, para garantizar la calidad de los cuidados, así como prevenir posibles situaciones futuras de desatención”.

Para garantizar la evaluación de la calidad de los cuidados se tendrán en cuenta, entre otros criterios, los siguientes:

- Mantenimiento de la capacidad física y psíquica para desarrollar adecuadamente el cuidado y apoyo a la persona en situación de dependencia.
- Disponibilidad de tiempo suficiente dedicado a los cuidados de la persona en situación de dependencia.
- Variaciones en los apoyos al cuidado que se vinieran recibiendo.
- Modificación de la situación de convivencia respecto a la persona en situación de dependencia.

- Agravamiento de la situación de dependencia.

Como resultado de esta evaluación, se contará con elementos de juicio para, en su caso, reorientar el PIA en el que se reconocía la prestación económica para cuidados en el entorno familiar de la LAPAD, pudiéndose dar lugar a modificación de la misma.

### **Intensidad de los apoyos**

En lo que se refiere a la **intensidad** del Servicio “Acompaña”, la misma puede ser variable en función de la disponibilidad de cada administración responsable, así como de las necesidades que se evalúen en cada caso, tanto al inicio como fruto del seguimiento.

En principio, y para la generalidad de los casos que se incorporen a las experiencias piloto, puede ser suficiente con un programa *Acompaña* de **4/8 horas mensuales**.

Cuando por las circunstancias que rodeen a cada caso y, sobre todo, cuando en el ámbito en el que se interviene existe la posibilidad, puede plantearse una intensidad mayor o, en su caso, hacer compatible la prestación de cuidados en el entorno familiar con servicios profesionales (SAD, Centro de Día, estancias temporales en residencia, etc.).

## **B. EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO “ACOMPAÑA” EN CADA HOGAR.**

**A continuación se relacionan los distintos pasos en que se puede desarrollar este servicio en cada domicilio o caso:**

### ⇒ **1. Información previa.**

La presencia del Servicio “Acompaña” en casa irá precedida de una entrevista mantenida por el Gestor/a de caso donde se habrá informado de los objetivos y actuaciones del Servicio Acompaña. Se tendrá especial cuidado de que se entienda la labor de supervisión como un apoyo y no exclusivamente desde la mirada inspectora y de control.

### ⇒ **2. Valoración y propuesta de apoyo e intensidad del Servicio**

Será preciso que el gestor/a de caso identifique las necesidades de apoyo así como que determine las actuaciones del Servicio Acompaña y la intensidad (nº horas) del mismo. Se buscará siempre el consenso con la familia.

### ⇒ **3. Visita de presentación del Servicio “Acompaña”.**

El gestor/a de caso, conocedor del entorno y de la familia, realizará una visita a casa de la persona en situación de dependencia para presentar al auxiliar del Servicio “Acompaña” a cuyo cargo estará la realización del mismo.

En esta primera entrevista comenzará la prestación del servicio, produciéndose por parte de los/las profesionales un primer acercamiento para comprender cómo se desenvuelve en el domicilio en cuestión la relación de ayuda y detectar las dificultades que puedan estar ocurriendo.

El gestor/a del caso se pondrá a disposición de la familia, como profesional responsable, intercambiando con la persona cuidadora aspectos clave relacionados con los cuidados y ofreciéndole también las primeras recomendaciones que sean adecuadas.

Por otra parte, tras las presentaciones de rigor, invitará también al cuidador/a familiar a que confíe en el/la auxiliar que será quien, en adelante y de manera periódica, realizará el servicio como hubiera sido planificado y recogerá las consultas de la familia.

### ⇒ **4. Desarrollo del apoyo según previsión u apoyos acordados.**

Se realizarán por parte del auxiliar los apoyos que se hayan fijado en el plan integral de atención y vida, con las modificaciones que corresponda efectuar a lo largo del tiempo, a juicio del gestor/a del caso, y según la intensidad establecida (entre 4/8 horas mes).

### ⇒ **5. Seguimiento y evaluación de la calidad de los cuidados**

El/la auxiliar del Servicio “Acompaña” realizará, como parte de sus tareas, y con la supervisión del gestor/a del caso, las funciones de seguimiento y evaluación de la calidad de los cuidados que recibe la persona. Para ello y de manera periódica (con frecuencia trimestral) se registrarán los aspectos básicos que ha de cumplir un correcto cuidado (ver hoja de seguimiento en soportes metodológicos –paso 4- ).

Es fundamental que esta supervisión se realice desde la máxima prudencia y respeto a las personas que conviven en el hogar. Aunque se esté realizando una labor de control (de las prestaciones

económicas públicas) no podemos olvidar que estamos valorando aspectos muy privados de las personas y que estamos accediendo a sus domicilios.

Evitar juicios de valor, basarnos en los hechos y tener una actitud siempre de respeto, prudencia, y garantizando la confidencialidad, es fundamental para realizar una buena labor de apoyo y supervisión.

Esta primera valoración será completada por otra de mayor profundidad cuando se detecte alguna dificultad en algunos de las áreas básicas del cuidado por el gestor/a del caso, o incluso por algún profesional complementario (enfermería de atención primaria, etc). En estos casos la prudencia deberá extremarse aún más evitando actitudes "reprobadoras" a la familia. El enfoque deberá ser siempre educativo y desde la empatía y la escucha activa.

En función de lo observado, se revisará el Plan integral de atención y vida, y en su caso, también el PIA determinado en la LAPAD.

Estas valoraciones deberán asimismo guiar el ajuste de los apoyos dispensados desde el Servicio Acompaña (sesiones formativas, líneas de asesoramiento así como las horas de respiro).

#### ⇒ **6. Valoración de las posibilidades de integración laboral de las personas cuidadoras.**

En todos los casos en los que se preste el servicio "Acompaña", ya se trate de familiares cuidadores, bien se trate de situaciones en las que la persona esté siendo atendida por cuidadores no profesionales pagados por la familia, el gestor/a del caso valorará sus posibilidades de inserción laboral. Para ello, debe tenerse en cuenta cuestiones como la edad, el nivel educativo, etc. Si se dan las condiciones mínimas para pensar que sería posible el acceso de la persona cuidadora al mercado laboral en el sector formal de los servicios sociales, se le informará de las posibilidades que existen para convalidar su experiencia y completar su formación.

### **Paso 4. Utilizando soportes metodológicos**

#### **1. Hoja de seguimiento para la detección de necesidades y la evaluación de la calidad de los cuidados**

Se presenta a modo de propuesta inicial y pendiente, por tanto, de ser cerrada en el proceso de planificación participativa.

## Hoja de seguimiento para la detección de necesidades y la evaluación de la calidad de los cuidados

Nombre de la persona cuidada

Nombre del cuidador/a principal (si el cuidado se comparte entre una persona de la familia y un/a empleado/a, poner los dos)

Fecha del seguimiento

Persona que lo realiza

### A. CRITERIOS GENERALES PARA LA VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS

#### Capacidad y dedicación del cuidador/a

- Mantenimiento de la capacidad física y psíquica para desarrollar adecuadamente el cuidado y apoyo a la persona en situación de dependencia.
  - Se cumple
  - No se cumple o en duda
- Disponibilidad de tiempo suficiente dedicado a los cuidados de la persona en situación de dependencia.
  - Se cumple
  - No se cumple o en duda
- Carga elevada experimentada por el cuidador/a
  - Sí
  - No

#### Situación de cuidado

- Modificación de la situación de convivencia respecto a la persona en situación de dependencia.
  - Sí. Determinar en qué sentido se ha visto modificada y si ello afecta al cuidado:
    - No
- Agravamiento de la situación de dependencia.
  - Sí
  - No
- Variaciones en los apoyos al cuidado que se vinieran recibiendo.
  - Sí. Determinar en qué sentido se han visto modificados los apoyos y si ello afecta al cuidado:
    - No

### B. DESEMPEÑO DEL CUIDADO Y DETECCIÓN DEL TRATO INADECUADO

#### Bienestar físico

Nutrición adecuada

Sí

No o en duda

Hidratación adecuada

Sí

No o en duda

Correcta administración de la medicación

Sí

No o en duda

Cuidados salud dispensados correctamente

Sí

No o en duda

Higiene adecuada

Sí

No o en duda

Movilizaciones correctas

Sí

No o en duda

Estado adecuado de la piel

Sí

No o en duda

Presencia de moraduras o signos de golpes

Sí o duda

No

### **Bienestar emocional y relación social**

La persona se encuentre segura, cómoda y muestra confianza con quién le cuida.

Sí

No o en duda

La persona es respetada y tratada dignamente por quienes con ella conviven y le cuidan

Sí

No o en duda

La persona, dentro de sus capacidades, mantiene comunicación y contacto social con otras personas. No se encuentra aislada.

Sí

No o en duda

**Necesidades detectadas y observaciones**

Nota: Los apartados en rojo, señalan la necesidad de otra valoración por parte del gestor/a del caso (u otros profesionales).

## 2. Pautas escritas de recomendaciones clave.

Son pautas para quienes ejercen el cuidado relacionadas con las áreas básicas del cuidado. Serán confeccionadas o en todo caso supervisadas por el gestor/a del caso y, cuando sea preciso, por otros profesionales (enfermería de atención primaria, psicólogo/a, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, trabajador/a social, médico/a, etc).

Estas pautas estarán en relación a cuestiones básicas del buen cuidado como el bienestar físico, el bienestar emocional, la relación social y la adecuación del entorno.

A modo de ejemplo se muestra un modelo de hoja para registrar pautas de cuidado personalizado para los cuidadores familiares o no profesionales.

<b>HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL BUEN CUIDADO EN CASA DE:</b>
<b>PAUTAS PARA SU BIENESTAR FÍSICO</b>
<b>Nutrición</b>
<b>Hidratación</b>
<b>Administración de la medicación</b>
<b>Cuidados salud</b>
Baño e higiene
<b>Movilizaciones</b>
<b>PAUTAS PARA SU BIENESTAR EMOCIONAL Y SU RELACIÓN SOCIAL</b>
<b>Promoción de la autonomía en su vida cotidiana</b>
<b>Actividades estimulativas de ocio</b>



<b>Comunicación positiva</b>
<b>Abordaje de alteraciones del comportamiento</b>
<b>PAUTAS PARA ADECUAR EL ENTORNO FÍSICO</b>
<b>PAUTAS PARA EL BIENESTAR Y CUIDADO DEL CUIDADOR/A</b>

## Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones

### Profesionales implicados

El **Gestor/a del caso** es quien permanece en contacto y coordina las actuaciones del conjunto de profesionales que intervienen en el PAyV consensuado, dentro del cual se ha acordado el servicio "Acompaña".

La coordinación del gestor/a del caso con el **auxiliar del Servicio Acompaña** que realice el acompañamiento mensual es fundamental. Existen momentos críticos para lograr esta coordinación:

- El inicio del servicio y la entrada al domicilio donde el gestor/a (profesional que ya conoce al grupo familiar) introduce al auxiliar que va a formar parte de este acompañamiento.
- Ante la detección de dificultades en el cuidado por parte del auxiliar, que desde la máxima prudencia, deberá ponerlo en conocimiento del gestor/a para realizar un nuevo acercamiento al caso y proponer nuevas medidas de apoyo.
- La coordinación con el **servicio de Teleasistencia** (si la persona dispone del mismo) es fundamental, especialmente si se opta por facilitar un sistema de contacto continuado de las familias con el auxiliar del servicio Acompaña para poder resolver dudas y problemas diarios.
- Puede requerirse también coordinación con otros profesionales clave cuando se considere preciso (enfermera/o atención primaria, servicio promoción autonomía personal, etc).

## Otros PIM con los que se conecta

El PIM. El servicio Acompaña, enlaza con los siguientes PIM:

PIM 1. La atención integral centrada en la persona

PIM 3. Servicio de teleasistencia avanzada

PIM 4. Apoyo a las familias cuidadoras

PIM 6. Servicios para un entorno accesible

## Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación

### a) Indicadores cuantitativos

- Nº participantes en el servicio (familias y cuidadores no profesionales)
- Nº horas dispensadas por tipo de apoyo
- Nº detecciones cuidados inadecuados
- Satisfacción de las personas usuarias con el servicio
- Satisfacción de las familias cuidadoras con el servicio
- Satisfacción de las cuidadoras no profesionales

### b) Evaluación cualitativa

Además, dentro de la evaluación del proyecto global se incluirá evaluación cualitativa del servicio incluyendo:

- Aportaciones individuales recogidas mediante cuestionario: lo más valorado del servicio y lo que es preciso mejorar. Se preguntará a profesionales, personas usuarias, familias y cuidadores no profesionales
- Valoración grupal (DAFO o similar) a profesionales, familias, cuidadores no profesionales y personas usuarias

Se sugiere que sea el coordinador del proyecto de la zona quien sea el encargado de registrar periódicamente estos indicadores.

## 4. Recogiendo aportaciones

Como puntos de mayor interés para debatir y llegar a consenso se señalan los siguientes:

- ? Rango de intensidad horaria del servicio según actuaciones
- ? Modos de coordinación entre el gestor/a, auxiliar del Servicio Acompaña y otros profesionales
- ? Hoja de seguimiento para la detección de necesidades y la evaluación de la calidad de los cuidados
- ? Hoja de pautas para el buen cuidado en casa
- ? Posibilidades de incorporar servicios adicionales de apoyo: SAD, centro de día, estancias temporales.

## Bibliografía utilizada para la redacción del PIM

Rodríguez Rodríguez, P (2011): "El SAD como apoyo, respiro, formación y evaluación de personas atendidas por cuidadores/as no profesionales del ámbito familiar (programa *Acompaña*), en Rodríguez P y cols: *Servicios de ayuda a domicilio. Manual de planificación y formación*. Ed. Médica Panamericana. Madrid.

## PROYECTO ETXEAN ONDO

### Programas de Intervención Marco (PIM)

#### PIM – 6 Servicios para un entorno accesible

1. El porqué de los servicios para un entorno accesible.
2. ¿Qué son los servicios para un entorno accesible?
3. Propuestas para la planificación

Paso 1. Definiendo los objetivos específicos

Paso 2. Identificando las personas destinatarias

Paso 3. Seleccionando y secuenciando las principales actuaciones

Paso 4. Seleccionando los elementos metodológicos

Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones

Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación

#### 4. Recogiendo aportaciones

## 1. El porqué de los servicios para un entorno accesible

El Programa de Intervención Marco “**Los servicios para un entorno accesible**” está incluido en el proyecto *Etxean Ondo* porque:

- Muchas **viviendas** donde residen las personas mayores en situación de fragilidad, las personas con discapacidad y las personas en situación de dependencia presentan **dificultades en cuanto a la accesibilidad** que limitan o incluso impiden su independencia y permanencia en el hogar, lo que, en ocasiones, origina institucionalizaciones que podrían evitarse.
- Estas personas, según se recoge en encuestas y otras técnicas de investigación, **prefieren seguir viviendo en sus domicilios e integrados en su comunidad** frente a la institucionalización. Sin embargo, debido a que muchas veces sus domicilios y entorno próximo no son totalmente accesibles, estas personas y sus familiares demandan **apoyo para adecuar** sus domicilios.
- Algunas personas con diversidad funcional, además, necesitan adaptar sus vehículos particulares para poder trasladarse de un lugar a otro de manera independiente.
- Se considera necesario **definir un “Modelo de Vivienda para Toda la Vida”** en formato de Buena Práctica, más allá de la normativa existente y de las herramientas de valoración utilizadas hasta ahora en procesos de valoración de la dependencia, que cubra toda la cadena de valor y se difunda en la sociedad con objeto de que todos los agentes intervinientes en el sector de la vivienda y sociedad lo conozcan.
- Es conveniente **asesorar de forma personalizada** sobre las posibles adecuaciones que se pueden realizar en el domicilio y/o los productos de apoyo necesarios que faciliten la mayor independencia posible en las actividades de la vida diaria.
- Es necesario crear una **“ventanilla única”**, que sea suficientemente conocida donde la persona con diversidad funcional, su familiar o cualquier ciudadano/a puedan solicitar **información** relacionada con la accesibilidad en las viviendas, así como las **ayudas económicas** que existen.

- 👉 Se considera importante transmitir la idea de qué significa y qué criterios se tienen que cumplir para que una vivienda y su entorno inmediato sean accesibles, y acercar el concepto de **“vivienda para toda la vida”** a los profesionales/ gremios de la construcción y a la sociedad en general.

