



Consulta la buena práctica 

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19

de





**RED DE BUENAS
PRÁCTICAS**
RELACIONADAS CON EL MODELO AICP

ÍNDICE

Resumen

Justificación

Objetivos

Temporalización

Hitos

Recursos

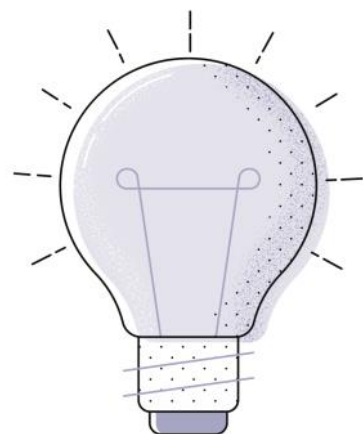
Financiación

**Alineación con los Objetivos del
Desarrollo Sostenible (ODS)**

Criterios de pertinencia

Intervención para personas mayores institucionalizadas durante el

CONFINAMIENTO



RESUMEN

Desde una perspectiva de la atención centrada en la persona y sin perder de vista los derechos de las personas mayores, se plantea una intervención multidisciplinar en personas mayores confinadas en una residencia durante la pandemia por COVID 19 complementaria a la atención sanitaria que la situación impone.

Consideramos que una intervención multidisciplinar disminuirá los sentimientos de soledad y aislamiento de las personas mayores, evitando así el deterioro en otros aspectos como la movilidad, la cognición o la calidad de vida.

ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Personalización, integralidad y coordinación: *experiencias aplicadas de atención o de intervención que favorezcan la autonomía personal, la independencia funcional, el bienestar y la participación de las personas que tienen necesidad de apoyos.*

Desarrollo organizativo y profesional: *Innovaciones organizativas, metodológicas o normativas que medien o favorezcan la aplicación del modelo, a través de cambios normativos, instrumentos de evaluación, adaptaciones en los sistemas de organización y gestión de los centros y recursos, coordinación sociosanitaria, metodologías e instrumentos de atención personalizada, adaptación de perfiles profesionales y formas de actuación.*

Generación de conocimiento: *iniciativas dirigidas a la investigación, evaluación, publicaciones, entornos académicos que favorezcan la generación de conocimiento y visibilicen los avances en nuevos modelos de atención y/o cuidados.*

COVID-19: *se refiere a aquellas iniciativas que hayan nacido o se hayan tenido que ajustar específicamente en el marco de la pandemia.*

PERSONAS BENEFICIARIAS

Personas mayores institucionalizadas y confinadas por la pandemia en la residencia Sagrado Corazón de Jesús y que acepten participar.

TIPO DE ACTIVIDAD

Centro Residencial

ÁMBITO TERRITORIAL

Autonómico, Estatal, Internacional (América Latina)

DESCRIPCIÓN DETALLADA

Se llevó a cabo una intervención multidisciplinar dirigida a los usuarios de la Residencia Sagrado Corazón de Jesús, Residencia para Personas Mayores de la Excma. Diputación de Cuenca, España, entre los meses de abril a junio de 2020.

La residencia tuvo 130 residentes de media en ese periodo, de los cuales el 90% presentaba algún grado de deterioro cognitivo. Estos se distribuyen en dos pabellones de seis y cinco plantas respectivamente comunicados entre sí y donde se ubican las personas residentes por plantas acorde a su nivel de dependencia y patología.

Con motivo de las medidas de confinamiento establecidas por el Gobierno de España, especialmente las dirigidas a los centros para personas mayores de todo el país, todos los residentes permanecieron confinados en sus habitaciones recibiendo la atención que precisaban en la misma pudiendo solo transitar por la planta correspondiente a su habitación sin poder hacer uso de las zonas comunes, ni por supuesto salir a la calle ni recibir visitas.

Las habitaciones son, el 60% dobles y el resto individuales disponiendo de televisión, nevera y otros electrodomésticos que cada uno libremente considera además de, por supuesto, sus pertenencias y objetos más personales.

El centro, para poder atender en esta situación a los residentes, dispuso de una amplia plantilla de personal entre la que se contaba con 66 gerocultores y/o Auxiliares de geriatría, que son quienes proporcionaban los cuidados de atención directa a los residentes supervisados por el personal de enfermería (14). Así mismo, se contaba con 2 médicos, 1 trabajadora social y 1 fisioterapeuta, más todo el personal dedicado a atenciones domésticas como reparto de comidas, lavandería, cocina o recepción. Pero se observó que, a pesar de esta extensa plantilla, se estaban dejando sin atender aspectos fundamentales de las personas más allá de las actividades básicas y sanitarias.

