



Buenas Prácticas  
MODELO Y AMBIENTE

# CUIDAMOS CONTIGO CHAMBERÍ

Proyecto de aplicación del  
Modelo de Atención  
Integral y Centrada en la  
Persona (MAICP) en  
domicilios



Ana García Mendoza (Coordinadora del Proyecto)  
Fundación Pilares para la Autonomía Personal

## Resumen

**Desde la perspectiva comunitaria y la metodología de gestión de casos, se identifican y orquestan intervenciones personalizadas, integrales y continuadas, en el propio domicilio y entorno, a personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia, tal como propone el MAICP.**

**Tras conocer en profundidad las necesidades, deseos y preferencias de estas personas, de sus familias cuidadoras y de la vivienda, se ofrecen los apoyos necesarios para que puedan seguir controlando sus propias vidas (empoderamiento y autonomía) y vean mejoradas su independencia y calidad de vida.**

**FECHA DE INCORPORACIÓN A LA RED:**

11/08/2016

**FECHA DE ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:**

11/08/2016

**ÁMBITO DE ACTUACIÓN:**

Servicios o programas de atención e intervención.

**LUGAR:**

Distrito Chamberí. Madrid.

**GRUPO DE POBLACIÓN AL QUE SE DIRIGE:**

Personas con necesidad de apoyos (personas mayores y personas con discapacidad), y sus familias cuidadoras.

## Justificación

Muchas de las personas que tienen una situación de dependencia, y sus familias cuidadoras, tienen dificultades para conocer, acceder y beneficiarse de los diversos, dispersos y descoordinados recursos y apoyos existentes en la comunidad para obtener la atención y los cuidados que precisan. Esta situación provoca, en las personas que requieren apoyos, la renuncia a vivir según sus deseos y preferencias, viendo limitadas las posibilidades de tomar sus propias decisiones sobre cómo quieren vivir (autonomía moral) y llevar a la práctica dichas decisiones (independencia funcional). Por su parte, las familias cuidadoras deben hacer grandes esfuerzos y otras tantas renunciaciones (personales, sociales, laborales, económicas) para poder cuidar de su familiar y además, en muchas ocasiones desconocen las claves del buen cuidado (relación de ayuda) y del autocuidado, generándose situaciones de importante sobrecarga que, en muchos casos, terminan por institucionalizaciones prematuras.

Este programa pretende responder a todas esas necesidades de cuidados, afectivas, personales, sociales, laborales... teniendo en cuenta las preferencias y los deseos vitales de las personas que requieren apoyos en su día a día, desde los principios y los criterios del modelo AICP.

## Objetivos

### Objetivo general:

- Promover la autonomía, la independencia y el bienestar de personas en situación de dependencia y sus familias cuidadoras y otras personas cuidadoras no familiares, mediante el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP), con el fin de conseguir mejoras en todas las dimensiones de su calidad de vida, facilitar la permanencia en el domicilio y restringir el consumo/costes socio-sanitarios.

### Objetivos específicos:

- Establecer el diagnóstico comunitario del distrito de Chamberí (servicios/recursos sociales, sanitarios, culturales, asociacionismo, participación comunitaria), así como la creación de relaciones entre los diferentes agentes de la comunidad, generando alianzas en torno al proyecto.
- Conocer en profundidad a las personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia, sus familias y su entorno (accesibilidad).
- Ofrecer información, formación, apoyo y asesoramiento especializado a personas cuidadoras del entorno familiar y profesionales del SAD, y diseñar con la participación de la persona y/o su familia, la intervención que mejor se ajuste a cada caso.
- Gestionar, implementar y coordinar los servicios y las actuaciones planificadas en el Plan Personalizado de Atención y de Acompañamiento al Proyecto de Vida, en los domicilios y en el entorno comunitario.
- Evaluar los resultados del proyecto, incluida su efectividad y eficiencia
- Generar conocimiento relacionado con la implementación del proyecto con el fin de validar la aplicación del Modelo AICP en domicilios y entornos comunitarios.