## 2. ¿Qué son los servicios para un entorno accesible?

EL PIM **“Los servicios para un entorno accesible”**, incluido en el proyecto Etxean Ondo, pretende **coordinar** las actuaciones existentes desde diferentes instituciones sobre las adecuaciones en el domicilio y provisión de productos de apoyo e **incluir dentro del plan integral de atención y vida de cada caso las orientaciones precisas para la adecuación de la vivienda**, y para favorecer también que la persona participe en el **entorno próximo**.

Con independencia de la actuación personalizada en aquellos casos incluidos en las experiencias piloto del proyecto *Etxean ondo*, también y de manera complementaria, en aquellos territorios en que se desarrolla, se realizarán actuaciones dirigidas a toda la población para difundir el concepto “viviendas para toda la vida”. En este sentido se elaborará y distribuirá una **Guía de buenas prácticas** para lograr viviendas para toda la vida.

### 2.1. ¿Qué se entiende por “Vivienda para toda la vida”?:

La idea de **“Vivienda para Toda la Vida”** (*lifetime housing*) o **“Viviendas adaptables”** (estos términos se utilizan indistintamente), lleva tiempo desarrollándose en diferentes países europeos.

Mediante este PIM 6 “Los servicios para un entorno accesible” se pretende difundir este nuevo concepto y sus ventajas entre los profesionales y gremios de la construcción así como en la sociedad.

De esta forma, no se actúa solamente desde una perspectiva de problema- acción sino desde el enfoque de la prevención, de forma que, para lograr contar con viviendas para toda la vida, favorezcamos el conocimiento y la difusión de conceptos tan esenciales como los de *Diseño Universal* y *Usabilidad*. Resulta esencial la incorporación de estos conceptos tanto entre los profesionales (desde la fase de diseño y

construcción), como entre la ciudadanía desde etapas tempranas de la vida sin esperar a que acontezcan necesidades derivadas de la reducción de capacidades por el envejecimiento/ discapacidad.

Las viviendas para toda la vida se definen por 2 características fundamentales:

- **Accesibilidad:** son accesibles desde el primer momento para todas las personas (incluidos niños/as, personas mayores y personas con diversidad funcional).
- **Adaptabilidad:** son adaptables, diseñadas y construidas con previsión para poder adecuarse fácilmente y con un coste pequeño a las necesidades cambiantes de todas las personas a lo largo de la vida.

### Otros conceptos relacionados:

- **Diversidad funcional:** este concepto hace referencia a todo tipo de capacidades – física, intelectual, sensorial (visual, auditiva), orgánica-. Las mejoras en accesibilidad de los servicios, productos e infraestructuras, no sólo aportan calidad a las personas de edad avanzada y a las personas con discapacidad, sino a todas las personas que tienen sus capacidades reducidas por distinto motivo a lo largo de su vida: personas que llevan consigo carritos de niños, mujeres en periodo de gestación, personas con alguna lesión puntual, etc.
- **Diseño Universal o Diseño para Todos:** se entiende como “el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado” (artículo 2 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006). Esta definición aclara que “El diseño universal no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten”.
- **Productos de Apoyo:** “Cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias,



limitaciones en la actividad y restricciones en la participación” (La Norma UNE – EN ISO 9999).

- **Accesibilidad Universal:** “condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible” (Artículo 2 de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad, de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con Discapacidad – LIONDAU).

## **2.2. Pasos del proceso de adecuación de la vivienda y otras necesidades de accesibilidad.**

En el siguiente organigrama, a modo de esquema, se reflejan los pasos que componen el proceso de adecuación del domicilio:

Al llevarse a cabo, por parte del gestor/a del caso su **valoración** integral, ésta incluirá, como se ha mencionado en el PIM 1, las condiciones de accesibilidad del domicilio y su entorno inmediato, así como el vehículo particular.

Concluido el proceso de valoración integral, el gestor/a del caso procederá la elaboración del plan integral de atención y vida, con la participación activa de la persona y, en su caso de su familia. En este momento, y en cuanto afecta a este PIM, se informará de las posibilidades que existen para llevar a cabo las adecuaciones que se hayan valorado como convenientes (obras para supresión de barreras, información y sugerencias sobre la utilización de productos de apoyo, etc.), así como de las posibilidades de obtener subvenciones. Una vez acordado el plan de acción, procederá comenzar con las **intervenciones que corresponda efectuar.**

Una vez terminado el proceso se valorarán los resultados y el nivel de satisfacción de la persona y, en su caso, de su familia.

Entrada del caso a “Los servicios para un entorno accesible”

1. Valoración Integral

Aplicación de una herramienta  
de Valoración de la  
Accesibilidad

Vivienda

Entorno inmediato

Vehículo particular

2. Elaboración del Plan Integral de Atención y Vida

Participación activa de la persona y/o su familia

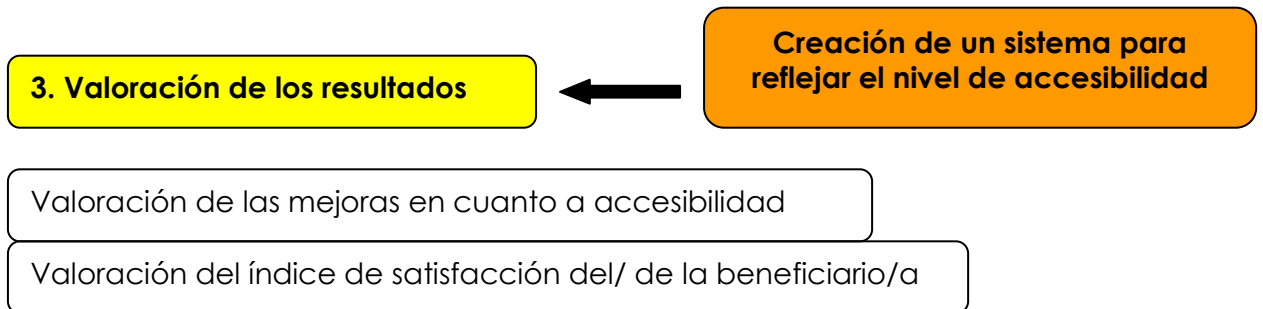
Ofrecer información sobre las posibilidades para:

- Llevar a cabo las adecuaciones.
- Obtener subvenciones.

3. intervenciones (proveedores, gremios,  
profesionales de la construcción)

Obras de supresión barreras y adecuación de la  
vivienda / entorno inmediato (vehículo propio)

Adquisición de productos de apoyo  
(compra/préstamo)



### 2.3. Diseño de una herramienta de valoración:

**“Los servicios para un entorno accesible”** van a valorar:

#### VIVIENDA

- Espacios de paso y de maniobra (giro)
- Cambios de nivel
- Puertas
- Accesibilidad del baño, cocina, etc.
- Productos de apoyo
- Domótica
- ...

---

#### ENTORNO INMEDIATO Y VEHÍCULO PARTICULAR

- Acceso al portal /domicilio
- Escaleras/ ascensor
- Aparcamiento
- Adecuación del vehículo propio
- ...

Para valorar las condiciones de accesibilidad de la vivienda, del entorno inmediato y del vehículo particular se va a **diseñar una herramienta de valoración** que se pueda aplicar a diferentes situaciones y tipos de diversidad funcional.

Se tendrá en cuenta la *normativa<sup>1</sup> de accesibilidad* vigente así como el *Código Técnico de Edificación*. Y se analizarán las *Buenas Prácticas* a nivel nacional e internacional y las diferentes *escalas de valoración* que se utilizan en la actualidad, de las cuales mencionamos:

- BVD (Baremo de Valoración de Dependencia)
- ORAT (Cuestionario de Orientación sobre la Necesidad de Ayudas Técnicas - Instrumento de la Diputación de Guipuzkoa)
- RAI (Resident Assessment Instrument)
- Housing Enabler Screening Tool (according to current Swedish standard. Boverket, 2008).
- Instrumento para la valoración de las condiciones y accesibilidad de la vivienda y del entorno próximo (Pilar Rodríguez Rodríguez)
- ...

En los Seminarios y talleres que se desarrollen con los gestores de casos, se presentará, junto al resto de los instrumentos de valoración integral, el relativo a la accesibilidad con el fin de asegurar su conocimiento y garantizar el uso correcto de esta escala y conocer los diferentes aspectos a tener en cuenta. Por otra parte, cuando el gestor o la gestora del caso lo estime conveniente, solicitará el apoyo de un terapeuta ocupacional para realizar esta parte de la valoración.

### 3. Propuestas para la planificación de los servicios para un entorno accesible

#### Paso 1. Definiendo los objetivos específicos

Los **objetivos generales** se dirigen a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia y de sus familias cuidadoras, promoviendo el mayor grado posible de independencia funcional y de autonomía

<sup>1</sup> Decreto 68/2000, de 11 de abril, por el que se aprueban las normas técnicas sobre condiciones de accesibilidad de los entornos urbanos, espacios públicos, edificaciones y sistemas de información y comunicación.

personal a través de una mayor adecuación de entorno de vida habitual.

### **Objetivos específicos relacionados con la persona y el grupo familiar**

- ✓ Retrasar la necesidad de institucionalización.
- ✓ Facilitar la mayor independencia funcional de la persona en sus actividades de la vida cotidiana dentro de su vivienda y en su entorno comunitario, o bien las labores de cuidado de los familiares o cuidadores a través de la supresión de barreras arquitectónicas, adaptaciones en la vivienda y/o vehículo particular y el uso de productos de apoyo.
- ✓ Favorecer la inclusión y participación social de las personas fomentando su movilidad a través de la supresión de barreras para accesos a vivienda.
- ✓ Proporcionar orientación y asesoramiento personalizado a la persona y sus familiares, sobre productos de apoyo y/o adaptaciones necesarias en el domicilio.
- ✓ Incorporar a la persona y a sus familiares al proceso de adecuación de su domicilio teniendo en cuenta sus preferencias y deseos.
- ✓ Reducir la carga del cuidador/a profesional o familiar facilitando el desarrollo de su labor.

### **Objetivos específicos relacionados con la definición y coordinación de las intervenciones profesionales**

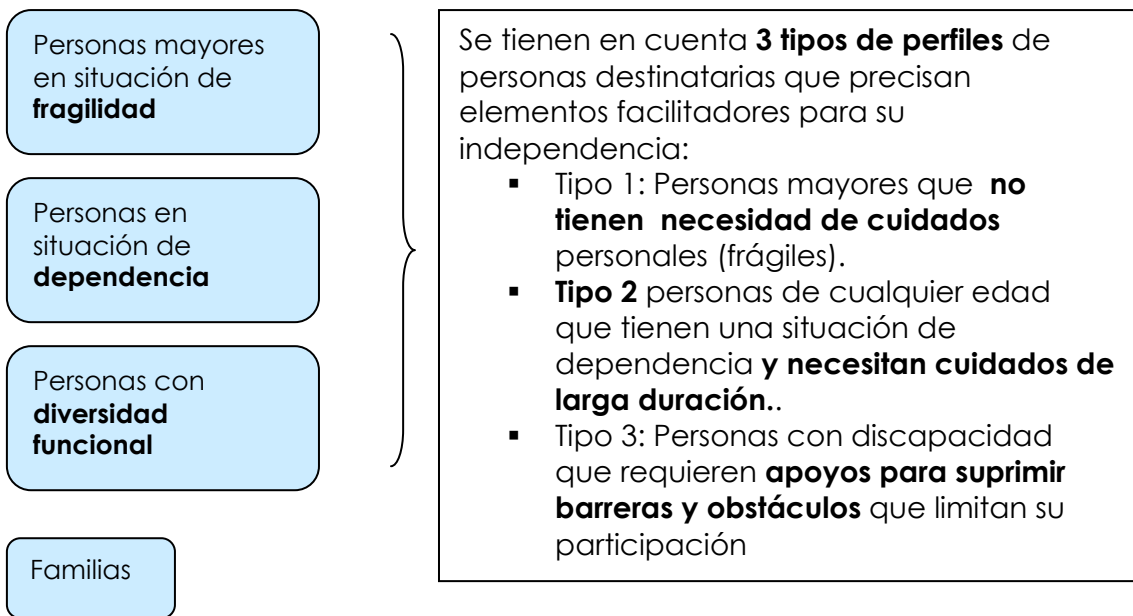
- ✓ Delimitar las actuaciones a desarrollar en el domicilio y en el entorno inmediato para atender las necesidades de la persona (y, en su caso, de sus familias y/o cuidadores).
- ✓ Definir las principales intervenciones relacionadas con la accesibilidad en la vivienda y los productos de apoyo en función de perfiles de personas usuarias según sus necesidades.
- ✓ Establecer una metodología o un modelo de actuación único para la CAPV.

- ✓ Proponer mejoras en los servicios de adecuación de viviendas actuales.
- ✓ Elaborar una herramienta estándar de valoración de las condiciones de accesibilidad del domicilio y su entorno inmediato, y otra para el vehículo particular que utilice la persona.
- ✓ Probar la eficacia del modelo.
- ✓ Diseñar guías de buenas prácticas que permitan difundir en la sociedad el concepto de “viviendas para toda la vida”.
- ✓ Facilitar información y generalizar el conocimiento en la sociedad sobre cómo mejorar las condiciones de accesibilidad de una vivienda y el valor de una “vivienda para toda la vida”.
- ✓ Proponer la existencia de una única fuente de información donde poder obtener de forma clara y rápida toda la información referente a las adaptaciones en el interior de la vivienda y el acceso a la misma.
- ✓ Ofrecer formación inicial y continuada a los profesionales implicados en la valoración de los domicilios (gestores de casos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc.).

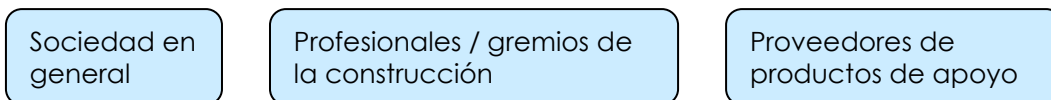
## Paso 2. Identificando personas destinatarias

Los “**Servicios para un Entorno Accesible**” dirigen sus servicios a diferentes grupos de de destinatarios según las necesidades de cada uno de ellos.

**Intervención dirigida a adecuar el domicilio y el entorno inmediato (vehículo propio incluido):**



### Asesoramiento y orientación sobre cómo mejorar las condiciones de accesibilidad (Difusión de la Guía de Buenas Prácticas):



#### Profesionales de los "Servicio para un Entorno Accesible":

Aquellos profesionales que se van a encargar de coordinar estos servicios y atender a las necesidades de las personas con diversidad funcional así como de asesorar a los diferentes profesionales implicados en llevar a cabo las adaptaciones necesarias deberán recibir previamente una formación específica en este campo: gestores/as de casos, trabajadores/as sociales, coordinador/a zona, responsables de vivienda, etc.

### Paso 3. Seleccionando y secuenciando las principales actuaciones

Definición de las actuaciones profesionales de los "Servicios para un Entorno Accesible":

1. **Información:** ofrecer información a familiares, población en general, profesionales de la construcción (gremios) y proveedores de productos de apoyo. Se elaborará una guía de Buenas Prácticas.
2. **Valoración del caso en materia de accesibilidad:** actuaciones dirigidas a recabar información sobre las condiciones de accesibilidad de la **vivienda** y su **entorno inmediato**, en algunos casos también el **vehículo particular** que utiliza la persona, para establecer objetivos de actuación atendiendo a las necesidades individuales. Este proceso se integrará dentro del PIM 1 (La atención integral centrada en la persona).
3. **Intervención ambiental:**  
Dirigida a:
  - Realizar las **adecuaciones** necesarias que hayan sido consensuadas con la persona en la vivienda como en su entorno inmediato (incluido vehículo particular), y siguiendo las pautas marcadas en cuanto a accesibilidad en el PIM 1.
  - Coordinar las **ayudas** económicas existentes de diferentes instituciones.
  - **Productos de apoyo:** asesoramiento y provisión, en su caso.
4. **Evaluación de los resultados:** Se valorarán las mejoras conseguidas y el nivel de satisfacción del beneficiario.