Por ello, y ante lo extraordinario de la situación, se contrató a un equipo multidisciplinar formado por dos neuropsicólogas, una terapeuta Ocupacional, una trabajadora social y una fisioterapeuta (equipo técnico de la Asociación Parkinson Cuenca) para llevar a cabo un programa de intervención específico al que se invitó a todos aquellos residentes que quisieran a participar.

Se planteó la recogida de datos antes y después de la intervención para valorar el alcance de la misma.

Todos los residentes del centro fueron informados individualmente de la intervención y sus objetivos. Para aquellos cuyo deterioro cognitivo no lo permitía se estableció contacto con sus tutores legales o familiares de referencia a quienes se informó del trabajo que íbamos a realizar.

Se realizó una intervención multidisciplinar con profesionales de varias áreas: neuropsicología, terapia ocupacional, trabajo social, fisioterapia y enfermería. Para llevar a cabo el estudio, se realizaron diferentes grupos (de 3 a 8 participantes) en función de las plantas en las que residen los usuarios, además de la atención individual a aquellas personas que por diversas razones (movilidad, enfermedades respiratorias y otras de riesgo) no podían salir de su habitación. La frecuencia de las intervenciones era de 2 veces por semana atención individual y diaria para los grupos, con una hora de duración en los grupos y 20 minutos, aproximadamente, en las sesiones individuales. En el caso de los grupos, teniendo en cuenta las medidas de seguridad, los participantes acudían con mascarilla y se sentaban a un metro y medio de distancia los unos de los otros. Por otra parte, el material utilizado se desechaba o se desinfectaba una vez acabadas las actividades. Del mismo modo, las profesionales, cumplían con todas las medidas de protección necesarias, utilizaban un equipo de protección individual, el cual renovaban al cambiar de planta y mantenían, del mismo modo, la distancia de seguridad con los residentes.

DESCRIPCIÓN DETALLADA

El hecho de llevar los EPIS uniforma a todos los trabajadores dificultando su reconocimiento por parte de los residentes por lo que procedimos a poner fotos de tamaño folio con las imágenes y nombres de cada una de las profesionales intervinientes en el programa de forma que los participantes pudiesen identificarlas y asociarlas a su aspecto, permitiendo esto también darle un carácter más personalizado a la intervención.

Para más detalle consultar cuadro 1 con la programación por áreas de intervención.

JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA

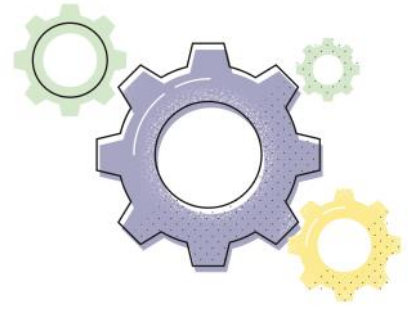
En general, en los grandes centros de atención tradicional, conocer y tratar de una forma personalizada a quienes allí viven podía percibirse como una utopía inalcanzable. La medida obligada de confinamiento, y aislamiento en muchos casos, dentro de las residencias nos ha obligado a cambiar la forma de atender a las personas residentes, pero no podemos olvidar que una cosa es que las personas que allí vivan reciban la atención sanitaria que precisen y otra que las residencias acaben siendo hospitales. No podemos olvidar que habitualmente nuestro deseo es vivir "como en casa" cuando no es posible vivir en nuestro propio hogar. Incluso durante la pandemia.

Por otro lado, el confinamiento está agravando situaciones de aislamiento social y soledad consideradas ya previamente como un problema de salud pública en aumento, debido, por un lado, a la cada vez mayor proporción de personas mayores en nuestra sociedad y, por otro lado, los efectos negativos que el aislamiento social tiene sobre su salud, física y mental, y su bienestar. Efectos que encontramos también en las personas mayores institucionalizadas.

Con el doble objetivo de, por un lado, de reforzar la implementación de un modelo de atención personalizada y, por otro, de paliar las consecuencias de la medida obligada de confinamiento en instituciones para personas mayores, llevamos a cabo un programa de atención individualizada mediante una intervención multidisciplinar.

COVID-19

Se trata de la intervención que venimos describiendo. Ver cuadro 1.