## *Descripción, metodología y fases del proyecto*

Este proyecto trata de ofrecer soluciones integrales y personalizadas a familias que tienen en su seno personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia mediante un conjunto de intervenciones 1) que garanticen la continuidad de la atención y el buen cuidado, 2) que promuevan la calidad de vida de ambas partes de la relación (persona en situación de dependencia y sus cuidadores/as), 3) que permitan que la persona se mantenga en su domicilio el mayor tiempo posible e inserta en su medio comunitario, 4) que maximicen la contención y eficiencia de consumos/costes sociosanitarios mediante la coordinación entre entidades (públicas/privadas) de la propia comunidad.

### **METODOLOGÍA**

Para dar respuesta al eje de la integralidad del Modelo de AICP, y así garantizar la continuidad, la coordinación de los servicios, la eficacia y eficiencia de las intervenciones y de los recursos profesionales, se utiliza la metodología de Gestión de casos. Cada gestor/a de caso ha coordinado todas las intervenciones necesarias y ha co-construido cada itinerario con la participación efectiva de la persona que requiere de atención y su familia y entorno más cercano (desde el diseño, pasando por la implementación, hasta la evaluación de la misma).

Respondiendo al eje de la personalización, se ha asumido el enfoque humanista de Relación de ayuda, basado en la preservación de la dignidad inherente a la condición humana, que se construye desde una posición terapéutica no directiva, capaz de activar los recursos latentes que todas las personas poseemos, desde el empoderamiento. Asimismo, se han implementado instrumentos de atención personalizada (historia de vida, mapas básicos, fichas...) para recoger la información mientras se establecían tales relaciones de ayuda.

### **DESARROLLO**

Para lograr estos fines, ha sido necesario, en primer lugar, conocer en profundidad las circunstancias, las necesidades y los deseos de las personas que requieren apoyos en su día a día, bien sean estos apoyos formales o informales, así como los recursos y servicios radicados en la comunidad. Para ello, se han elaborado historias de vida y se han utilizado otras herramientas de atención personalizada. Hemos administrado escalas estandarizadas que miden aspectos objetivos y subjetivos del bienestar (funcionalidad, calidad de vida, depresión, apoyo social, soledad, sobrecarga cuidador/a), y también hemos aplicado cuestionarios ad hoc contruidos para valorar condiciones de accesibilidad de las viviendas y entorno (valoración Integral).

Al mismo tiempo, mediante la elaboración del diagnóstico comunitario, se han identificado y recogido, de distintos sectores, niveles y ámbitos, las entidades, organizaciones y agentes radicadas en la comunidad, y establecido relaciones de comunicación, intercambio, colaboración y coordinación entre éstas.

Una vez conocidos los casos y el entorno, se han diseñado, planificado y consensuado, con la participación de las personas beneficiarias, los planes de atención y acompañamiento al proyecto de vida, siempre flexibles, y se ha asesorado, gestionado con otras entidades y, en su caso, prestado en colaboración (con ASISPA), los servicios planificados.

Durante todo el proceso se ha acompañado y apoyado a las familias a través del Programa “Acompaña”, que acontece en el propio domicilio, y se configura en sus dos modalidades:

### 1. Asesoramiento:

La gestora o gestor de caso, ha desarrollado una función de acompañamiento, apoyo, asesoramiento y formación (reforzada por los profesionales de otras disciplinas), con el fin de lograr una relación de cuidados satisfactoria que genere un bienestar recíproco, desde diferentes modalidades:

- Acompañamiento y apoyo: presencia profesional periódica en el propio domicilio que facilite el apoyo a las familias cuidadoras (y otras personas cuidadoras privadas) con el fin de comprender y tratar de resolver las dificultades que puedan darse en la relación de ayuda.
- Formación in situ o grupal (en la sede de Fundación Pilares) a familias y otras personas cuidadoras, sobre el cuidado y autocuidado. Para ello, la Fundación ha editado y distribuido la Guía Cuidar, Cuidarse y Sentirse bien, que sirve de apoyo a la formación con las personas cuidadoras interesadas.
- Asesoramiento profesional especializado, determinado por el tipo de apoyo que requiera cada familia. Lo realiza la gestora o gestor de caso y, en su defecto, profesionales contratados o conveniados con otras Entidades del Distrito a tal efecto (terapeuta ocupacional, psicólogo/a...).