#### Paso 4. Seleccionando los elementos metodológicos

- **La entrevista.** Método de encuentro donde de forma sistematizada el profesional recoge información de la persona o grupo, informa, orienta y establece consensos.
- **La historia social.** Soporte documental utilizado en Trabajo social para recoger información social relevante de la persona, grupo familiar y entorno, así como del proceso de intervención social.
- **La historia o informe de salud.** Soporte documental donde se recoge la información de salud de la persona: antecedentes, diagnósticos, tratamientos y atenciones sanitarias propuestas y recibidas. Interesa de este documento, sobre todo, lo relacionado con la situación y tratamiento de las enfermedades o trastornos que han provocado la situación de dependencia.



- **La visita en el domicilio.** Procedimiento sistematizado donde el profesional realiza labores de observación, valoración y asesoramiento en el domicilio de las personas usuarias.
- **Herramienta o modelo de valoración de la accesibilidad en el domicilio y entorno próximo,** que se elaborará *ex novo*, para aplicarla en el proyecto *Etxean ondo*.

## Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones

### Profesionales implicados y coordinación

- **El coordinador/a del proyecto Etxean Ondo en la zona** será quien velará por el correcto funcionamiento de los distintos servicios que se hayan puesto en marcha, realizando el seguimiento de los mismos. Asimismo, mantendrá contacto permanente con la empresa o entidades que gestionen el servicio, con los servicios sociales municipales, así como con los gestores de casos, los cuales podrán visitar los domicilios para realizar el seguimiento y, si así se acuerda, la evaluación de los casos.
- **El gestor/a del caso**, quien será el que supervise la correcta atención de los servicios en los casos que tenga asignados, el impacto que ha generado en la calidad de vida de la persona así como la coordinación entre los profesionales implicados.
- **Profesionales de Matia**, quienes, además de formar a los profesionales implicados en ofrecer estos servicios, ofrecerán su apoyo y colaboración en el proceso de adecuación de la vivienda y su entorno próximo.
- Profesionales de la **construcción y actividades relacionadas** (gremios).
- Proveedores de **productos de apoyo y adaptaciones para vehículos** particulares (Etxetek, etc.)

### Otros PIM con los que se conecta

El PIM 6 Servicios para un entorno accesible conecta, y por tanto requiere estar coordinado con otros PIM, fundamentalmente con:

- PIM 1. La atención integral centrada en la persona en el domicilio.  
PIM 2. Servicios de proximidad complementarios al Servicio de Ayuda a Domicilio  
PIM 7 Servicio de promoción de la autonomía personal.  
PIM 8 Servicio de participación social.

## Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación

### a) Indicadores cuantitativos

- Nº participantes en el servicio
- Satisfacción de las personas usuarias con el servicio
- nº casos tipo perfil/nº usuarios \*100
- nº personas mejora situación funcional/nº usuarios total\*100
- nº personas mejora situación emocional/nº usuarios total\*100
- nº cuidadores reducción carga experimentada/nº cuidadores total\*100
- nº personas usuarias satisfechas atención recibida/nº total casos\*100
- nº familias satisfechas atención /nº total familias\*100
- nº de adaptaciones realizadas.
- Nº de productos de apoyo prestados/comprados.

### b) Evaluación cualitativa

- Aportaciones individuales recogidas mediante cuestionario: lo más valorado del servicio y lo que es preciso mejorar. Se preguntará a profesionales, personas usuarias y familias.
- Valoración grupal (DAFO o similar) a profesionales, familias y personas usuarias.

Se sugiere que el coordinador del proyecto de la zona sea el encargado de esta evaluación mediante indicadores.

## 4. Recogiendo aportaciones

Como puntos de mayor interés para debatir y llegar a consenso se señalan los siguientes:

- ? Herramienta estándar de valoración de las condiciones de accesibilidad de la vivienda y su entorno inmediato (vehículo particular incluido).
- ? Guías de buenas prácticas que permitan difundir en la sociedad el concepto de “viviendas para toda la vida”.
- ? Una única fuente de información (“ventanilla única”).
- ? Coordinación entre profesionales y definir las personas implicadas en la gestión de los servicios.
- ? Regulación municipal del servicio para la obtención de subvenciones, forma de acceso a los servicios, etc.
- ? Sistemas de adecuación del vehículo particular.

## Bibliografía utilizada para la redacción del PIM

- ADAVIV 2º Espacio de Encuentro: *La rehabilitación y adaptación funcional de la vivienda en el ámbito local: Experiencias europeas*. 9 de junio, Donostia.
- Alides (Coord.), Ceapat e IBV (2005): *Pregúntame sobre accesibilidad y ayudas técnicas*. Ed. Imsero, IBV.
- Alonso López, Fernando (2002): *Libro verde de la accesibilidad en España: diagnóstico de situación y bases para elaborar un plan integral de supresión de barreras*. Ed. Imsero
- Alonso López, Fernando – coordinador- (2003): *Acceplan. Plan de accesibilidad 2003-2010. Libro Blanco*
- Cruz Roja (2009): *Guía Básica de Productos de Apoyo*.
- Department for Communities and Local Government & Department for Education and Skills & Department of Health (2006): *Delivering Housing Adaptations for Disabled People: A good practice guide*. Published by the Department for Communities and Local Government (UK).
- Equipo Acceplan. Institut Universitari d'Estudis Europeus Públiques. Universidad Autónoma de Barcelona (2007): *Adaptación de la vivienda en la población dependiente: necesidades, soluciones y costes*. Ed. Fundación Salas.
- Fundación Ingema (2010): *Estudio sobre la realidad de las personas mayores de 60 años en el País Vasco para el Gobierno Vasco*. Fundación Ingema.
- Guerrero José Manuel y cols.(2002): *Guía técnica de accesibilidad en la edificación 2001*.
- Imsero. Plan Nacional desarrollado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Plan Nacional de Accesibilidad. 2004-2012*.
- Ministerio de Fomento. Secretaria de Estado de Vivienda y Actuaciones Urbanas (2010): *Código técnico de Edificación*.  
<http://www.codigotecnico.org/web/>

- 
- OMS (2007): *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*.
- Rodríguez Rodríguez, Pilar; Valdivieso Sánchez, Carmen (2006): *“Los servicios de ayuda a domicilio”*. Editorial Médica Panamericana.
- Sala Mozos, Elisa y Alonso López, Fernando. Equipo ACCEPLAN (2006): *La Accesibilidad Universal en los municipios: guía para una política integral de promoción y gestión*. Ed. Imsero.

## PROYECTO ETXEAN ONDO

### Programas de Intervención Marco (PIM)

#### PIM – 7. Servicio para promoción de la autonomía personal

1. El porqué del servicio para la promoción de la autonomía personal

2. ¿En qué consiste el servicio para la promoción de la autonomía personal en el proyecto Etxean Ondo?

3. Propuestas para la planificación

Paso 1. Definiendo los objetivos específicos

Paso 2. Identificando los grupos diana y, en su caso, los criterios de inclusión

Paso 3. Seleccionando y secuenciado las principales actuaciones

Paso 4. Seleccionando los elementos metodológicos

Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones

Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación

4. Recogiendo aportaciones

## 1. El porqué del servicio para la promoción de la autonomía personal

**El servicio para la promoción de la autonomía personal** es un programa de intervención marco incluido en el proyecto *Etxean Ondo* porque:

- 👉 La promoción de la autonomía personal, la vida independiente y la inclusión social, son elementos nucleares de los modelos de atención centrada en la persona.
- 👉 Es preciso hacer efectiva la plena inclusión y participación en el medio social de las personas en situación de dependencia o con necesidades de apoyo para su autonomía.
- 👉 El acceso y la terminación de estudios universitarios y/o de formación profesional en la juventud es esencial para tener condiciones adecuadas de empleabilidad. Por otra parte, la integración en el mundo del trabajo es una condición necesaria para la realización del plan de vida de todas las personas.
- 👉 Es necesario coordinar de modo eficiente las intervenciones y recursos comunitarios disponibles que promuevan la máxima autonomía de las personas con discapacidad o dependencia y su acceso a los ámbitos social, laboral, cultural o de ocio.
- 👉 Algunas personas, como quienes tienen una discapacidad intelectual o enfermedad mental, presentan mayores dificultades que la media de la población para avanzar en su autodeterminación y en su inclusión social. Ello demanda la existencia de intervenciones más especializadas así como una mayor intensidad y continuidad de los apoyos.
- 👉 La Ley 39/2006 de promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) incluye dentro de su cartera de servicios el de promoción de la autonomía personal (art. 16). Pese a ello, es un servicio que apenas cuenta con desarrollo en la actualidad en nuestro país, y precisa ser impulsado.

## 2. ¿En qué consiste el servicio para la promoción de la autonomía personal del proyecto *Etxean Ondo*?

El Servicio de promoción de la autonomía personal incluido dentro del proyecto *Etxean Ondo* se enmarca en el Modelo de Servicio de Promoción la Autonomía Personal presentado por el CERMI ESTATAL (Cermi, 2008).

Este PIM, por tanto, desarrolla el modelo que desde esta confederación se formula para la extensión de este servicio en el conjunto del estado español.

El CERMI define el SEPAP (Servicio de promoción de la autonomía personal) como un servicio social especializado, cuya finalidad es acompañar, disponer y ordenar los recursos, apoyos y asistencias de toda índole que contribuyan eficazmente a incrementar hasta el máximo grado posible la autonomía y la vida independiente de las personas en situación de dependencia o necesidades de apoyo para su autodeterminación. Se plantea desde una doble organización:

- **Un servicio de promoción de la autonomía personal genérico**, dirigido a toda clase de personas en situación de dependencia o con necesidades de apoyo.
- Un **servicio de promoción de la autonomía especializado**, dirigido preferentemente a personas con discapacidad intelectual y personas con enfermedad mental\*, para promover itinerarios vitales completos que, con los apoyos precisos, fomenten su vida autónoma y plenamente comunitaria, bajo criterios propios, y con uso preferente de los recursos ordinarios de la comunidad en que se integren.

\*Se consideran incluidas en este grupo, de acuerdo con las categorizaciones establecidas en los desarrollos de la Ley 39/2006, a las personas con trastornos del espectro autista y a las personas con dificultades perceptivo-cognitivas y/o conductuales.

Asumiendo los planteamiento del CERMI y trasladándolos al proyecto *Etxean Ondo*, en primer lugar es necesario recordar que la metodología de intervención básica por la que en el mismo se apuesta es la de gestión de casos, mediante la que el gestor/a trabaja, junto con la persona y, en su caso, el grupo de apoyo y consenso, desde el diseño y desarrollo de lo que se ha denominado el Plan integral de atención y vida. Cabe asimismo destacar que la promoción de la autonomía es



uno de los objetivos básicos de esta intervención y el rector de cada plan personalizado.

Por todo ello, podemos afirmar que el SEPAP definido como genérico en la propuesta del CERMI, en el *Etxean Ondo* se asume y se hace efectivo desde la gestión de casos, metodología básica del proyecto.

Nota. Para más información ver el DMS-1. La gestión de casos.

No obstante, es preciso reconocer que para llevar a cabo una gestión del caso exitosa, en algunos casos se precisa que el/la profesional que realiza el acompañamiento para la promoción de la autonomía cuente con una especialización adecuada, como es el conocimiento de los diferentes tipos de discapacidad, los modelos de intervención y las modalidades y apoyos de acceso a la formación y al empleo y el acompañamiento y apoyo a la vida independiente.

Por ello, de forma complementaria al primer nivel de intervención, y siguiendo la propuesta del CERMI, en el Proyecto *Etxean ondo* se incluye el servicio para la promoción de la autonomía personal. Este se concibe como un servicio de gestión del caso especializado, de modo que permita una mayor profundización en el diseño de itinerarios de promoción de la autonomía personal que algunos casos requieren.

Este servicio se llevará a cabo cuando por parte del gestor/a del caso de los servicios sociales municipales se considere conveniente derivarlo a un profesional de mayor especialización, fundamentalmente en el ámbito de la discapacidad, la integración en la formación profesional y en el empleo y el apoyo a la vida independiente de la familia. El o la promotor/a de la autonomía asumirá el diseño y el acompañamiento y coordinación del caso en estas áreas para algunos destinatarios del *Etxean Ondo* (ver criterios de inclusión).

Es, por tanto, a este segundo tipo al que en el proyecto *Etxean Ondo* se denomina de forma específica servicio para la promoción de la autonomía personal y al que este PIM se dedica. Pero, sin olvidar, que la gestión de casos, metodología de intervención para todas las personas destinatarias del *Etxean Ondo*, es ya en sí una decidida forma de apoyar la promoción de la autonomía personal de cada persona.

Nota. Para la selección de la figura de los/as profesionales que actúen como promotores/as de la autonomía personal se establecerán acuerdos con el movimiento asociativo de la discapacidad.

### 3. Propuestas para la planificación en el proyecto Etxean Ondo

#### Paso 1. Definiendo los objetivos específicos

- Facilitar y apoyar la autonomía personal y la vida independiente de la familia, cuando así lo desee la persona.
- Promover la vida comunitaria en entornos normalizados
- Coordinar las acciones formativas diseñando itinerarios personalizados
- Facilitar el acceso al empleo, en la modalidad que resulte más adecuada a cada persona, y apoyar su permanencia en el trabajo.
- Promover la participación en actividades de ocio en entornos ciudadanos normalizados
- Favorecer la participación social, política y cultural

#### Paso 2. Identificando al responsable del servicio y los grupos diana

##### **El profesional especializado del SEPAP**

Se trata de un profesional, debidamente cualificado, que gestiona de forma personalizada la atención a personas jóvenes (18-40 años) con discapacidad y/o en situación de dependencia o con necesidades de apoyo a través de la realización complementaria de su plan integral de atención y vida diseñado previamente por el/la gestor/a del caso de los servicios sociales. Este plan se acabará de completar por parte del promotor/a de la autonomía personal en cuanto se refiere a incluir itinerarios personalizados en ámbitos relevantes para el desarrollo de su plan de vida y autonomía personal, tales como la formación, el trabajo o la vida emancipada de la familia.

##### **Grupos y criterios de inclusión**

Nota. Estos criterios se consensuarán en el proceso de planificación participativa

Propuesta

Personas con discapacidad entre 18-40 años, cuyos objetivos principales en el plan de atención y vida sean:

- La formación
- El acceso al empleo y su permanencia
- El apoyo a la emancipación familiar y a la vida independiente

### Paso 3. Seleccionando y secuenciando las principales actuaciones

Las actuaciones a realizar por parte del profesional del Servicio para la promoción de la autonomía personal son las que atañen al proceso de intervención en la parte relacionada con la formación, la inserción laboral y la vida independiente y que sean congruentes para el cumplimiento de los objetivos específicos de este PIM mencionados.

Las funciones del promotor/a de la autonomía personal serán, fundamentalmente, complementar las intervenciones del Plan integral de atención y vida en las áreas mencionadas y realizar el acompañamiento y coordinación de recursos en los itinerarios diseñados de manera especializada.

Consecuentemente, se combinarán para estos casos dos figuras profesionales. Una, dependiente de los servicios sociales municipales (gestor/a del caso), para el diseño y acompañamiento del conjunto de actuaciones (salvo las relacionadas con el cumplimiento de objetivos específicos de este PIM) que se hayan acordado con la persona en su PAyV y, en su caso, con su grupo de apoyo. La otra es el/la promotor/a de autonomía personal, que actuará una vez se produzca la derivación por parte del gestor/a del caso.

Nota. Otra opción sería optar por una sola figura profesional que sume, a las funciones atribuidas al gestor/a del caso, las que en este PIM se establecen para el/la promotor/a de la autonomía personal. Este asunto deberá ser debatido y consensuado en el proceso de planificación participativa.

La actuación del profesional que actúe como promotor/a de la autonomía personal pasa por las siguientes fases y comprende distintas actuaciones:

#### **a) Acogida del caso, una vez éste ha sido derivado al profesional responsable del servicio de promoción de la autonomía personal.**

Una vez que el caso ya ha entrado en el proyecto, es decir una vez que ha sido valorado y cumple los distintos criterios que finalmente se establezcan, empieza el proceso de atención integral centrada en la persona. Para ello, se realizarán por parte del gestor/a del caso las actuaciones previstas en el PIM 1, La atención integral centrada en la persona. Dentro de éste se determinará la derivación y asignación del

caso al responsable del servicio para la promoción de la autonomía personal para que se ocupe del acompañamiento del caso en la parte que compete a este PIM 7).