OBJETIVOS

La hipótesis de partida era que la aplicación de un programa de intervención multidisciplinar disminuiría los sentimientos de soledad y aislamiento de las personas mayores confinadas en una residencia y evitaría el deterioro en otros aspectos como la movilidad, la cognición o la calidad de vida durante el periodo de confinamiento y separación de sus seres queridos, por tanto, **el objetivo general era paliar las consecuencias del confinamiento en las personas residentes en la Residencia Sagrado Corazón de Jesús de Cuenca(Diputación Provincial).**

Como objetivos específicos nos planteamos:

1. Disminución de los sentimientos de aislamiento y soledad
2. Reducir o paliar los niveles de ansiedad
3. Mantenimiento/mejora de la situación funcional de la persona residente
4. Mantener/mejorar el funcionamiento cognitivo
5. Mantenimiento de la calidad de vida
6. Proporcionar información y trabajar sobre la situación ocasionada por el coronavirus
7. Facilitar las comunicaciones con sus seres queridos
8. Proporcionar espacios para el intercambio de opiniones, informaciones, desahogo, debate, etc.
9. Apoyo psicosocial individualizado y más inmediato por la gran demanda del mismo.
10. Fomentar un buen equilibrio ocupacional: autocuidado, ocio, productividad, participación social

Claves...



TEMPORALIZACIÓN

Fecha de Inicio: Julio 2019

HITOS

A destacar el inicio de la intervención ya que tras días de confinamiento los residentes recibieron la iniciativa con auténtica emoción, incluso residentes poco participativos habitualmente se sumaron a la propuesta.

Otro momento importante fue cuando pudimos empezar a realizar las actividades en el patio de la residencia, salir a la calle, aunque fuese una salida tan restringida, fue otro hito.

RECURSOS

- Recursos humanos: NeuroPsicólogas, terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, trabajadora Social, Logopeda y enfermeras/os.
- Recursos materiales: TIC,s, material de motricidad, material de rehabilitación, material de estimulación cognitiva, material para escribir, dibujar, pintar, escuchar música, etc. Más información en cuadro 1.

FINANCIACIÓN

Recursos propios. Otros

ALIENACIÓN CON ODS

Acabar con la pobreza		Reducción de las desigualdades	
Hambre cero		Ciudades y comunidades sostenibles	
Salud y bienestar	✓	Producción y consumo responsables	
Educación de calidad		Acción por el clima	
Igualdad de género		Vida submarina	
Agua limpia y saneamiento		Vida de ecosistemas terrestres	
Energía asequible y no contaminante		Paz, justicia e instituciones solidarias	
Trabajo decente y crecimiento económico		Alianzas para lograr los objetivos	
Industria, innovación e infraestructura		No procede / No aplica	

Coherencia con los

PRINCIPIOS DEL MAICP



Principio de Autonomía

Se promueve la capacidad de autogobierno de las personas y su derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su plan de vida, así como a que sus preferencias sean atendidas, también cuando presentan situaciones de gran dependencia, pudiendo hacer elecciones entre diferentes alternativas.

En relación a la intervención que nos ocupa consideramos que el principio de autonomía lo que pretende es que el residente tenga la posibilidad de decidir hasta el último momento todo lo que considere en su proceso de tratamiento y/o residencial así como en su proyecto de vida, en este sentido nuestra iniciativa iba dirigida a potenciar estos aspectos: desde darles a elegir su posible participación, hasta como adecuar las distintas actividades a sus propuestas, apetencias, etc. Respetando siempre sus decisiones y recogiendo sus propuestas incluso para ámbitos más allá de los incluidos en el programa (por ejemplo en cuanto a los menús).

Principio de Individualidad

Se reconoce que cada persona es única y diferente del resto, por tanto, las actuaciones responden a criterios de personalización y flexibilidad.

Puesto que la intervención tuvo que llevarse a cabo de manera individualizada por la situación, cada residente pudo proponer y expresar cuáles eran sus intereses, sus miedos, sus gustos, lo que facilitaba la adaptación las actividades a cada persona.

Principio de Independencia

Se reconoce que todas las personas poseen capacidades que deben ser identificadas, reconocidas y estimuladas con el fin de que, apoyándonos en ellas, se puedan prevenir o minimizar las situaciones de discapacidad o de dependencia.