### 2. Descanso de los cuidados: Respiro

Consistente en la prestación de un SAD de baja intensidad, que persigue dos objetivos:

- Aliviar la sobrecarga de cuidados de la persona cuidadora, a través del descanso de los mismos, adaptando el SAD a los horarios y la frecuencia que ésta requiera.
- Acompañar a la persona en situación de dependencia por parte de auxiliares del SAD (previamente formadas en el modelo y acompañadas y supervisadas por parte de las gestoras de caso). El acompañamiento también se ofreció a personas que vivían solas,

con el fin de evitar sentimientos de soledad y las negativas consecuencias que éstos generan en la calidad de vida.

Respecto a la formación a familias cuidadoras, que en todos los casos se ha realizado en los domicilios de las personas, también se ha ofrecido y complementado, tanto de forma grupal como individual, en la sede de Fundación Pilares. También se ha llevado a cabo un grupo de formación con personal auxiliar contratado por las familias.

Al igual que las familias cuidadoras, se han llevado a cabo diferentes sesiones formativas con los equipos del Servicio de Ayuda a Domicilio de ASISPA, entidad prestadora de tales servicios en el Distrito de Chamberí.

La evaluación se describe en el apartado correspondiente.

### **FASES DEL PROYECTO**

El desarrollo del proyecto puede dividirse en las siguientes fases:

1. Elaboración de instrumentos de valoración y evaluación
2. Diagnóstico sociodemográfico y comunitario de la zona
3. Valoración Integral e Historias de Vida de cada caso
4. Elaboración y consenso de los Planes Personalizados de Atención y Acompañamiento al Proyecto de Vida
5. Información, asesoramiento y formación a familias cuidadoras
  - “Acompaña-Asesoramiento” (formación personalizada y ajustada a las necesidades de cada caso, familia y vivienda en su propio domicilio).
6. Gestión y prestación de servicios y/o recursos de la comunidad (terapia ocupacional, fisioterapia, podología...)
  - “Acompaña-Respiro” (horas de SAD para descanso de los cuidados).
7. Formación a auxiliares del SAD sobre los elementos fundamentales de la atención integral y centrada en la persona.
8. Evaluación de objetivos y de resultados
  - Validación de la aplicación del Modelo de AICP en domicilios

## Temporalización

	Jul 2014	Ago 2014	Sep 2014	Oct 2014	Nov 2014	Dic 2014	Ene 2015	Feb 2015	Mar 2015	Abr 2015	May 2015	Jun 2015	Jul 2015	Ago 2015	Sep 2015
Elaboración de instrumentos de evaluación	■	■	■												
Diagnóstico situacional		■	■	■											
Determinación de la muestra		■	■	■											
Presentación y valoración integral (pre)		■	■	■	■								■	■	■
Plan Personalizado de atención y Acompañamiento al Proyecto de Vida (PAyV)		■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Apoyo y orientación a familias		■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Formación a familias y trabajadoras/es SAD		■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Prestación de un SAD complementario de respiro		■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Coordinación de las actuaciones		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluación de proceso		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboración del informe final		■												■	■

## Recursos

- Recursos humanos:
  - 1 gestora de casos
  - 1 terapeuta ocupacional
  - 1 coordinadora
  - 2 auxiliares de SAD
  - Profesionales especializadas/os (fisioterapia, podología)

- Recursos materiales:
  - Sede de la fundación
  - Equipos informáticos: ordenador, proyector, pantalla
  - Material fungible
  - Guía sobre cuidado y autocuidado

