

Modelo de atención y gestión de los servicios para la autonomía de las personas



Instituto Aragonés de Servicios Sociales

MODELO DE ATENCIÓN
Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS PARA
LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS
JULIO 2019



MARCO Y MODELO DE ATENCIÓN

Documento elaborado en febrero de 2019

Revisión participativa mayo y junio de 2019

Documento definitivo 30 de julio de 2019

Sección de Coordinación de las Prestaciones y Programas para Personas Mayores

Instituto Aragonés de Servicios Sociales

EQUIPO DE DISEÑO DEL MODELO DE ATENCIÓN Y GESTIÓN

Coordinadoras

Beatriz Pérez Gracia (Trabajadora Social)

Ana Sánchez Fumanal (Jefa de Sección de Coordinación de las Prestaciones y Programas para Personas Mayores)

Colaboradoras

María Cristina González Galán, Jefa de Sección de Centros y Ayudas Económicas de la Dirección Provincial de Teruel

María Mar Puivecino Felices, Jefa de Sección de Centros y Ayudas Económicas de la Dirección Provincial de Huesca

Carmen Villa Chamarro, Jefa de Sección de Centros y Acción Concertada de la Dirección Provincial de Zaragoza

Blanca Alonso Hernando (Gerente de la UTE EDUCATE-ASERHCO)

Patricia Ruberte Navarro (Coordinadora de la UTE EDUCATE-ASERHCO)

Supervisión

Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales

Servicio de Gestión de la Red de Centros y Servicios (IASS)

Personal de los servicios PAP que han participado en la revisión de documentos. Equipos mixtos formados por personal del IASS y personal de la UTE EDUCATE-ASERHCO.

Servicios PAP provincia de Huesca

Ayuda Barluenga, M.^ª Teresa. Directora, Huesca

Benabarre Liesa, Eva M.^ª. Directora, Monzón

Bernad Garcés, Eva. Trabajadora social, Barbastro y Sabiñánigo

Cacho Gros, Isabel. Fisioterapeuta, Fraga

Cascarosa Pineda, Susana. Directora, Jaca

Cavero Buera M.^ª Pilar. Directora, Barbastro

Espada Cabrero, David. Fisioterapeuta, Binéfar

Ferraz Añaños, Jorge. Trabajador social, Jaca

Fortea Bagan, Sergio. Fisioterapeuta, Huesca

Garasa Martín, Ana Isabel. Terapeuta ocupacional, Jaca y Sabiñánigo

Lacasta Palacín, M.^ª Pilar. Directora, Sabiñánigo

Luesma Segarra, Nuria. Terapeuta ocupacional, Fraga

Martín Fuertes, Elia. Terapeuta ocupacional, Huesca y Ejea

Martín Périz, Vanessa. Fisioterapeuta, Jaca y Sabiñánigo

Murillo Capdevila, M.^ª Jesús. Médico, Barbastro, Binéfar y Monzón

Ocio y Vida Somontano. Terapeuta ocupacional, Barbastro, Binéfar y Monzón

Pérez Mora, Patricia. Trabajadora social, Huesca

Ravnich Milavec, Sara. Fisioterapeuta, Jaca y Sabiñánigo

Rodríguez Jover, Aranzazu. Trabajadora social, Fraga

Stagg Lemus, Lidia. Fisioterapeuta, Barbastro y Monzón

Tomás Calero, Gloria. Trabajadora social, Monzón

Urzola Castro, Teresa. Directora, Fraga

Yus Luño, Gloria. Trabajadora social, Sabiñánigo

Servicios PAP provincia de Teruel

Antolín Andreu, Pedro Ángel. Trabajador social, Teruel
Coral Caviades, Verónica. Terapeuta ocupacional, Alcañiz y Andorra
Garcés Teira, Meritxell. Directora, Andorra
Jiménez Martínez, Sara. Trabajadora social, Teruel
Martín García, Pilar. Fisioterapeuta, Andorra
Mayayo Sancho, María. Terapeuta ocupacional, Teruel
Membrado Lope, Óscar. Fisioterapeuta, Alcañiz
Mir Llombart, Carmen Pilar. Trabajadora social, Alcañiz
Monterde Polo, Pilar. Directora, Teruel
Pedrosa Aznar, Sara. Fisioterapeuta, Andorra
Ripoll Hernández, Ángela. Fisioterapeuta, Teruel