En este sentido se trabajó desde el área de fisioterapia, terapia ocupacional y enfermería para mantener las capacidades de los residentes que afectan a su independencia y que la situación de confinamiento no afectara a este aspecto tan importante para el mantenimiento del sentimiento de autoestima en las personas residentes. De hecho uno de los objetivos era trabajar para mejorar las actividades de la vida diaria para que la inmovilidad e inapetencia que pudiera ocasionar la situación de confinamiento y el estrés y preocupaciones asociados a la situación creada por la pandemia no repercutiese en un deterioro de la independencia.

Coherencia con los

PRINCIPIOS DEL MAICP



Principio de Integralidad

Se contempla a la persona como un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales entendidos como una globalidad a la hora de actuar con las personas. Para garantizar la actuación óptima en todos estos ámbitos, el conjunto de recursos socio-sanitarios y de otros sectores deben planificarse, diseñarse y organizarse, no con el eje puesto en los servicios, sino girando alrededor de las personas para que la atención y los apoyos lleguen de manera integrada a quienes los precisan.

Aunque de manera un poco precipitada dada la necesidad de iniciar la intervención por las consecuencias del confinamiento, que ya empezaban a ser visibles (pérdida de apetito, expresión de sentimientos de miedo, inmovilidad...) se hizo una valoración integral por parte de todos los profesionales intervinientes de las distintas áreas, que, conjuntamente con el residente, sirvió para determinar y conducir las actividades.

Principio de Participación

Se reconoce que las personas tienen derecho a participar en la elaboración de sus planes de atención y de apoyo a su proyecto de vida. Y también a disfrutar en su comunidad, de interacciones sociales suficientes y gratificantes y acceder al pleno desarrollo de una vida personal y social plena y libremente elegida.

La situación de pandemia ha sido difícil, no sólo por la posibilidad de enfermar, sino porque ha sido necesario adoptar medidas que, en la población en general ya eran restrictivas, pero en la población particular de una residencia lo eran igual o más si cabe. Esto quiere decir que las posibilidades de participación y/o socialización se han visto drásticamente reducidas por la necesidad de acatar estrictamente las instrucciones para disminuir el número de contagios y evitar colapsos en la sanidad. Esto se ha traducido en situaciones especialmente dramáticas para las residencias de mayores como todos sabemos.

Dada la situación en cuanto al principio de participación nuestras posibilidades estaban limitadas. Con el pequeño margen que la situación ofrecía optamos por potenciar y facilitar los contactos personales de los residentes con sus familiares y/o amigos mediante video llamadas o videos con una frecuencia superior a uno a la semana, así como hacerles llegar todas aquellas cosas o bienes que antes les eran proporcionados por sus familiares o bien ellos se compraban.

Además se abrió una página de Facebook para la residencia para contar con un canal de participación a través de las redes sociales.

Por otra parte, al no disponer de los espacios comunes y no estar permitido circular por la residencia ni salir a la calle se aprovechó para potenciar la convivencia en pequeños grupos, consiguiendo crear un ambiente más familiar en cada una de las plantas ((nunca más de 8 personas). Así pues, la arquitectura del edificio que hasta hacía unos meses parecía tan obsoleta e incompatible con la vida "como en casa", nos permitió establecer pequeñas unidades de convivencia: servicio de comidas en las habitaciones, sala de estar para grupos muy reducidos, galería con vistas exteriores para pequeños paseos y apoyo permanente del personal en cada unidad. Esto permitió la sociabilidad y participación en la vida de cada grupo de convivencia.

Coherencia con los

PRINCIPIOS DEL MAICP



Principio de Inclusión Social

Se reconoce que las personas deben tener la posibilidad de permanecer y participar en su entorno, disfrutar de interacciones positivas y variadas y tener acceso y posibilidad de acceder y gozar de los bienes sociales y culturales.

El objetivo final de la Cátedra Contra el Estigma UCM-Grupo 5 es el de generar sociedades más inclusivas que favorezcan el pleno derecho de toda la ciudadanía. Para lograrlo surgen todos los objetivos y acciones específicas que responden a crear espacios donde las personas cambiemos nuestra mirada hacia las personas en situación de vulnerabilidad social que se encuentran estigmatizadas.

Principio de Continuidad de Atención

Se reconoce que las personas deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada, coordinada y adaptada permanentemente a las circunstancias de su proceso.

El decreto del estado de alarma supuso un corte radical en el funcionamiento de los centros, actividades y programas, visitas y salidas, todo queda parado. Se cierran los espacios comunes y cada persona permanece en su habitación. Todo esto supone un cambio brusco en la atención.