---

## *Evaluación y Resultados*

---

Se ha diseñado y llevado a cabo una evaluación sistemática durante todo el proceso con el fin de validar el modelo de atención implementado a través de una valoración integral pre-post sobre la existencia de cambios respecto a la línea base (escalas estandarizadas, herramientas ad hoc y otros registros). Durante el proceso se han recogido opiniones e incidencias sobre el desarrollo del programa y las relaciones comunitarias establecidas. Asimismo, se han creado cuestionarios ad hoc de satisfacción general con el programa para conocer la percepción de las personas beneficiarias respecto al mismo, que han sido aplicados por una socióloga ajena a la Fundación (Universidad Carlos III).

Los indicadores utilizados han sido:

Pre-pos: (valoración integral)

- Dimensión funcional (AVDs. Capacidad vs ejecución-herramienta ad hoc)
- Dimensión de salud (Datos de salud-registro; Alteraciones de conducta-registro; Caídas-registro; Consumo de servicios sanitarios y medicamentos-registro; salud percibida-herramienta ad hoc)
- Dimensión cognitiva (Deterioro cognitivo-MEC. Lobo)
- Dimensión emocional (Depresión-CES-D20; Soledad-UCLA. Russell, 1996; estado emocional percibido-herramienta ad hoc)
- Calidad de vida-CASP-12, adaptación GENCAT, QUALID;
- Dimensión social (Apoyos y recursos sociales-adaptación de OARS. Duke University Center 1978; Consumo y satisfacción de servicios sociales-registro; Ocio y tiempo libre-herramienta ad hoc)
- Cuidados AICP (Herramienta ad hoc)
- Sobrecarga de cuidados familiares (Zarit)
- Agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal frente al cuidado profesional (Maslach Burn-out Inventory)
- Accesibilidad entorno y vivienda (Herramienta ad hoc)



Además de esta evaluación, en todos los casos se ha elaborado la historia de vida de la persona con necesidad de apoyos, aplicando los instrumentos de atención personalizada que se han considerado adecuados a cada caso.

Evaluación de proceso:

- Diario de desarrollo del programa (descripción de procesos y registro de incidencias)
- Número de entidades participantes (registro)
- Relaciones establecidas entre los agentes y organizaciones del distrito (registro)
- Coordinaciones implementadas (registro y descripción de las mismas)
- Actividades organizadas en colaboración

Cuestionario ad hoc de satisfacción:

- Satisfacción general con el programa
- Satisfacción con la metodología: gestión de casos (información, asesoramiento y apoyo percibido)
- Dimensiones y criterios del Modelo de atención (Integralidad y personalización percibida; Satisfacción con los cuidados prestados: autonomía e independencia; Realización de actividades gratificantes; Inclusión social y participación: percepción sobre el conocimiento y/o acceso a los servicios y recursos de la comunidad; Accesibilidad e independencia: percepción sobre el conocimiento y utilización de ayudas técnicas y productos de apoyo)

### **Principales resultados obtenidos en la Evaluación Pre-pos**

Se han evidenciado mejoras en las dimensiones emocionales, soledad y calidad de vida de las personas con necesidad de apoyos, a través de varios indicadores. La media obtenida en el CES-D20 que mide la situación emocional pasó de 24,4 a 19,9. Con objeto de evaluar el aislamiento social percibido se utilizó la escala de soledad de UCLA (Russell, 1996) que evalúa la soledad por medio de la frecuencia de la experimentación de sentimientos medidos por 6 ítems. La puntuación media que mostraron las personas usuarias en el pre fue de 10 mientras que la que resultó tras la intervención fue 8,7.

Asimismo, se han evidenciado mejoras en aspectos relacionados con el cuidado que prestan las personas cuidadoras principales, sean éstas familiares o no. Respecto a la sobrecarga de cuidados, se ha obtenido una mejora en la sobrecarga. El peso porcentual de personas que se declaraban muy satisfechas con los cuidados que procuran a su familiar ha pasado de representar un 8,3% a un 33,3%.