**b) Diseño, acompañamiento y coordinación del Plan complementario de atención y vida en lo que corresponde a los itinerarios de acceso a la formación, al empleo y a la vida independiente para personas con discapacidad entre 18-40 años.**

En general, se incluirán las actuaciones que se consideren idóneas para conseguir la máxima autonomía personal en el cumplimiento de los planes de vida de la persona, incluyendo su participación social, la vida independiente y su inclusión en el mundo del trabajo.

Se destacan de manera especial los cuatro aspectos a contemplar en el diseño de un itinerario de promoción de la autonomía personal, como complemento e intensificación de las propuestas incluidas en el PAyV:

- Recursos formativos
- Recursos y apoyos para el acceso al empleo
- Apoyos para la permanencia en el empleo
- Recursos y apoyos para una vida independiente fuera del domicilio familiar

**c) Revisión del PAyV, acompañamiento y seguimiento del itinerario de autonomía personal,** en el que es determinante mantener una coordinación estrecha con el/la gestor/a del caso de los servicios sociales municipales.

#### **Paso 4. Utilizando soportes metodológicos**

El o la profesional que actúe como promotor/a de la autonomía personal en los casos que le sean asignados tendrá en cuenta toda la información relacionada con la persona a quien va a acompañar en su itinerario (historia social, de salud, valoración integral y, de manera muy especial, su Plan de Atención y vida, que habrá de ser complementado con las propuestas del promotor/a de la autonomía personal). Además, deberá utilizar otros soportes metodológicos, como los siguientes:

- **La entrevista.** Método de encuentro donde de forma sistematizada el profesional recoge información de la persona o grupo, informa, orienta y establece consensos.

- **La visita en el domicilio.** Procedimiento sistematizado donde el profesional realiza labores de observación, valoración y asesoramiento en el domicilio de las personas usuarias.

- **El itinerario personalizado de autonomía personal**

Consiste en una propuesta coordinada de recursos, apoyos, asistencias y ayudas diversas dirigidas a fomentar la autonomía en distintos ámbitos de desarrollo personal y social, concretamente en el formativo, laboral y la vida independiente del domicilio familiar.

Este itinerario se realizará en consenso con la persona según sus preferencias y expectativas de vida. También, si la persona así lo estima, podrá participar el grupo de apoyo y consenso. Es un complemento del PAyV para las personas en las que sea deseable y posible alcanzar mayores niveles de autonomía y vida independiente.

En el resto de casos, la utilización del PAyV será suficiente ya que en el mismo se recogen también una visión global de la persona y su entorno desde la promoción de su autonomía e independencia.

Un sencillo modelo como el siguiente puede servir como instrumento que complemente el PAyV.

Ámbito autonomía: FORMACIÓN	
Objetivos y metas deseadas:	
Capacidades existentes	
Capacidades a reforzar	
Recursos a coordinar	
Apoyos necesarios	
Evaluación y ajustes:	
Ámbito autonomía: EMPLEO	
Objetivos y metas deseadas:	
Capacidades existentes	
Capacidades a reforzar	
Recursos a coordinar	
Apoyos necesarios	
Evaluación y ajustes:	
Ámbito autonomía: VIDA INDEPENDIENTE DOMICILIO FAMILIAR	
Objetivos y metas deseadas:	
Capacidades existentes	

Capacidades a reforzar	
Recursos a coordinar	
Apoyos necesarios	
Evaluación y ajustes:	

- **El grupo de apoyo y consenso.** Grupo social constituido para apoyar a la persona usuaria en su autodeterminación en relación al diseño del PAyV y al desarrollo del mismo.
- **Instrumentos de atención personalizada.** Conjunto de instrumentos que buscan la mayor participación posible de la persona (y/o grupo de apoyo y consenso) en su PAyV visibilizando sus capacidades, reforzando su identidad, acercándonos a sus preferencias y potenciado sus elecciones y sus posibilidades y ámbitos donde es posible que la persona tome sus propias decisiones.
- **Acuerdos individuales para la confidencialidad.** Procedimiento dirigido a individualizar la información sobre el uso de los datos personales necesarios para la intervención.

## Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones

### Profesionales implicados y posibles modos de coordinación

El o la profesional responsable del SEPAP es quien permanece en contacto y coordina las actuaciones del conjunto de profesionales que intervienen en la parte del PAyV consensuado que corresponde a sus áreas de intervención.

En la siguiente tabla se recogen los diferentes profesionales con los que el responsable del SEPAP ha de mantener coordinación.

Profesionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinadores del proyecto Atención Integral Centrada en la persona en SAD</li> <li>• Gestor/a del caso de los servicios sociales municipales</li> <li>• Profesionales prestación asistente personal</li> <li>• Profesionales Servicio participación social</li> <li>• ...</li> </ul>
Modos de coordinación
<p>Contacto telefónico Contacto correo electrónico</p>

Reuniones periódicas  
Fichas incidencias y seguimiento  
Informes de derivación  
Informes seguimiento  
Reuniones conjuntas de varios profesionales  
...

### Otros PIM con los que se conecta

El PIM.7. El servicio para la promoción de la autonomía personal, al ser un complemento especializado de la gestión de casos derivada para atender casos que requieren especialización del profesional encargado, enlaza con los siguientes PIM, integrados en el proyecto *Etxean Ondo*.

PIM 1. La atención integral centrada en la persona

PIM 2. Servicios de proximidad en el domicilio complementarios al SAD

PIM 4. Apoyo a las familias cuidadoras

PIM 6. Servicios para un entorno accesible

PIM 8. Participación social y comunitaria

## Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación

### a) Evaluación mediante indicadores cuantitativos

#### **Relacionados con la atención de la persona usuaria y familia**

nº casos atendidos servicio /nº usuarios \*100

nº personas acceden trabajo/nº usuarios total\*100

Nº personas mejoran nivel formativo/nº usuarios total\*100

Nº personas logran independencia vida familiar/Nº usuarios total\*100

...

#### **Opinión/satisfacción**

nº personas usuarias satisfechas servicio /nº total casos\*100

### b) Evaluación cualitativa

Además, dentro de la evaluación del proyecto global se incluirá evaluación cualitativa del servicio, incluyendo:

- Aportaciones individuales recogidas mediante cuestionario: lo más valorado del servicio y lo que es preciso mejorar. Se

- preguntará a profesionales, personas usuarias y familias.
- Valoración grupal (DAFO o similar) a profesionales, familias y personas usuarias

Se sugiere que el coordinador del proyecto de la zona sea el encargado de esta evaluación mediante la recogida de los indicadores.

#### 4. Recogiendo aportaciones

Como puntos de mayor interés para debatir y llegar a consenso se señalan los siguientes:

- ? Cometido del servicio ¿gestor/a del caso asumiendo la totalidad de la intervención desde cada PAyV? ¿Gestor complementario de ámbitos específicos de promoción de la autonomía en coordinación con el gestor/a del caso?
- ? Perfiles y criterios de inclusión en el Servicio para la promoción de la autonomía personal.
- ? Modelo diseño itinerario autonomía personal



## PROYECTO *ETXEAN ONDO*

### Programas de Intervención Marco (PIM)

#### PIM-8. Participación social y comunitaria

1. El porqué de la participación social y comunitaria
2. ¿En qué consiste el programa de participación social y comunitaria en el proyecto *Etxean Ondo*?
3. Propuestas para la planificación en el proyecto *Etxean Ondo*

##### 3.1. Programas de participación social y comunitaria

- Línea 1. ENVEJECIMIENTO ACTIVO
- Línea 2. VISIBILIZAR LOS DERECHOS Y LAS CAPACIDADES EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
- Línea 3. MUJERES EN LA COMUNIDAD
- Línea 4. ENTRE GENERACIONES

## Línea 5. EMPODERAMIENTO Y DINAMIZACIÓN DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

### Línea 6. PROMOCIÓN DE LA SALUD

### Línea 7. VOLUNTARIADO

#### 3.2. Diseño, coordinación y evaluación de los programas seleccionados

#### 3.3. Servicio de participación social

##### Paso 1. Definiendo los objetivos específicos

##### Paso 2. Identificando los grupos diana

##### Paso 3. Seleccionando y secuenciado las principales actuaciones

##### Paso 4. Seleccionando los elementos metodológicos

##### Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones

##### Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación

#### 4. Recogiendo aportaciones

## 1. El porqué de la participación social y comunitaria

**La participación social y comunitaria es** un programa de intervención marco incluido en el proyecto *Etxean Ondo* porque:

- 👉 Algunas personas mayores, especialmente, las que reúnen factores de fragilidad, y también algunas de las personas con discapacidad y, de manera fundamental, quienes tienen una situación de dependencia se encuentran apartadas de la sociedad o tienen riesgo de aislamiento. Para evitarlo o para prevenirlo, precisan de oportunidades y de apoyos para acceder a los recursos comunitarios normalizados y tener una mayor presencia y participación social.
- 👉 Desde el ámbito de la intervención social puede y debe trabajarse para contribuir a favorecer una comunidad inclusiva donde todas las personas, con independencia de su edad y de sus condiciones personales, socioeconómicas o de salud, puedan mantener o reforzar sus redes sociales, mantener interacciones y participar en actividades y proyectos de desarrollo personal y participación social.

- 👉 Las personas mayores suponen, debido a su experiencia vital, a sus conocimientos y al tiempo libre del que disponen un capital social fundamental que no debe ser ignorado ni desaprovechado por la sociedad.
- 👉 Las personas con discapacidad aportan, desde su situación de diversidad funcional, desde su lucha por suprimir los obstáculos que impiden su participación y acceso a los bienes sociales y desde su ejemplo de superación ante las dificultades, una visión necesaria para construir una comunidad solidaria, inclusiva y capaz de hacer frente a la adversidad y a los cambios.

## 2. ¿En qué consisten la participación social y comunitaria en el proyecto *Etxean Ondo*?

EL PIM **La participación social y comunitaria** incluido en el proyecto *Etxean Ondo*, integra, a su vez, **dos intervenciones**: por un lado el desarrollo y dinamización de **una serie programas** de participación social comunitaria y, por otro, la puesta en marcha de **un servicio de apoyo a la participación social** de las personas destinatarias del proyecto *Etxean Ondo* que lo requieran.

La primera de las intervenciones que propone este PIM, se refiere, pues, al impulso y coordinación de una serie de programas dirigidos a fomentar la participación social inclusiva de las personas mayores y de las personas con discapacidad que viven en los municipios donde se desarrollarán las experiencias piloto del proyecto *Etxean Ondo*. Sus objetivos se dirigen, obviamente, a las propias personas mencionadas, pero pretenden de manera especial incidir también en el conjunto de la sociedad en la que viven. Por tanto, el conjunto de intervenciones propuestas comparten un enfoque de acción que busca:

- ✓ Ampliar las oportunidades de contacto y de interacciones sociales de las personas mayores y de las personas con discapacidad, favoreciendo su inclusión en el entorno comunitario y, por tanto, promoviendo también su más completo desarrollo personal y social.
- ✓ Contribuir a eliminar estereotipos sociales y a crear una imagen ajustada a la realidad de las personas mayores y las personas con discapacidad al impulsar acciones donde éstas conviven y se relacionan con el conjunto de la comunidad, dando ocasión así a mostrar sus capacidades.

- ✓ Favorecer el intercambio y la participación social desde un enfoque normalizado e inclusivo que se enriquece cuando confluyen la perspectiva de género, la intergeneracional y la de diversidad funcional.
- ✓ Para el cumplimiento de estos objetivos se proponen siete líneas de acción que han de ser entendidas y desarrolladas desde su complementariedad. Las tres primeras líneas son de carácter sectorial, es decir, sus objetivos se relacionan con aspectos específicos de tres grupos: las personas mayores, las personas con discapacidad y las mujeres. Las otras cuatro líneas propuestas incluyen acciones para estos grupos desde un enfoque más transversal: el encuentro intergeneracional, la dinamización del movimiento asociativo, la promoción de la salud y el desarrollo e impulso del voluntariado.

La relación de iniciativas citadas en estas siete líneas que en este PIM se ofrecen a modo de sugerencias (y que se enuncian a su vez como proyectos o como programas), han sido seleccionadas por su especial interés tras una revisión realizada de experiencias llevadas a cabo exitosamente tanto en el País Vasco como en otros territorios.

La segunda intervención que propone este PIM es el diseño y puesta en marcha de un servicio de apoyo a la participación social de las personas mayores y de las personas con discapacidad que viven en su casa en situación de aislamiento, carencia de relación social o soledad. Este servicio pretende ofrecer, desde un acompañamiento personalizado, apoyos para que cada persona que lo precise, y prioritariamente las que hayan sido incluidas como “casos” en el proyecto *Etxean Ondo*, pueda ampliar, desde sus intereses y preferencias, las oportunidades de contacto social y de participación en actividades comunitarias que favorezcan su desarrollo personal, su bienestar y su integración social.

### **3. Propuestas para la planificación de iniciativas de participación social en el proyecto Etxean Ondo**

#### **3.1. PROGRAMAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA**

Se presentan distintos proyectos o programas, unos ya en funcionamiento, otros como nuevas ideas para ser organizadas en los distintos lugares donde se desarrolla el proyecto *Etxean Ondo*.

Como se ha indicado, se muestran agrupados en varias líneas de intervención complementarias.

En aras a la brevedad y operatividad de este PIM, y entendiendo que la concreción y organización de las iniciativas que finalmente se desarrollen necesariamente han de llevarse a cabo en los territorios con la colaboración de los agentes implicados y en función de las características idiosincrásicas de cada entorno, de la disponibilidad de recursos y recogiendo la experiencia de las iniciativas ya existentes, se extracta de manera sumaria su descripción, sus destinatarios y sus objetivos principales. En los casos en los que hay experiencias ya desarrolladas o en funcionamiento, se indica dónde poder hallar una información más detallada.

Huelga decir que ni las líneas de acción que se presentan ni las iniciativas que dentro de cada una se sugieren agotan, ni mucho menos, las posibilidades de intervenciones que pueden ser llevadas en cada territorio. Por tanto, deben ser acogidas como meras propuestas de las que se espera “den pistas” o susciten nuevas ideas a quienes en los distintos municipios programen las actividades de participación social, una vez realizada la fase de investigación participativa con los movimientos asociativos locales y el resto de los agentes que se consideren en cada caso.

## LÍNEA 1. ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Conjunto de iniciativas que se proponen como orientación para valorar la idoneidad de proceder a su desarrollo en cada uno de los entornos territoriales en que se desarrolla el proyecto *Etxean Ondo* y que tienen su anclaje teórico en el modelo del envejecimiento activo formulado por la Organización Mundial de la Salud, mediante el que se pretende mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen ofreciendo oportunidades de salud, seguridad y participación.

Las actuaciones que se citan en el resto de líneas dirigidas a personas mayores también se enmarcan en el paradigma de envejecimiento activo, consistiendo en diferentes iniciativas que concretan las propuestas del modelo.

## **ESCUELAS DE LA EXPERIENCIA: APRENDE Y PARTICIPA**

Iniciativa socioeducativa dirigido a las personas mayores de 50 años (jubiladas, prejubiladas y amas de casa). Sus objetivos son:

- ✓ Ofrecer a las personas que tienen más de 50 años una vía, basada en la educación permanente a lo largo de la vida, para proseguir su desarrollo personal y ejercer un envejecimiento activo.
- ✓ Apoyar, mediante la técnica de "empoderamiento", a personas mayores de 50 años, para que puedan tener un papel más activo en la sociedad.
- ✓ Abrir campos de encuentro intergeneracional en los que se facilite el debate y la puesta en común.
- ✓ Facilitar la integración social, la diversificación y la igualdad de oportunidades de las personas.
- ✓ Favorecer la adquisición de conocimientos necesarios para adaptarse y evolucionar siguiendo los cambios sociales y tecnológicos que se producen.