Con la intervención pretendemos retomar la actividad con los residentes más allá de los aspectos puramente médicos y, puesto que la situación obliga, iniciar una nueva manera de atender de manera integral pero con las nuevas condiciones, así pues, podemos hablar de continuidad de la atención pero bajo unas condiciones diferentes, esto es, las actividades que antes se trabajaban con grupos ahora se hacen de manera individual o con grupos muy reducidos y con las medidas preventivas o, antes se utilizaban grandes espacios comunes y ahora se utilizan las salas de cada planta para las personas que allí conviven, pero no solo hemos mantenido algunos servicios que ya prestábamos (fisioterapia, terapia ocupacional) sino que, además los hemos reforzado e innovado en cuanto a metodología.

Criterio de Innovación

Desde la experiencia se plantean cambios con respecto a los modelos tradicionales de atención o se cuestionan los enfoques clásicos relacionados con la imagen de las personas o con el modo de desarrollar intervenciones o actuaciones.

El criterio de innovación ha sido traer a un equipo externo, con técnicas nuevas, tratamiento de las TIC,s y uso de ellas para mejorar la estimulación cognitiva y la comunicación activa con las familias, y todo ello durante el periodo de confinamiento.

Coherencia con los

CRITERIOS COMPLEMENTARIOS



Criterio de Transferibilidad

La experiencia contiene elementos y características que facilitan su generalización, replicabilidad o adaptación.

La experiencia es perfectamente replicable. Para darla a conocer, para valorar los resultados y, por supuesto, para que se pueda replicar se optó por medir diversas variables antes y después y confeccionar un documento de investigación con el fin de hacer públicos los resultados.

La situación de pandemia ha sido muy excepcional y, por supuesto, todos confiamos en que no se repita, al menos con esa crudeza, no obstante esta experiencia va más allá de este contexto ya que es replicable en otros contextos quizá menos trágicos pero que conllevan problemáticas como las que venimos exponiendo (soledad, disminución de las relaciones sociales, aislamientos individualizados de personas por otras causas patológicas más allá del Covid, etc)

Criterio de Trabajo en Red

Para el desarrollo de la experiencia se han establecido relaciones y acciones conjuntas con distintas entidades y agentes de la comunidad.

Ha habido un trabajo en red interesante porque hemos trabajado tanto el equipo técnico de la residencia, el equipo de Parkinson Cuenca junto con los profesionales sociosanitarios de la misma, y las familias donde ha existido una relación indirecta con medidas técnicas mediante TIC,S que han facilitado el trabajo en equipo y con las familias, para mejorar la calidad de vida de estas.

Criterio de Perspectiva de Género

La iniciativa considera de forma transversal y sistemática las diferentes situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, incorpora objetivos y actuaciones específicas de género, o contempla su impacto por género (personas destinatarias y profesionales).

Sabemos que la experiencia de envejecer es diferente para hombres y mujeres. Una buena parte de esas diferencias tienen un origen biológico, pero también el **contexto sociocultural** incide especialmente en esta **desigualdad de género asociada al proceso de envejecimiento**. Es tarea de todos los profesionales que trabajamos en el ámbito de las personas mayores ir cambiando la visión actual a este respecto y articular proyectos que nos hagan **avanzar en nuevos modelos de intervenciones con perspectiva de género**, que promuevan los valores igualitarios y reconozcan el importante papel de las mujeres mayores en la sociedad, y en este sentido es fundamental la prevención, la investigación, etc.

¿Todo esto, qué traducción tiene en el trabajo que estamos presentando? La intervención tiene en cuenta esta perspectiva cuidando aspectos como el lenguaje (utilizando expresiones no sexistas o no permitiendo expresiones o comentarios despectivos o tópicos sobre las mujeres), el material a utilizar no reproduce cuestiones sexistas tradicionales y se presta atención a no potenciar actitudes o gestos que expresen discriminación por

Coherencia con los

CRITERIOS COMPLEMENTARIOS



Criterio de Evaluación y Resultados

¿Cómo ha evaluado los resultados de su experiencia?

Los resultados han sido evaluados antes y después de la intervención (pre-test, post-test) para valorar la soledad, vulnerabilidad, apoyo social, ansiedad y depresión, deterioro cognitivo, ABVD, y movilidad.

Esta evaluación permite conocer si, efectivamente tal y como parecía, había aspectos que no se habían contemplado en la atención a los mayores institucionalizados y que los colocaba en una situación de vulnerabilidad social.