### **Respecto al desarrollo del programa (intervención comunitaria)**

Respecto a las relaciones establecidas con los diferentes agentes del distrito. Se han establecido las siguientes relaciones (ámbito público y privado):

- Contacto con las entidades y recursos del distrito (diagnóstico comunitario) con el fin

de presentar del proyecto, recibir apoyo al mismo, y para la captación/derivación de personas beneficiarias del programa.

- Intercambio de información sobre actividades propias de las distintas entidades y recursos
- Organización de actividades conjuntas: formación de auxiliares, supervisión de casos
- Coordinación sobre casos atendidos compartidos, consensuando líneas de intervención, evitando así solapamientos y despilfarro de recursos.
- En función de las necesidades, deseos y preferencias de las personas, hemos establecido relación con otras entidades para realizar consultas y poder ofrecer información y asesoramiento a las familias.

### **Principales resultados obtenidos con los Cuestionarios de Satisfacción**

En relación con la satisfacción percibida por las personas con necesidades de apoyo:

- Un 70,5% afirma que el programa ha contribuido a aumentar su bienestar.
- El 93% ha manifestado querer continuar con el programa.
- Un 86,6% de las personas se lo recomendarían a otras personas o familias.
- El 92% considera bueno que la mayor parte de la atención se produzca en el domicilio de manera integrada.

En relación con la satisfacción percibida por las personas cuidadoras:

- Un 92,9% de personas cuidadoras afirman estar muy o bastante satisfechas con el programa.
- Un 78,6% afirma que el programa ha contribuido a aumentar mucho o bastante su bienestar y que se han tenido en cuenta sus preferencias.
- Un 69,2% considera que el programa ha contribuido mucho o bastante a aumentar el bienestar de la persona a la que cuidan..

## **Financiación**

Este proyecto se ha financiado con la colaboración de la Obra Social de la Caixa, que ha sufragado el 75% del coste: 35.620 euros. (Subvencionando las partidas presupuestarias relativas a honorarios profesionales, promoción y publicidad, formación y equipamiento). El coste total del proyecto, incluyendo también las partidas presupuestarias de mantenimiento y gestión de la Fundación, ha sido de 47.510 euros.

## *Criterios destacados*

### CRITERIO DE PERTINENCIA

#### **Principio de Autonomía**

Uno de los aspectos del programa donde más hincapié se ha hecho ha sido el de concienciar a las personas en situación de dependencia, y sus familias, sobre la importancia de seguir tomando decisiones y de este modo tener el control de la vida propia, y conocer y respetar las decisiones de quienes han perdido la capacidad de hacerlo, pero no el derecho, para el bienestar, y para procurar una atención y un cuidado que dignifique a la persona, requiera los apoyos que requiera.

#### **Principio de Participación**

Asimismo, en todo momento se ha hecho partícipe a la persona en situación de dependencia, del diseño y seguimiento de los planes de atención y proyecto de vida, dialogando y consensuando previamente cada acción a seguir.

### CRITERIO DE INNOVACIÓN

La aplicación del Modelo AICP exige romper el modelo clásico de atención, generador de dependencia frente a los y las profesionales para establecer relaciones de acompañamiento horizontales y empoderadoras.

### CRITERIO DE DISEÑO O RESULTADOS DE EVALUACIÓN

(Desarrollado en el apartado de evaluación y resultados).

## *Enlaces y Anexos*

Enlaces y noticias:

- [Espacio dedicado al programa “Cuidamos Contigo” en la web de Fundación Pilares](#)

- [Visita a la Fundación de la Concejala de Chamberí, Isabel Cubells](#)
- [Firma pública de un convenio con la Delegada de Familia, Servicios Sociales y Participación Ciudadana, M<sup>a</sup> Dolores Navarro](#)
- Experiencia seleccionada para su presentación de resultados en Las Jornadas: Madrid, ciudades amigables con las Personas Mayores 2016 ([Programa de las jornadas](#))

Anexos:

- [Folleto del programa](#)