## **ACTIVA TU JUBILACIÓN**

Iniciativa formativa dirigida a las personas cuya jubilación está próxima o que se ha producido recientemente. Se centra en desarrollar habilidades de gestión del cambio en la etapa de la jubilación desde un enfoque positivo de la misma trabajando desde pautas que permitan lograr una adaptación exitosa a esta nueva etapa vital. Entre los sus objetivos que se aspira a conseguir con las personas participantes figuran:

- ✓ Adquirir plena conciencia del cambio de situación vital que supone la jubilación.
- ✓ Ofrecer un sentido positivo del cambio.
- ✓ Poner de manifiesto y habilitar de los recursos personales necesarios para afrontar con éxito esa nueva situación vital.
- ✓ Formar y entrenar en hábitos y estilos de vida saludables.
- ✓ Ofrecer información en aquellas materias que pueden resultar de utilidad para la nueva etapa, como cuestiones financieras, jurídicas, laboral, etc.
- ✓ Promover la participación activa y ciudadana.
- ✓ Promover la realización de comportamientos de ocio y cultivo de aficiones que sean del interés de las personas.

- ✓ Favorecer la recuperación de aficiones, saberes y habilidades antiguos que conecten con la cultura y tradiciones populares.
- ✓ Colaborar para favorecer la aparición de nuevos intereses, procurando siempre que resulten significativos para las personas.

## **SABER ENVEJECER, PREVENIR LA DEPENDENCIA**

Programa basado en el proyecto “Saber envejecer, prevenir la dependencia”, consistente en un conjunto de materiales elaborados por un grupo de expertos de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, con la colaboración de la Obra Social de Caja Madrid. Con estos contenidos se ofrecen una serie de talleres de trabajo con grupos de personas mayores, en los que se abordan una serie de temas relacionados con el envejecimiento exitoso. Entre sus objetivos destacan:

- ✓ El desarrollo de hábitos saludables
- ✓ La prevención de la aparición de la dependencia
- ✓ El fomento de la relación y la participación social
- ✓ Favorecer el bienestar emocional

## **CIUDADES AMIGABLES**

Proyecto de la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo básico es fomentar la amigabilidad de las ciudades/ territorios y entornos en general con objeto de promover un envejecimiento activo. Sus objetivos son:

- ✓ Generar procesos de participación comunitaria.
- ✓ Introducir cambios en las diferentes áreas competenciales del municipio/ territorio a fin de mejorar la calidad de vida de todas las personas que viven en ellos.
- ✓ Aprovechar el potencial que representan las personas mayores en la vida ciudadana.

## **LÍNEA 2. VISIBILIZANDO LOS DERECHOS Y LAS CAPACIDADES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Desde esta línea se propone articular las distintas actuaciones que se están desarrollando a favor de los derechos de las personas con discapacidad, concienciando a la comunidad sobre las capacidades de estas personas y la necesidad de la provisión de apoyos y de la

eliminación de barreras para facilitar su vida independiente y autonomía

## **TALLERES SENSIBILIZACIÓN EN CENTROS EDUCATIVOS**

Acciones de sensibilización en distintos niveles educativos (primaria, secundaria y universidad) dirigidos a sensibilizar sobre los derechos de ciudadanía de estas personas, la necesidad y obligación de la sociedad de ofrecerles los apoyos que precisan y desterrar tópicos y estereotipos. Entre sus objetivos destacan:

- ✓ Ofrecer un espacio de conocimiento directo de las personas con discapacidad, sus necesidades, sus dificultades y sus capacidades.
- ✓ Prevenir comportamientos de riesgo para la discapacidad (accidentes, etc).
- ✓ Sensibilizar sobre las barreras existentes (arquitectónicas, comunicación, sociales) y el porqué de las medidas de discriminación positiva.
- ✓ Mostrar modelos de superación de las dificultades personales y evitar actitudes compasivas.

## **JORNADAS Y ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN**

Acciones de sensibilización dirigidos a informar sobre las distintas discapacidades, los derechos de ciudadanía de estas personas, la obligación de la sociedad de ofrecerles los apoyos que precisan y desterrar estereotipos. Entre sus objetivos destacan:

- ✓ Informar sobre las distintas discapacidades existentes y de las necesidades de las personas con diversidad funcional, de sus derechos, sus dificultades y sus capacidades.
- ✓ Prevenir comportamientos de riesgo para la discapacidad (accidentes, etc).
- ✓ Sensibilizar sobre las barreras existentes (arquitectónicas, comunicación, sociales) y el porqué de las medidas de discriminación positiva.



- ✓ Mostrar modelos de superación de las dificultades personales y evitar actitudes compasivas.

### LÍNEA 3. MUJERES EN LA COMUNIDAD

Se sugiere diseñar y articular intervenciones dirigidas a las mujeres que viven en los territorios en los que se desarrolla *Etxean Ondo* de modo que se permita el encuentro entre ellas y se fortalezca, desde el apoyo entre mujeres, la autoestima individual y colectiva para avanzar en los distintos campos de acción desde una perspectiva de género.

Por ello se proponen tres tipos de actuaciones, la primera dirigida al encuentro de mujeres diversas para concienciar y reforzar la necesidad de incorporar la perspectiva de género en las intervenciones sociales, la segunda dirigida al empoderamiento de las mujeres mayores, y la tercera a las mujeres con discapacidad. El que se presenten de forma diferenciada señala que los objetivos de estos tres talleres no son idénticos, sin embargo, es posible diseñar otra organización que incluya estas tres propuestas de manera conjunta.

#### **TALLERES MUJERES + MUJERES**

Talleres dirigidos a propiciar el contacto y encuentro de mujeres de distinta procedencia y con diferentes necesidades (jóvenes, líderes del movimiento asociativo, mujeres mayores, mujeres con discapacidad, etc) para así fomentar lazos de unión y cooperación desde una perspectiva de género. Como objetivos pueden ser citados:

- ✓ Concienciar sobre los puntos en común que mujeres de distintas procedencias comparten a la hora de definir sus necesidades y avanzar en un mundo construido desde la igualdad de género.
- ✓ Posibilitar contacto y apoyos entre mujeres que desarrollan su labor social en distintos ámbitos.
- ✓ Romper tópicos, entre las propias mujeres, visibilizando las capacidades y el campo de acción de los distintos grupos de mujeres.

#### **TALLERES DE MUJERES MAYORES**

Talleres pensados para empoderar, tanto desde un plano personal como familiar y comunitario, a las mujeres mayores del municipio. Se sugiere que la captación de las participantes se realice entre las asociaciones de mujeres, de personas mayores, culturales, etc., que existan en el entorno. Entre sus objetivos figuran:

- ✓ Fomentar, desde el grupo, la autoestima, la seguridad personal de cada mujer y la conciencia de verse capaz de involucrarse activamente en proyectos sociales.
- ✓ Fomentar el liderazgo de las mujeres en proyectos sociales.
- ✓ Promover que las mujeres se interesen por ocupar cargos directivos de asociaciones mixtas.
- ✓ Propiciar que en los órganos directivos de organizaciones de la iniciativa social se favorezca la presencia paritaria de mujeres y de hombres.

### **TALLERES DE MUJERES CON DISCAPACIDAD**

Talleres pensados para empoderar, tanto desde un plano personal como familiar y comunitario, a las mujeres con discapacidad del municipio.

#### **Objetivos**

- ✓ Fomentar, desde el trabajo de grupo, la autoestima, la seguridad personal de cada mujer con discapacidad y la conciencia de verse capaz de involucrarse activamente en proyectos sociales.
- ✓ Fomentar el liderazgo de las mujeres en proyectos sociales.
- ✓ Promover que las mujeres accedan a cargos directivos de asociaciones y órganos de participación social y la perspectiva de género en los mismos.

### **LÍNEA 4. ENTRE GENERACIONES**

Conjunto de propuestas dirigidas a posibilitar el encuentro y conocimiento de distintas generaciones y grupos sociales. Se trata de procurar espacios e iniciativas donde las personas de distintas edades

se conozcan y compartan actividades, facilitándose de este modo la desaparición de estereotipos y el enriquecimiento personal mutuo.

Aun siendo recomendable el enfoque intergeneracional para muchas de las acciones propuestas en otras líneas, se considera positivo desarrollar en el *Etxean Ondo* una línea específica que profundice en estas iniciativas, llevándolas a cabo en distintos espacios.

### **PROGRAMA INTERGENERACIONAL EN EL ÁMBITO CULTURAL**

Este programa pretende optimizar las oportunidades de comunicación entre distintas generaciones para mejorar así la sociedad en general a través de la participación de personas mayores, personas con discapacidad, jóvenes, artistas, profesores y población general en actividades culturales del municipio: museos, centros de cultura, asociaciones culturales, entre otros. Entre sus objetivos pueden ser citados:

- ✓ La creación de un foro donde unir distintas generaciones
- ✓ Ampliar la cultura de los participantes
- ✓ Fortalecer los lazos entre distintas generaciones
- ✓ Intercambio de conocimientos y valores

### **PROGRAMA INTERGENERACIONAL EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS**

Este programa pretende optimizar las oportunidades de comunicación entre distintas generaciones, acercándose las personas mayores (de distintas edades y situaciones) hasta los centros educativos (infantil, primaria, secundaria y universidad). También pueden desarrollarse programas donde los niños y jóvenes se acerquen hasta espacios y centros donde conviven o son atendidas las personas mayores. Entre sus objetivos pueden figurar:

- ✓ Ofrecer a los más jóvenes una imagen real y diversa de lo que supone envejecer y del papel de las personas mayores en la sociedad.
- ✓ Romper estereotipos y poner en valor las capacidades de las personas mayores.
- ✓ Transmitir conocimientos a las nuevas generaciones (historia, costumbres, análisis social, etc) por parte de las personas mayores.
- ✓ Posibilitar nuevos espacios de relación y cooperación en proyectos conjuntos.
- ✓ Acercar a los niños y jóvenes a la realidad de la discapacidad y la dependencia, reforzando la idea de la dignidad personal y la

mirada hacia los aspectos positivos y las capacidades de cada una de las personas.

## **INTERGENERACIONAL EN TORNO AL EMPRENDIZAJE**

El objetivo de este programa consiste en poner en valor la contribución de las personas mayores en proyectos intergeneracionales con el fin de que se visualice un nuevo tipo de proyectos intergeneracionales. Para ello, nos basaremos en la experiencia de SECOT y lo impulsaremos a través de proyectos como INNOVANDIS de la Universidad de Deusto. Se trata de poner en común personas mayores del municipio con jóvenes emprendedores para, en un trabajo compartido y común, lanzar proyectos de emprendizaje. Entre sus objetivos figuran:

- ✓ Generar nuevas dinámicas de valor añadido de colaboración intergeneracional.
- ✓ Intercambio de conocimientos y valores

## **ABUELO/AS - NIETO/AS**

Este programa pretende apoyar la labor de cuidador del abuelo/a, mediante la organización de actividades en los recursos de la comunidad (deportivos, colegios, culturales...) donde, durante un horario simultáneo, puedan participar los abuelos/as y sus nietos/as.

Se trata de permitir servicios dirigidos a los dos públicos en los mismos equipamientos para así apoyar la labor de cuidador de las personas mayores, a la par de optimizar la utilización de algunas infraestructuras. Las actividades pueden ser tanto de actividad compartida como independientes. En esta línea, algunos de sus objetivos a destacar son:

- ✓ Conseguir que la persona mayor pueda participar en actividades mientras cuida de su nieto/a, el cual también participa de una actividad dirigida a él/ella.
- ✓ Formar a los abuelos/as en aspectos donde sea necesario desarrollar nuevas habilidades para la educación de los menores.
- ✓ Sensibilizar a los niño/s sobre el papel de los abuelos.

## **LÍNEA 5. EMPODERAMIENTO Y DINAMIZACIÓN DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO.**

Desde esta línea se sugiere promover diversas iniciativas. En primer lugar, la creación de nuevas asociaciones de personas mayores o de personas con discapacidad en aquellos lugares donde no existan. En segundo lugar, fortalecer y dinamizar el movimiento asociativo existente, trabajando desde tres objetivos: el desarrollo de habilidades y formas de hacer participativas, la promoción de nuevos cometidos o actividades a liderar por el movimiento asociativo, y el trabajo coordinado en red con el resto de asociaciones y recursos de la comunidad. En tercer lugar, se propone la creación de grupos de autogestores formados por personas con discapacidad o por personas mayores que sirvan para representar y visibilizar a estos grupos de población, trasladando (al propio movimiento asociativo, a los servicios públicos, a la comunidad, etc.), sus opiniones, sus necesidades, sus capacidades y sus preferencias.

### **DESARROLLO Y DINAMIZACIÓN DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO DE PERSONAS MAYORES**

Programa dirigido a desarrollar y dinamizar al movimiento asociativo de personas mayores. Destacan objetivos como:

- ✓ Apoyar el desarrollo de nuevas asociaciones en los lugares donde no existan o éste sea muy escaso
- ✓ Orientar a las asociaciones para lograr un envejecimiento activo.
- ✓ Concienciar y dar ideas para el desarrollo de nuevas formas de hacer y nuevas propuestas de intervención desde las asociaciones desarrollando la idea de empoderamiento y ciudadanía.
- ✓ Fomentar una visión de la comunidad desde un enfoque solidario e intergeneracional.
- ✓ Desarrollar habilidades en las juntas directivas que propicien estilos directivos participativos.
- ✓ Incluir la perspectiva de género en estas asociaciones.
- ✓ Fomentar la coordinación entre asociaciones (creación de consejos si no existen, federaciones o mesas u otros sistemas de coordinación).
- ✓ Formar y apoyar el trabajo de cooperación con otras asociaciones y los recursos de la comunidad (apertura a la comunidad y trabajo en red).

### **DESARROLLO Y DINAMIZACIÓN DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Programa dirigido a desarrollar y dinamizar al movimiento asociativo de personas con discapacidad. Destacan objetivos como:

- ✓ Apoyar el desarrollo de nuevas asociaciones en los lugares donde no existan o éste sea muy escaso.
- ✓ Fomentar una visión de la comunidad desde un enfoque solidario con otras discapacidades y situaciones de exclusión social.
- ✓ Concienciar y dar ideas para el desarrollo de nuevas formas de hacer y nuevas propuestas de intervención desde las asociaciones desarrollando la idea de empoderamiento y ciudadanía
- ✓ Desarrollar habilidades en las juntas directivas que propicien estilos directivos participativos.
- ✓ Incluir la perspectiva de género en estas asociaciones.
- ✓ Fomentar la coordinación entre asociaciones (creación de consejos si no existen, federaciones o mesas u otros sistemas de coordinación).
- ✓ Formar y apoyar el trabajo de cooperación con otras asociaciones y los recursos de la comunidad (apertura a la comunidad y trabajo en red).

Con independencia de las propuestas realizadas en este apartado, como sugerencias de posibles actuaciones a desarrollar con las Asociaciones, por parte del equipo técnico del grupo Matia responsable de promover y apoyar iniciativas de participación social en cada territorio, se realizará un acercamiento a cada una de las organizaciones para conocer bien las actividades que ya realizan y ofrecerles colaboración y apoyo para intentar que tengan la máxima difusión y visibilidad y se incremente el número de participantes en las mismas.

### **GRUPOS DE AUTOGESTORES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Son grupos formados por hombres y mujeres adultos con discapacidad intelectual que se reúnen periódicamente para:

- Adquirir habilidades de comunicación
- Alcanzar mayor autonomía personal y social
- Aumentar sus posibilidades de hablar y decidir por sí mismos
- Aprender a tomar decisiones en su vida cotidiana
- Debatir sobre asuntos que les son propios
- Poder participar en la vida asociativa y de la comunidad

Cumplen, por tanto, **un doble objetivo** relacionado con el empoderamiento: uno relacionado con la **capacitación individual**, y otro con la del **fortalecimiento y visibilidad colectiva**, si los grupos de autogestores se utilizan como cauces de representación de las personas con características y necesidades similares.

Desde hace ya tiempo, existen grupos de autogestores en muchos países del ámbito internacional. En España hay que reconocer el trabajo para su desarrollo y difusión que se ha realizado especialmente desde el movimiento asociativo FEAPS.

Los grupos de autogestores no se conciben como actividades de entretenimiento u ocio, ni tan siquiera como talleres de entrenamiento de habilidades sociales. Se conciben como lugares donde la persona se encuentra con un espacio de expresión de sus necesidades y deseos y gente con quien compartir sus experiencias.