Puesto que era necesario realizar una evaluación de cada residente se optó por seleccionar una serie de escalas que además de ser de fácil aplicación y breves nos permitieran comparar los resultados y valorar qué aspectos habíamos logrado alcanzar de los objetivos propuestos. Además era necesario llevar a cabo esta evaluación porque es importante conocer cuál ha sido el resultado de toda la inversión y esfuerzo realizados (tanto en recursos humanos como técnicos y económicos)

Las escalas aplicadas han sido: Cuestionario Duke de Apoyo Social, escala de Berg, WHOQOL-AGE, Escala de depresión y ansiedad de Goldberg, Escala de soledad de UCLA, Índice de Barthel y Mini-examen cognoscitivo de Lobo.

¿Qué resultados se han obtenido?

Estamos elaborando aún los resultados obtenidos fruto de las valoraciones cuantitativas. Más allá de estos datos, hemos encontrado otros resultados no esperados que valoramos muy positivamente:

- Se ha potenciado la convivencia en pequeñas unidades de residentes que han estrechado relaciones entre ellos, lo que ha potenciado su sociabilidad.
- Residentes que hacían su vida completamente fuera del centro se han incorporado a la rutina actual participando activa y animosamente en las actividades
- Los trabajadores han apoyado la intervención facilitando mucho el trabajo realizado
- Los trabajadores (especialmente gerocultores y/o auxiliares geriátricos) han expresado actitudes y situaciones que han visto cambiar desde el inicio de la intervención: los residentes comen mejor desde que están haciendo las actividades, están más habladores y animados, nos hablan continuamente de las actividades...
- Como ejemplo de este cambio de actitud en los residentes, está el caso de un residente que su familia quería llevarse de la residencia por la preocupación que tenían y él, muy sereno y responsable les dijo que no se marchaba que se lo estaba pasando muy bien y tenía lo que necesitaba. Se han introducido nuevas técnicas de trabajo y comunicación con familiares y trabajadores (Facebook, tablets)

Con respecto al COVID-19 ¿qué resultados se han obtenido con la puesta en práctica de la experiencia en relación a la pandemia?

El objetivo general de la intervención era paliar los efectos secundarios derivados del confinamiento establecido para reducir la pandemia. A este respecto y de manera general podemos decir que, a falta de la información que arrojen los datos cuantitativos recogidos, el resultado ha sido positivo según nos expresan los participantes y resto de trabajadores de la residencia.

Aunque no se ha llevado a cabo una evaluación cualitativa, si hemos recogido las opiniones y comentarios tanto de residentes como de trabajadores del centro respecto al trabajo realizado. (Ver apartado anterior)

¿Qué es la

RED DE BUENAS PRÁCTICAS

RELACIONADAS CON LA AICP?

La **Red de Buenas Prácticas relacionadas con el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona** es un proyecto promovido y gestionado por la Fundación Pilares para la Autonomía Personal mediante el que pretendemos recopilar, sistematizar y divulgar buenas prácticas en coherencia con el modelo AICP.

Con esta Red, que pusimos en marcha en 2012, se pretende poner en valor el trabajo de muchas entidades que desarrollan experiencias que constituyen buenas prácticas y así, favorecer el **aprendizaje, intercambio y cooperación** entre organizaciones, proveedores de servicios públicos y privados, profesionales e investigadores, con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de vida de personas en situación de dependencia y al avance del modelo.

En su **catálogo** se muestran **167 experiencias** que pueden transferirse a otros lugares. En el sitio de la Red existe también un repositorio de **“Materiales útiles”** puestos a disposición en el que pueden descargarse **401 documentos y publicaciones**.

Es una Red abierta a la que pueden sumarse entidades y/o profesionales del sector del envejecimiento y la discapacidad en alguna de estas dos modalidades:

- Miembros de la RED: proyectos considerados Buena Práctica.
- Amigas y amigos de la RED: personas interesadas en conocer más sobre el modelo AICP.

Se han adherido ya más de 900 profesionales y entidades

Cuenta con el apoyo económico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la subvención con cargo al 0,7 del IRPF.

* Consulta nuestra Red de Buenas Prácticas en www.fundacionpilares.org/modeloyambiente



La Fundación Pilares para la autonomía personal es una entidad sin ánimo de lucro, de ámbito estatal, que tiene como objetivo **el bienestar, la dignidad y la autonomía de las personas mayores o en situación de dependencia, así como sus familias.**