Estos grupos permiten tanto el empoderamiento de las personas que en ellos participan como que sus conclusiones sirvan para orientar a la comunidad sobre nuevos modos de “pensar y hacer” con las personas con discapacidad intelectual.

## **GRUPOS DE AUTOGESTORES PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

Partiendo de las experiencias de autogestores en personas con discapacidad, se propone extender la experiencia a las personas mayores en situación de dependencia.

Estas actuaciones podrían estar dirigidas tanto a personas mayores en situación de dependencia sin deterioro cognitivo como a personas mayores con deterioro cognitivo ligero, demencia leve.

Cabe destacar, además del carácter innovador que tendría esta actuación, el valor que podrían tener las conclusiones extraídas de estos grupos de cara a:

- ✓ Sensibilizar a la comunidad sobre las necesidades y deseos de las personas mayores en situación de dependencia
- ✓ Orientar a los servicios sociales y sanitarios (además de otros) de lo que las personas perciben y quieren.
- ✓ Hacer llegar al movimiento asociativo sus necesidades y preferencias.

- ✓ Romper tópicos y dar voz al grupo de personas mayores en situación de dependencia, habitualmente poco visible en la sociedad en cuanto a sus capacidades y a la expresión de sus preferencias.

## LÍNEA 6. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Desde esta línea se proponen algunas ideas de actividades o proyectos relacionados con la promoción de hábitos saludables, así como con el impulso de iniciativas innovadoras en este campo.

Nota: Hay que señalar que estas propuestas son recogidas en el PIM Promoción de la salud, autocuidado y control de la propia vida. Se incluyen también aquí ya que la forma de actuar sobre la mejora de la salud se realiza desde espacios de relación social, consiguiendo así también el desarrollo de la participación social,

### **PROGRAMA “DEPORTE PARA TOD@S”**

Programas de deporte dirigido a integrar a personas mayores y personas con discapacidad con otros grupos sociales para el ejercicio del deporte. Se trata de un programa que forma a los instructores de los centros deportivos, y los apoya en la implementación de los programas.

Se basa en una experiencia filandesa. La metodología ha sido evaluada y han generado buenas prácticas en:

- cómo llegar al público objetivo
- cómo aconsejar
- validación de la evaluación de movilidad
- ejercicios exitosos
- tipos de equipamiento
- formación de profesionales de deporte
- inclusión de adultos mayores

Entre sus objetivos destacan:

- ✓ Establecer pautas específicas para implantar programas para todas las personas.
- ✓ Sensibilizar y capacitar a los profesionales de los centros deportivos
- ✓ Sensibilizar a la población en general.

Nota. Para obtener más información consultar en:  
[www.voimaavanhuuteen.fi](http://www.voimaavanhuuteen.fi)



## **INICIATIVA “ESTIRATE Y ANDA”**

Se trata de convocar a personas mayores de 50 años y personas con discapacidad, junto con población general de la comunidad, para que participen en una actividad que se intentará organizar en colaboración con los servicios sanitarios consistente en la realización de estiramientos y posteriores paseos grupales. Sus objetivos combinan:

- ✓ Mejorar el bienestar físico y psíquico de la persona
- ✓ Potenciar y fomentar las relaciones sociales

## **SUELO PÉLVICO**

Se trata de un taller de ejercitación de suelo pélvico para prevenir algunos tipos de incontinencia en las mujeres. Esta actividad se intentará organizar, también, en colaboración con los servicios sanitarios. Entre sus objetivos figuran:

- ✓ Informar sobre las causas de incontinencia en la mujer
- ✓ Dar a conocer y practicar los ejercicios más adecuados para su prevención
- ✓ Reducir la intranquilidad y la tendencia al aislamiento que la incontinencia puede causar en la vida social y relacional.

## **LÍNEA 7. VOLUNTARIADO**

Desde esta línea se propone desarrollar distintas acciones complementarias, todas ellas dirigidas a fortalecer el voluntariado en las zonas en las que se desarrolla la experiencia piloto *Etxean ondo*, procurando siempre que las actividades que se programen no entren en competencia o se solapen con el ámbito laboral remunerado.

Se sugieren, en primer lugar, acciones de fortalecimiento, puesta en valor y apoyo a las entidades de voluntario ya existentes en el territorio.

Además se formulan algunas ideas para incorporar nuevos proyectos de voluntariado con la particularidad de que las personas mayores y las

personas con discapacidad, pueden ser tanto receptoras de la acción voluntaria como actuar ellas mismas como voluntarias en el apoyo a otros grupos de la comunidad.

## **FORMACIÓN Y DINAMIZACIÓN DE LAS ENTIDADES DE VOLUNTARIADO**

Programa dirigido a poner en valor, a la par de dinamizar, las entidades que lideran acciones de voluntariado en el territorio. Cabe destacar objetivos como los siguientes:

- ✓ Motivar y poner en valor la acción de la entidad o entidades que actúan en la zona de intervención.
- ✓ Formar en estrategias de captación y formación de voluntarios
- ✓ Reflexionar sobre el papel, y nuevos cometidos y campos de la acción voluntaria
- ✓ Dar a conocer las posibilidades de acción voluntaria a través del proyecto *Etxean Ondo*.
- ✓ Ampliar la oferta de acciones voluntarias en otros sectores de la localidad como centros culturales, educativos, espacios urbanos, medio natural...
- ✓ Desarrollar habilidades para la cooperación y trabajo en red con asociaciones y recursos de la comunidad.

## **PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD, VOLUNTARIAS**

Programa de voluntariado en el que personas mayores o personas con discapacidad del municipio se incorporan en labores y funciones distintas de la acción del voluntariado, como, por ejemplo:

- Guías del municipio enseñándolo a otras personas (niños/as de centros educativos, estudiantes, visitantes, etc).
- Maestros de talleres (huerta, jardinería, artesanía, etc) enseñando su técnica a otras personas (niños/as, jóvenes, adultos, visitantes, etc).
- Visitas a hospitales o a residencias a enfermos o personas que están solos
- Visitas a cárceles
- ...

Esta iniciativa persigue objetivos como:

- ✓ Favorecer el contacto entre grupos y abrir camino a futuras amistades
- ✓ Poner en un rol de capacidad y de apoyo a los demás a las personas mayores y a las personas con discapacidad.

### **COMPARTIENDO AFICIONES**

Este programa pretende fomentar, desde el compromiso voluntario, la creación de nuevas relaciones de amistad entre personas mayores, personas con discapacidad y otras personas del municipio en relación a aficiones comunes. Entre sus objetivos se pretende:

- ✓ Favorecer el contacto entre grupos y abrir camino a futuras amistades
- ✓ Poner en un rol de capacidad y de apoyo a los demás a las personas mayores y a las personas con discapacidad.

### **ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROYECTO ETXEAN ONDO**

Programa que pretende captar voluntarios que desarrollen el servicio de acompañamiento (PIM-2. Servicios de proximidad complementarios al SAD). Sus objetivos son:

- ✓ Ofrecer acompañamiento en casa a las personas que viven solas
- ✓ Permitir el respiro familiar
- ✓ Acompañar a la persona en gestiones fuera de casa
- ✓ Apoyar a la persona en su participación en actividades comunitarias

Nota. Para obtener más información consultar el PIM-2. Servicios de proximidad complementarios al SAD (Servicio de acompañamiento).

### **OCUPACIONES SIGNIFICATIVAS PARA LA COMUNIDAD**

Programa ocupacional e intergeneracional en el que los mayores y personas con discapacidad del municipio y los jóvenes de los centros escolares se involucran conjuntamente en actividades de mejora de la ciudad.

- Mantenimiento de los espacios verdes del municipio (jardinería, huertas...)
- Recuperación de sendas naturales
- Recuperación del medio ambiente ( basureros piratas, reciclaje de materiales, etc)
- Mejora y adecentación de espacios públicos (limpieza de pintadas, realización de *grafitis* u otras pinturas de fachadas que mejoren la estética del pueblo o ciudad)
- Otras que se consideren de oportunidad/interés

Entre sus objetivos cabe mencionar:

- ✓ Posibilitar un papel valioso, y por tanto, empoderar, a las personas mayores y personas con discapacidad
- ✓ Favorecer el contacto social entre grupos de la comunidad
- ✓ Mejorar el municipio desde la acción voluntaria

### 3.2. DISEÑO, COORDINACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS SELECCIONADOS

Una vez que en cada proyecto territorial del *Etxean Ondo* se haya decidido, mediante el proceso de planificación participativa, las intervenciones que se vayan a desarrollar en este PIM, será preciso proceder a planificarlos.

Se sugiere, para cada programa nuevo que se quiera poner en marcha, seguir los pasos lógicos de programación planteados en el resto de PIM.

1. Selección de objetivos específicos
2. Identificación de los grupos diana y, en su caso, los criterios de inclusión y exclusión.
3. Selección y secuenciación de las actuaciones principales
4. Metodología y cuestiones organizativas
5. Identificación de profesionales y su coordinación
6. Evaluación del programa

En relación al último punto de evaluación, y con el propósito de poder contar con un mínimo de indicadores similares en estos programas se propone, como mínimo, recoger como indicadores cuantitativos de cada programa:

- Nº participantes en cada programa
- Datos del participante: edad, tipo de discapacidad, enfermedad o grado de dependencia.

- Satisfacción de las personas usuarias con el programa

Se recomienda, además, recoger otros indicadores relacionados con el logro de objetivos de la acción propuesta (evaluación de resultados). Estos necesariamente han de ser específicos de cada intervención.

Además, al igual que se realizará con el resto de PIM, en la evaluación del proyecto global se incluirá la evaluación cualitativa de cada programa desarrollado incluyendo:

- Aportaciones individuales recogidas mediante cuestionario: lo más valorado del programa y lo que es preciso mejorar. Se preguntará a profesionales, personas usuarias y familias.
- Valoración grupal (DAFO o similar) a profesionales, familias y personas usuarias

Se sugiere que sea el coordinador/a del proyecto de la zona quien registre periódicamente estos indicadores.

### 3.3. SERVICIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

#### Paso 1. Definiendo los objetivos específicos

Se dirige, de manera especial y personalizada a aquellas personas mayores y personas con discapacidad incluidas como “casos” de la muestra experimental en el proyecto *Etxean Ondo*, en cuyo proceso de valoración se hayan detectado situaciones de aislamiento o soledad, y se incluya en su plan integral de atención y vida promover actuaciones de participación social. Los objetivos de este servicio son:

- ✓ Evitar el aislamiento de la persona y estimular su salida de casa.
- ✓ Mejorar su autoestima y estado de ánimo mediante la inclusión en actividades sociales que le resulten de interés y gratificantes.
- ✓ Acompañar, de forma personalizada, el proceso de empoderamiento y de participación social.
- ✓ Prestar y coordinar los apoyos que cada persona precisa.
- ✓ Realizar el oportuno seguimiento.

#### Paso 2. Identificando los grupos diana y los criterios de inclusión

Personas incluidas, como se ha mencionado, en el proyecto *Etxean Ondo*, priorizando a quienes:

- Vivan solas.
- Se encuentren aisladas o con pocos contactos sociales.
- Para su desarrollo personal se estime importante apoyar su participación en actividades.

### Paso 3. Seleccionando y secuenciando las principales actuaciones

#### 1. Valoración inicial personalizada

- Intereses relacionados con la participación social.
- Áreas o temas importantes para el desarrollo de su proyecto vital.
- Apoyos que precisa para su incorporación en las actividades propuestas.

2. **Información** de las actividades de participación organizadas desde el proyecto *Etxean Ondo* así como desde otras relacionadas que se ofrezcan desde otros recursos de la comunidad.

3. **Consenso con la persona** (o en su caso familia) sobre actividades donde va a participar.

4. **Provisión de apoyos necesarios** (acompañamiento, transporte accesible, etc.) para que la persona pueda acudir y participar de forma exitosa en las actividades propuestas y coordinación con otros profesionales.

5. **Acompañamiento y seguimiento** de su incorporación a las actividades propuestas.

### Paso 4. Utilizando los elementos metodológicos

- **La entrevista.** Método de encuentro donde de forma sistematizada el profesional recoge información de la persona o grupo, informa, orienta y establece consensos.
- **El Plan Integral de Atención y Vida.** Instrumento donde se recoge la valoración integral de la persona, la propuesta de servicios, actuaciones técnicas, pautas y apoyos preciso tanto para proporcionar los cuidados de salud precisos como para permitir la autogestión en la vida cotidiana de la persona y el desarrollo de su proyecto de vida.

Nota: Para más información consultar el DMS-2. El plan integral de atención y vida.

- **Instrumentos complementarios para la atención personalizada**  
Instrumentos complementarios a los utilizados para la valoración integral de la persona y que se dirigen a visibilizar sus capacidades, a reforzar su identidad, así como a identificar sus preferencias, potenciar sus elecciones y su toma de decisiones en la vida cotidiana.

Nota: Para más información consultar el DMS-2. El plan integral de atención y vida

- **El grupo de apoyo y consenso**

Grupo constituido por personas cercanas a la persona que se comprometen a apoyarla en la elaboración y desarrollo de su proceso de atención facilitando el ejercicio de su autodeterminación de la persona, ayudándole a visibilizar sus capacidades, a tomar sus propias decisiones, buscando y movilizando los apoyos precisos en cada caso y momento.

Nota: Para más información consultar el DMS-3. El grupo de apoyo y consenso

## Paso 5. Identificando los profesionales y coordinando las actuaciones

El servicio de participación social puede estar coordinado por dos profesionales: el gestor/a del caso o el profesional que haya sido propuesto para desarrollar con la persona joven con diversidad funcional el servicio de promoción de la autonomía personal.

En general, será el **gestor o gestora del caso** quien coordine el proceso señalado de valoración, propuesta de inclusión en actividades de participación social, provisión de apoyos y acompañamiento, manteniendo el contacto y coordinación precisa con el resto de profesionales o voluntarios implicados (servicio acompañamiento, servicio de transporte, etc).

Cuando el caso haya sido derivado al **profesional responsable del Servicio de promoción de la autonomía personal** (casos de personas jóvenes y adultas con discapacidad fundamentalmente), será éste/a profesional quien asuma estas competencias de gestión del caso

### **Otros PIM con los que se conecta**

El PIM-8. Participación social y comunitaria: Servicio de participación social se conecta, y por tanto requiere estar coordinado con otros PIM, fundamentalmente con:

PIM-1. La atención integral centrada en la persona

PIM-3. Servicio de teleasistencia avanzada

PIM- 6. Servicios para un entorno accesible (transporte accesible)

PIM-7. Servicio promoción de la autonomía personal

PIM-9. Promoción de la salud, autocuidado y control de la propia vida

## Paso 6. Estableciendo los indicadores para su evaluación

En función de los objetivos y actuaciones previstas se determinarán distintos indicadores.

### c) Indicadores cuantitativos

- Nº participantes en el servicio/nº participantes proyecto EO\*100
- Media salidas a actividades al mes por persona incluida
- Satisfacción de las personas usuarias con el servicio

### d) Evaluación cualitativa

Además, dentro de la evaluación del proyecto global se incluirá evaluación cualitativa del servicio, incluyendo:

- Aportaciones individuales recogidas mediante cuestionario: lo más valorado del servicio y lo que es preciso mejorar. Se preguntará a profesionales, personas usuarias y familias.
- Valoración grupal (DAFO o similar) a profesionales, familias y personas usuarias

Se sugiere que el coordinador del proyecto de la zona sea el encargado de esta evaluación mediante indicadores.

## 4. Recogiendo aportaciones

- ? Iniciativas, proyectos o programas de participación social ya en funcionamiento a tener en cuenta y coordinar para favorecer la participación social de las personas incluidas en el proyecto Etxean Ondo.





- ? Nuevos proyectos o programas de participación social a diseñar y poner en marcha.
- ? Modos de coordinación entre los profesionales para apoyar el Servicio de participación social a las personas destinatarias del proyecto Etxean Ondo.

## Bibliografía utilizada para la redacción del PIM

- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) (2006). La discapacidad en el medio rural. Madrid: CERMI
- CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES (2001) Rompiendo Distancias. Programa integral para las personas mayores del medio rural del Principado de Asturias, Oviedo.
- DIPUTACION FORAL DE GUIPUZCOA. (2002) Las personas mayores. Servicios sociales en el medio rural.
- ENCLAVERURAL.ES Portal de buenas prácticas en la atención a personas mayores y personas con discapacidad en el mundo rural. [www.enclaverural.es](http://www.enclaverural.es) IMSERSO- Ministerio Medio ambiente, medio rural y marino.
- GARCIA J y RODRIGUEZ P. Rompiendo Distancias: un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(1):22-23.
- GARCÍA SANZ, B. (1997): Envejecimiento en el mundo rural: Problemas y soluciones. IMSERSO. Colección Servicios Sociales, nº 38., Madrid.
- MARTÍNEZ T, RODRÍGUEZ P. (2002) Rompiendo Distancias: programa de dinamización y acercamiento de servicios a las personas mayores en áreas rurales de población dispersa". Agathos, año 2, nº1: 12-18.
- MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE Y MEDIO RURAL Y MARINO (2010) Buenas prácticas en desarrollo rural y personas mayores. Madrid: Ministerio de Medio Ambiente y Medio rural y Marino.
- MONREAL P Y VILÀ A. Programa integral de atención a las personas mayores en una zona rural. Anuario de Psicología 2008, vol. 39, nº 3, 351-370.

- RODRÍGUEZ P. (2004). El envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas. Boletín sobre el envejecimiento. Tendencias y Perfiles. IMSERSO; nº 11, Madrid.
- [www.feaps.org/programas/autogestores.htm](http://www.feaps.org/programas/autogestores.htm)
- [www.voimaavanhuuteen.fi](http://www.voimaavanhuuteen.fi)

## PROYECTO ETXEAN ONDO

### Programas de Intervención Marco (PIM)

#### PIM-9. Promoción de la salud, autocuidado y control de la propia vida.

1. El porqué de la promoción de la salud, el autocuidado y el control de la propia vida.

2. ¿En qué consiste este programa en el proyecto Etxean Ondo?

3. Propuestas para la planificación en el proyecto Etxean Ondo

3.1. Programas de promoción de la salud, el autocuidado y el control de la propia vida.

LÍNEA 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA CRONICIDAD

LÍNEA 2. AUTOCUIDADO

LÍNEA 3. EL CONTROL DE LA PROPIA VIDA

3.2. Diseño, coordinación y evaluación de los programas seleccionados

4. Recogiendo aportaciones

## 1. El porqué de de la promoción de la salud, el autocuidado y el control de la propia vida.

**La promoción de la salud, el autocuidado y el control de la propia vida** es un proyecto de intervención marco incluido del proyecto *Etxean Ondo* porque:

- 👉 Existe evidencia empírica que demuestra que mantener estilos de vida saludables y actuar sobre los **factores de riesgo** de las enfermedades y la discapacidad mejora la calidad de vida de las personas y previene o retrasa la aparición de las situaciones de dependencia.
- 👉 Del mismo modo, el conocimiento generado señala que las **personas informadas sobre su salud e implicadas en su autocuidado afrontan mejor las enfermedades** y se reduce el impacto que éstas tiene en sus vidas y en la relación con su entorno.
- 👉 El autocuidado ha mostrado tener capacidad de reducir **el gasto sanitario**, disminuyendo el número de ingresos en el hospital, las consultas en urgencias y promoviendo un uso más racional de la medicación, además de facilitar una mejor relación entre médico y paciente.
- 👉 Además, **las experiencias de “pacientes expertos”** señalan nuevas formas de llevar a cabo la formación tanto de personas con enfermedades crónicas como de sus familias cuidadoras.
- 👉 Desde los **modelos de atención centrada en la persona** se apuesta por **potenciar la autogestión** de los individuos permitiendo su rol activo en el proceso de cuidados e intervención.
- 👉 El **control de la vida cotidiana** se relaciona con el bienestar emocional, con la prevención de la depresión y con el envejecimiento exitoso.
- 👉 La percepción de control puede ser reforzada desde la **acción de las personas cuidadoras en la vida cotidiana** de las personas que son cuidadas.

- 👉 Las personas **con deterioro cognitivo o discapacidad intelectual** pueden tener más **control sobre su propia vida mediante el apoyo de los demás.**

## 2. ¿En qué consiste la promoción de la salud, el autocuidado y el control de la propia vida en el proyecto *Etxean Ondo*?

El PIM-9. Promoción de la salud, el autocuidado y el control de la propia vida en el proyecto *Etxean ondo*, pretende colaborar en el desarrollo de la *Estrategia para afrontar la cronicidad en Euskadi*. Por un lado, propone actuaciones que se enmarcan dentro de los proyectos estratégicos contemplados en dicha estrategia; por otro, sugiere nuevas actuaciones, siempre desde una visión que busca la sinergia con los recursos y proyectos ya en marcha en cada territorio.

En esta línea, este PIM se orienta por los modelos de pirámides (Modelo de la Pirámide de Kaiser ampliado; Modelo Pirámide King's Fund) donde se parte de la idea principal de la segmentación o estratificación de la población según sus necesidades, identificando varios niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico. Para ello, se distinguen cuatro niveles, según el segmento de población al que se dirige:

- **Nivel 1.** Promoción y prevención. La población general es foco de intervenciones que tratan del mantenimiento de la salud y de controlar los factores de riesgo que puedan llevar a los individuos a la enfermedad crónica.
- **Nivel 2.** Pacientes crónicos con condiciones todavía en estadios incipientes. El objetivo es ofrecer apoyo para favorecer la autogestión de los cuidados.
- **Nivel 3.** Pacientes de riesgo pero de leve o moderada complejidad en lo que respecta fundamentalmente a su comorbilidad. Se propone una gestión de la enfermedad que combina la autogestión por el paciente y los cuidados profesionales.
- **Nivel 4.** Pacientes de alta complejidad clínica con frecuente comorbilidad. En ellos se hace necesaria una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados y atención profesionales que se dirigen tanto al paciente como a las familias y cuidadores profesionales del SAD.

Desde este PIM se proponen tres líneas de actuación, las dos primeras en clara sintonía con la estrategia para afrontar la cronicidad en Euskadi, y la tercera para profundizar en la autodeterminación de las personas con discapacidad y de las personas adultas en situación de dependencia.

Teniendo en cuenta la prevalencia que tiene entre la población mayor y las personas que tienen alguna discapacidad las situaciones de dependencia, se sugiere programar actividades en las líneas sugeridas o en otras relacionadas, ajustándolas a las necesidades que se detecten en el proceso de IAP, difundiéndolas entre el movimiento asociativo y aprovechando también para distribuir folletos y otros materiales los locales de los que dispongan o los lugares de reunión que frecuenten.

### **Línea 1. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas.**

Dirigida al nivel 1, situado en la base de la pirámide poblacional, y específicamente a las personas mayores y personas con discapacidad sin enfermedades crónicas.

Para su desarrollo se sugieren distintas intervenciones que han de ser concretadas en cada territorio y que, en la medida de lo posible, se llevarán a cabo mediante los acuerdos de coordinación sociosanitaria a los que se llegue en el proceso de planificación participativa que se propondrá en cada municipio en el que se implante el proyecto piloto *Etxean ondo*.

Naturalmente, en dicho proceso se actuará en sintonía con las iniciativas que se estén desarrollando o estén previstas llevar a cabo dentro de los proyectos estratégicos incluidos en la *Estrategia para afrontar la cronicidad en Euskadi*, especialmente el nº 2. Intervenciones de prevención y promoción sobre los principales factores de riesgo y el nº 4. Creación de una Red de Pacientes. Activados y Conectados a través de la adopción de nuevas tecnologías Web 2.0 por las Asociaciones de Pacientes Crónicos.

### **Línea 2. Autocuidado.**

Dirigido a los niveles 2 y 3 señalados anteriormente, es decir a las personas mayores y personas con discapacidad con enfermedades crónicas siempre que cuenten con un nivel competencial que les permita adquirir habilidades de autocuidado.

Se plantea que las intervenciones se integren, si fuera posible, desde el desarrollo del proyecto estratégico nº 3. Autocuidado y educación al paciente Paciente Activo- Paziente Bizia y en coordinación con el nº 4. Creación de una Red de Pacientes. Activados y Conectados a través de la adopción de nuevas tecnologías Web 2.0 por las Asociaciones de Pacientes Crónicos.

### **Línea 3. Control de la propia vida.**

Dirigido al conjunto de personas adultas con discapacidad o en situación de dependencia. Se diferencian actuaciones en función del grado de competencia para la toma de decisiones de las personas.

Complementando las líneas anteriores, la cuales se corresponden con actuaciones dirigidas a la mejora de la salud potenciando la existencia de pacientes informados y activos que ejercen su autocuidado, esta línea se dirige a potenciar el control real de la persona en sus asuntos cotidianos.

Esta línea ahonda en el objetivo nuclear de este modelo de atención: la autodeterminación, el cual trasciende al ámbito de la salud, incorporando también actuaciones dirigidas tanto a sensibilizar/formar a las propias personas en situación de discapacidad o dependencia, como a sus cuidadores (formales e informales) sobre por qué es fundamental que las personas adquieran el mayor control posible sobre sus vidas y asuntos cotidianos y cómo posibilitarlo desde el cuidado y las interacciones sociales que se mantienen día a día.

Se pretende abordar el importante reto de permitir que las personas mayores y personas con discapacidad, incluso cuando éstas tienen un grado importante de afectación, puedan apropiarse al máximo de sus propias vidas, bien sea de forma directa (ellas mismas en situaciones o tareas para las que sí sean competentes en la toma de decisiones) bien sea de forma indirecta, es decir, a través de las personas a su cuidado.

## **3. Propuestas para la planificación en el proyecto *Etxean Ondo***

### **3.1. PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, EL AUTOCUIDADO Y EL CONTROL DE LA PROPIA VIDA.**



Se presentan distintos proyectos o programas, unos ya en funcionamiento, otros, como nuevas ideas para ser organizadas en los lugares donde se desarrolla el proyecto *Etxean Ondo*. Aparecen agrupados en varias líneas de intervención que han de entenderse como actuaciones complementarias.

Al igual que en el PIM-8. Participación social y comunitaria, se parte de que la organización de las actuaciones que finalmente se concreten necesariamente han de ser realizadas por los agentes implicados en cada proyecto territorial.

En los casos en los que se conoce la existencia de experiencias ya desarrolladas o en funcionamiento se indica dónde poder hallar una información más detallada.

Cabe insistir en que la relación de propuestas que en este PIM se resumen no agota, ni mucho menos, las posibilidades de intervenciones en este campo que pueden ser llevadas en cada territorio. Por tanto, deben ser acogidas como sugerencias que se espera “den pistas” o susciten nuevas actuaciones a quienes en los distintos municipios programen las actividades dentro del *Etxean Ondo* relacionadas con la promoción de la salud, el autocuidado y el control de la propia vida.

Como ya se ha mencionado, las intervenciones propuestas sintonizan con varios de los proyectos estratégicos (algunos ya en marcha en distintos territorios de Euskadi) contemplados en la *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad*. De hecho, algunas de ellas, como el “Paciente Activo” son iniciativas que ya están siendo impulsadas desde el sistema sanitario. En estos casos, el papel del proyecto *Etxean Ondo* no ha de ser otro que apoyar su extensión y diversificación entre las personas mayores y las personas con discapacidad, y, siempre que sea posible, desde la coordinación con salud y con sus profesionales.

## LÍNEA 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Esta primera línea pretende **informar y formar a las personas mayores y a las personas con discapacidad del municipio** sobre la importancia de incorporar a sus vidas **hábitos saludables y de actuar sobre los factores de riesgo** para prevenir enfermedades que pueden evolucionar hacia la cronicidad. Se parte de la idea de que las personas informadas se responsabilizan mejor de su salud y por tanto pueden prevenir la aparición de enfermedades y mejorar sus niveles de salud.

Siguiendo las indicaciones de modelos como la pirámide de Kaiser, y su versión ampliada que incluye la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, estas actuaciones se dirigen a la población general, en este caso a las personas mayores y personas con discapacidad que no han desarrollado patologías crónicas. Se trata, por un lado, de controlar los factores de riesgo que puedan llevar a los individuos a la enfermedad crónica, y por otro de desarrollar hábitos que protegen a la persona mejorando su salud.

## **A. TALLERES Y PROGRAMAS GRUPALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Se proponen algunas ideas de actividades o proyectos relacionados con la promoción de hábitos saludables, así como con el impulso de iniciativas innovadoras en este campo.

En general se dirigen a personas mayores de 50 años así como a personas con discapacidad (18-50 años) que no tengan enfermedades crónicas (nivel 1 pirámide poblacional).

### **ACTIVIDADES DE DEPORTE Y ACTIVIDAD FÍSICA**

Se trata de coordinar actividades ya en marcha o proponer otras nuevas donde no estén funcionando dirigidas a fomentar la actividad física y el deporte en las personas mayores y personas con discapacidad. Pueden ser válidas tanto las propuestas de actividades que se organizan específicamente para estos grupos, como las iniciativas (preferibles) que promueven actividades físicas y deportivas conjuntas con el resto de la población.

No obstante, y especialmente cuando la participación se realiza en entornos normalizados, hay que controlar que las actividades físicas estén adaptadas a las personas y grupos a quienes se dirijan.

Suelen desarrollarse, con las adaptaciones convenientes, algunas como:

- Yoga
- Taichi
- Pilates
- Natación
- Senderismo
- Práctica de deportes diversos
- Gimnasia de mantenimiento
- Etc

A continuación, por su carácter más novedoso, se resumen algunas iniciativas que han sido recogidas también en el PIM-8. Participación Social y Comunitaria (ya que, al realizarse en grupo, también se consigue el objetivo de promover la participación social).

### **“DEPORTE PARA TODOS”**

Programas de deporte dirigido a integrar a personas mayores y personas con discapacidad con otros grupos sociales para el ejercicio del deporte. Se trata de un programa que forma a los instructores de los centros deportivos, y los apoya en la implementación de los programas.

Se basa en una experiencia filandesa. La metodología ha sido evaluada y ha generado buenas prácticas en aspectos relacionados con:

- cómo llegar al Público objetivo
- cómo aconsejar
- validación de la evaluación de movilidad
- ejercicios exitosos
- tipos de equipamiento
- formación de profesionales de deporte
- inclusión de adultos mayores

Entre sus objetivos destacan:

- ✓ Establecer pautas específicas para implantar programas para todas las personas.
- ✓ Sensibilizar y capacitar a los profesionales de los centros deportivos
- ✓ Sensibilizar a la población en general.

Nota. Para obtener más información consultar en:

[www.voimaavanhuuteen.fi](http://www.voimaavanhuuteen.fi)

### **“ESTIRATE Y ANDA”**

Se trata de convocar a personas mayores de 50 años y personas con discapacidad en el rango de edad 18-50 años, junto con población general de la comunidad, para que participen en una actividad que se intentará organizar en colaboración con los servicios sanitarios consistente en la realización de estiramientos y posteriores paseos grupales. Sus objetivos combinan:

- ✓ Mejorar el bienestar físico y psíquico de la persona
- ✓ Potenciar y fomentar las relaciones sociales

## **SUELO PÉLVICO**

**Se trata de un** taller de ejercitación de suelo pélvico para prevenir algunos tipos de incontinencia en las mujeres. Esta actividad se intentará organizar, también, en colaboración con los servicios sanitarios. Entre sus objetivos figuran:

- ✓ Informar sobre las causas de incontinencia en la mujer
- ✓ Dar a conocer y practicar los ejercicios más adecuados para su prevención
- ✓ Reducir la intranquilidad y la tendencia al aislamiento que la incontinencia puede causar en la vida social y relacional.

## **TALLERES DE NUTRICIÓN Y DE ERRADICACIÓN DE HÁBITOS NOCIVOS**

Dado el papel determinante para una buena salud se recomienda organizar talleres dirigidos a mejorar el conocimiento sobre nutrición y la alimentación saludable así como otros relacionados con la erradicación de hábitos nocivos (tabaco, consumo excesivo de alcohol, drogas, etc).

Será importante coordinar las nuevas acciones con las iniciativas que desde salud o desde otros recursos (centros culturales, ONGs.etc) se estén ya realizando.

## **TALLERES PARA LA MEJORA DE LA SALUD COGNITIVA Y EMOCIONAL**

Es posible coordinar actividades que ya estén en marcha o proponer otras nuevas en los lugares donde no estén funcionando como:

- Talleres para la mejora de la función cognitiva (entrenamiento de la memoria, estimulación cognitiva, etc)
- Talleres para la prevención de la depresión
- Talleres para el manejo del estrés
- Talleres para el conocimiento y gestión de nuestras emociones
- ...

## **B. ELABORACIÓN DE MATERIAL DIVULGATIVO SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES**

La propuesta que se realiza es recopilar y sistematizar material divulgativo existente en relación tanto con la promoción de hábitos saludables, como en medidas preventivas de enfermedades de alta prevalencia en personas mayores y personas con discapacidad (a definir en los talleres de coordinación sociosanitaria) para distribuirlo posteriormente entre las Asociaciones y también de manera individual desde los centros de servicios sociales y centros de salud.

Asimismo se plantea, si así se estima conveniente en la zona de intervención, la edición de nuevos folletos divulgativos relacionados con la promoción de hábitos saludables o la prevención de enfermedades.

Los objetivos del material divulgativo que se elabore consisten en ofrecer información sencilla escrita para:

- ✓ Promocionar hábitos saludables que permitan el mantenimiento de la salud, la prevención de la dependencia y el envejecimiento activo.
- ✓ Prevenir las enfermedades crónicas más prevalentes en el envejecimiento y en las personas con discapacidad.

### **GUÍA “SIN PERDERSE, POR LA RED”**

La propuesta es elaborar una guía donde se recojan las páginas y portales webs donde encontrar información relacionada con:

- Hábitos saludables para el envejecimiento activo y la prevención de las situaciones de dependencia
- La prevención de las enfermedades crónicas más prevalentes en el envejecimiento y en las situaciones de discapacidad.

Puede resultar interesante y oportuno realizar sesiones de consulta práctica de la guía en aulas con ordenadores aprovechando otros recursos o actividades que se realicen, bien desde el sistema sanitario (programa Paciente Activo, red de pacientes activados), bien desde los servicios sociales o entidades de la iniciativa social para así apoyar a las personas que no estén familiarizadas con el uso de ordenadores e internet.

## **LÍNEA 2. AUTOCUIDADO**

El auto-cuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. En referencia a las **enfermedades crónicas** tiene que ver con la **adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes** que permitan el **mejor afrontamiento de las mismas, y así, mejorar su estado físico, psicológico y su integración social.**

El autocuidado en relación a las enfermedades crónicas, siguiendo la propuesta de los modelos de estratificación de la población, **se dirige a:**

- Pacientes crónicos con condiciones todavía en estadios incipientes. El objetivo para este perfil es ofrecer apoyo para favorecer la autogestión de los cuidados.
- Pacientes de riesgo pero sin alto grado de complejidad en lo que respecta a su comorbilidad. Para ellos se propone una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales.

En esta línea se propone que desde el proyecto *Etxean Ondo* se apoye fundamentalmente la extensión de cursos que estén previstos dentro del programa "Paciente Activo", contemplado en la *Estrategia para afrontar la cronicidad en Euskadi* coordinado por Osakidetza. Estas actividades formativas se referirán a las enfermedades crónicas que se acuerden entre servicios sociales y sanitarios en cada territorio.

Además se apunta la utilización de la guía "Sin perderse por la red" para facilitar la información que requiere el autocuidado ante ciertas enfermedades crónicas.

### **PROYECTO PACIENTE ACTIVO / PAZIENTE BIZIA**

El programa *Paciente Activo*, coordinado por el sistema de Salud Vasco, consiste en una serie de **cursos de educación que fomentan el autocuidado, enseñando a conocer y a entender mejor la enfermedad crónica.**

El programa, enmarcado dentro de la iniciativa **Paciente Experto** liderada por Universidad de Stanford (EEUU), forma parte del proyecto de *Autocuidado y educación al paciente* de la [Estrategia para afrontar la Cronicidad en Euskadi](#) del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

Los cursos se dirigen a todas aquellas personas que tengan alguna enfermedad crónica y se dirige a mejorar:

- El conocimiento y comprensión de la enfermedad
- El autocuidado
- La autoestima.
- Incorporar hábitos de vida saludable

La formación es **impartida por personas que padecen la misma enfermedad.** Se parte de que estas personas, al haber vivido las mismas experiencias y dificultades que el resto de los pacientes del grupo con respecto a la enfermedad crónica, pueden facilitar la comunicación y el proceso formativo.

Los diferentes cursos dentro del Programa **Paciente Activo** son cursos de autocuidado que enseñan a autogestionar la enfermedad, es decir, enseñan a pacientes crónicos a ser capaces de entender su enfermedad, de responsabilizarse de su salud y a manejar de manera adecuada las distintas opciones de tratamiento. Cada curso se realiza *un día a la semana* con una duración de *2 horas y media* durante *6 semanas* consecutivas. Completan la labor de los profesionales sanitarios, no la sustituyen.

La idea es que desde el proyecto *Etxean Ondo*, en coordinación con el sistema vasco de salud (Osakidetza), y siguiendo su metodología, se organicen nuevos cursos relacionados con el autocuidado de las enfermedades crónicas (a determinar) de especial incidencia en las personas mayores y personas adultas con discapacidad.

Nota. Para obtener más información consultar en:  
[www.pacienteactivo.com](http://www.pacienteactivo.com)  
[www.pacienteexperto.org](http://www.pacienteexperto.org)

### GUIA “SIN PERDERSE, POR LA RED”

Se trata de aprovechar la guía mencionada anteriormente en la línea de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas, también para mejorar el autocuidado en las personas que ya padecen ciertas enfermedades crónicas.

Como también se comentaba, puede resultar interesante y oportuno realizar sesiones de consulta práctica de la guía en aulas con ordenadores aprovechando otros recursos o actividades (programa Paciente Activo, la red de pacientes activados y conectados u otros programas formativos, aulas informáticas de asociaciones, municipales, etc.), con el fin de apoyar a las personas que no estén familiarizadas con el uso de ordenadores e internet.

### LÍNEA 3. EL CONTROL DE LA PROPIA VIDA

Fomentar, apoyar o permitir el **control de la propia vida en personas** con discapacidad o en situaciones de dependencia **es un eje capital** para la aplicación de los **modelos de atención centrada en la persona**.

Se trata de apoyar no solo el control de las personas sobre las decisiones que tienen que ver con la mejora de su salud sino también de propiciar el control sobre su vida cotidiana. Porque **la autodeterminación de la**

**persona en el día a día es un plano esencial para su bienestar.** Un factor clave en el desarrollo real del concepto de calidad de vida.

Por ello, desde el proyecto *Etxean Ondo*, además de las dos líneas anteriores relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades crónicas y la dependencia y el fomento del autocuidado, **se pretende dar un paso más en la defensa del rol activo de las personas mayores y personas con discapacidad en su atención.**

Para desarrollar acciones en esta línea, se propone contemplar varios objetivos, que, a su vez, se corresponden con distintos grupos de personas destinatarias. Porque como se indica en el DMS.1 El plan integral de atención y vida, **la autodeterminación no es exclusiva de las personas competentes, al ser entendida también como un derecho** (y no solo como una capacidad) y poder **ser ejercida de forma indirecta a través de los otros en personas que presentan una grave afectación intelectual o emocional.**

Nota. Para obtener más información consultar el DM-1. El plan integral de atención y vida. Concepto, método e instrumentos.

Así pues, desde esta línea se pretende en relación a las personas mayores y personas con discapacidad destinatarias del proyecto:

- ✓ Fomentar la capacidad directa de control y toma de decisiones en la vida cotidiana.
- ✓ Posibilitar el ejercicio del derecho a la autodeterminación a través del grupo de apoyo constituido por personas allegadas a la persona.

Para ello puede resultar conveniente a la hora de programar intervenciones distinguir **cinco grupos**:

- Grupo 1. Personas con discapacidad intelectual que no presentan necesidades generalizadas de apoyo (sin grave afectación).
- Grupo 2. Personas con discapacidad intelectual que presentan necesidades generalizadas de apoyo (grave afectación).
- Grupo 3. Personas mayores en situación de dependencia sin deterioro cognitivo.
- Grupo 4. Personas mayores con deterioro cognitivo ligero, demencia leve.
- Grupo 5. Personas mayores con demencia severidad moderada y grave.



Con los grupos 1, 3 y 4 será posible intervenir directamente (individual o grupalmente) para que las personas adquieran consciencia y habilidades que les permitan tener un mayor control sobre sus vidas y asuntos cotidianos.

Con los grupos 2 y 5 la intervención fundamental se realizará a través de las personas que las acompañan y cuidan. Para ello, seguidamente se proponen intervenciones relacionadas con la sensibilización y formación de las personas cuidadoras de modo que éstas puedan actuar a modo de facilitadores de la autodeterminación de las personas a su cuidado.

Además, cabe recordar, que en el PIM-8. La participación social y comunitaria, también se recogen diversas intervenciones grupales dirigidas al empoderamiento de las personas con discapacidad o dependencia, como la creación de grupos de autogestores.

### **FORMACIÓN PARA CUIDADORES/AS SOBRE LA AUTODETERMINACIÓN DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA EN SU VIDA COTIDIANA.**

La idea es que las distintas acciones formativas dirigidas a los cuidadores (tanto para las familias como para cuidadores profesionales y no profesionales) incluyan de forma específica y con suficiente dedicación, reflexión y habilidades sobre cómo promocionar la autonomía de las personas que están cuidando en su vida cotidiana.

Se aconseja incluir en esta formación algunos conceptos y valores clave como:

- la relación entre autonomía, independencia y autoestima
- la autonomía como capacidad y como derecho
- La competencia para tomar decisiones según la situación o tarea
- La percepción del sentido de eficacia y el control de lo cotidiano
- La forma de comunicación interpersonal como potenciador o detractor de la autonomía.
- La sustitución o representación de los demás
- ...

Además, se sugiere como método trabajar mediante casos prácticos donde los cuidadores puedan construir actitudes y desarrollar habilidades que apoyen que las personas cuidadas adquieran un mayor control sobre sus asuntos vitales y cotidianos como:

- Las tareas asistenciales (baño, higiene, vestido, arreglo personal...)

- Las tareas de casa
- La correcta y sana alimentación
- La erradicación de hábitos nocivos para la salud (alcohol, tabaco, etc)
- Los espacios personales privados
- El acceso y control de las propias pertenencias
- Las relaciones con los demás
- Las relaciones de pareja
- El trabajo
- Las actividades formativas
- Las actividades de ocio
- Otros...

En todas estas sesiones, será preciso tener en cuenta el grado de competencia (no solo de la dependencia) de las personas que son cuidadas para adaptar los contenidos y casos con los que se trabaje.

Estas acciones formativas pueden ser integradas o reforzadas en el conjunto de intervenciones existentes para la formación de cuidadores, o también proponerse como talleres complementarios. Cabe recordar que las acciones de orientación y formación a familiares cuidadores u otros cuidadores en el domicilio pueden provenir de distintos servicios o profesionales.

a) Programa Sendian

b) Acciones de formación individualizada desde el Servicio *Acompaña*, dirigido al apoyo, formación y asesoramiento de personas cuidadoras del ámbito familiar con prestación económica de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia (LAPAD).

c) Orientación de los distintos profesionales implicados en la atención; especialmente el gestor o gestora de caso o el profesional encargado de la coordinación del servicio de promoción de autonomía personal, quienes tendrán un papel clave en este tema.

### **3.2. DISEÑO, COORDINACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS SELECCIONADOS**

Una vez que en cada proyecto territorial del *Etxean Ondo* se haya decidido, mediante el proceso de planificación participativa, los programas que vayan a desarrollarse relacionados con este PIM, será preciso proceder a planificarlos.

Se sugiere, para cada programa nuevo que se quiera poner en marcha, seguir los pasos lógicos de programación planteados en el resto de PIM.

1. Selección de objetivos específicos
2. Identificación de los grupos diana y, en su caso, los criterios de inclusión y exclusión.
3. Selección y secuenciación de las actuaciones principales
4. Metodología y cuestiones organizativas
5. Identificación de profesionales y su coordinación
6. Evaluación del programa

En relación al último punto de evaluación, y con el propósito de poder contar con un mínimo de indicadores similares en estos programas se propone, como mínimo, recoger como indicadores cuantitativos de cada programa:

- Nº participantes en cada programa
- Datos del participante: edad, tipo de discapacidad, enfermedad o grado de dependencia.
- Satisfacción de las personas usuarias con el programa

Se recomienda, además, recoger otros indicadores relacionados con el logro de objetivos de la acción propuesta (evaluación de resultados). Estos necesariamente han de ser específicos de cada intervención.

Además, al igual que se realizará con el resto de PIM, en la evaluación del proyecto global se incluirá la evaluación cualitativa de cada programa desarrollado incluyendo:

- Aportaciones individuales recogidas mediante cuestionario: lo más valorado del programa y lo que es preciso mejorar. Se preguntará a profesionales, personas usuarias y familias.
- Valoración grupal (DAFO o similar) a profesionales, familias y personas usuarias

Se sugiere que sea el coordinador/a del proyecto de la zona quien registre periódicamente estos indicadores.

#### 4. Recogiendo aportaciones

Como puntos de mayor interés para debatir y llegar a consenso se señalan los siguientes:

- ? Necesidades, prioridades de intervención en el municipio en relación a:
  - Promoción de salud
  - Prevención de enfermedades crónicas
  - Autocuidado (cursos posibles a desarrollar dentro del programa Paciente Activo)
  - Control de la propia vida de las personas en situación de dependencia o discapacidad
  
- ? Proyectos de promoción de la salud del autocuidado y del control de la propia vida ya en funcionamiento a tener en cuenta y coordinar con el proyecto *Etxean Ondo*.
  
- ? Nuevos proyectos de promoción de la salud del autocuidado y del control de la propia vida a poner en marcha desde el proyecto *Etxean Ondo*.
  
- ? Contenidos y metodologías de las acciones de sensibilización o formación a desarrollar.

## Bibliografía utilizada en la elaboración del PIM

- BALTES M.M. y BALTES P.B., (1990): *Successful aging, perspectives from the behavioral sciences*, Cambridge University Press.
- BARR VJ, ROBINSON S, MARIN-LINK B, UNDERHILL L, DOTTS A, RAVENSDALE D, SALIVARAS S (2003). *The Expanded Chronic Care Model: An integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and The Chronic Care Model*. *Hospital Quarterly* Vol 7, nº 1.
- BENGOA R, NUÑO R (2008). *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Elsevier-Masson.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997): “*Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales*”, en *Anuario de Psicología*, 73.
- GOBIERNO DEL PAÍS VASCO. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO. OSAKIDETZA (2010) *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*.
- GÓMEZ J., SEPÚLVEDA D. e ISAAC M. (2003): *Reducción de la dependencia en el anciano*. Servicio de Geriátría de la Cruz Roja. Madrid.
- KITWOOD T. (1997) *Dementia reconsidered: the person comes first*. Open University Press, Bucks.
- LITTLE, A. (1988): “*Psychological aspects of working with elderly clients*”. En Squires, A.J. (ed.): *Rehabilitation of the older patient*. Croom Helm. Sydney.
- LÓPEZ A, MARÍN AI, DE LA PARTE JM. (2004). *La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica*. *Siglo Cero*, 35(1), nº 210.
- LÓPEZ A, MARÍN AI, DE LA PARTE JM. (2004). *La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica*. *Siglo Cero*, 35(1), nº 210.

- MARTINEZ RODRÍGUEZ T. La atención gerontológica centrada en la persona. Una guía para la intervención profesional en servicios y centros. País Vasco: Gobierno País Vasco.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. CSIC.
- RODRÍGUEZ, P. (2010): "Intervenciones en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Hacia la definición de un modelo de calidad de vida basado en derechos y dignidad", en Revista Autonomía Personal, nº 1 (págs. 42-55).
- VERDUGO, M.A., dir. (2006): *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad*. Salamanca, Amarú Ed.
- WAGNER, E H (1999) "Care of Older People with Chronic Illness." In E. Calkins, C. Boulton and E. H. Wagner, eds., *New Ways to Care for Older People: Building Systems Based on Evidence*. (39-64) New York: Springer.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*.
- [www.pacienteexperto.org](http://www.pacienteexperto.org)
- [www.pacienteactivo.com](http://www.pacienteactivo.com)