Servicios PAP provincia de Zaragoza

Almenar Arasanz, Alejandro. Fisioterapeuta, Calatayud
Álvarez Batista, Vanessa. Fisioterapeuta, Las Fuentes
Atance de Miguel, Susana. Trabajadora social, Valdefierro
Ávila Vicioso, Ana M.ª. Directora, Las Fuentes
Aznar Sánchez, Santiago. Director, Delicias
Baquedano Ruíz, M.ª Carmen. Terapeuta ocupacional, Las Fuentes y Valdefierro
Barcelona Álvarez, Susana. Terapeuta ocupacional, San Blas
Bernal Lajusticia, Concepción. Directora, Calatayud
Caamaño Ballestín, Pilar María. Trabajadora social, San Blas
Campo García, Beatriz. Enfermera, Balsas E. V. y Delicias
Caulea, Nicoleta. Fisioterapeuta, Balsas E. V. y Valdefierro
Ciruelos Castellot, Mara. Fisioterapeuta y terapeuta ocupacional, Borja y Tarazona
De Miguel Laborda, Herminia. Directora, Borja
Delgado Camacho, Purificación. Directora, San Blas
Díaz Neira, Jeniffer. Terapeuta ocupacional, Delicias
Domínguez Escusol, Susana. Fisioterapeuta, Las Fuentes
Espes Franca, Elena. Directora, Ejea
Fernández Cortés, Elena. Directora, Picarral
Fustero Fustero, Ángel. Enfermero, Las Fuentes
García Carrey, Ana María. Trabajadora social, Calatayud
García Vela, Amparo. Trabajadora social, Tarazona
Gisbert Bordetas, Alicia. Fisioterapeuta, Delicias
Gómez Amores, Marta. Trabajadora social, Ejea
Gracia Merle, Ana M.ª. Directora, Valdefierro
Herranz Marco, María. Terapeuta ocupacional, Varios centros
Jiménez Calvo, Leticia. Trabajadora social, Balsas E. V.
Jorcano Bello, Rosario Lourdes. Directora, Balsas E. V.
Lara Ruíz, Paula. Terapeuta ocupacional, Tarazona
Lucía Ondé, Alba. Terapeuta ocupacional, Picarral
Martín Hungría, David. Terapeuta ocupacional, Balsas E. V.
Martínez Martínez, David. Fisioterapeuta, Picarral
Melus García, Ana María. Terapeuta ocupacional, Calatayud
Muñoz, Torcal, María. Fisioterapeuta, Calatayud
Pallarés Lupon, Cristian. Terapeuta ocupacional, varios centros
Pérez Lapuente, Pilar. Directora, Tarazona
Remacha Fernández, María. Trabajadora social, Delicias
Saiz Ferrer, Alaitz. Fisioterapeuta, San Blas
Sola Guallar, Cristina. Trabajadora social, Las Fuentes
Sola Martínez, Cristina. Trabajadora social, San Blas
Stancu, Ioana. Trabajadora social, Picarral
Torrequebrada Cortezón, Amparo. Trabajadora social, Borja
Torres Marco, Carlos. Fisioterapeuta, Ejea
Villanueva Racaj, Silvia. Trabajadora social, Valdefierro, Borja y Tarazona

ÍNDICE

Presentación	11
Introducción	13
Fundamentación del modelo de atención	15
Conceptos relacionados con la diversidad de las personas: discapacidad, enfermedad mental, fragilidad y dependencia.....	15
Discapacidad.....	15
Fragilidad.....	17
Enfermedad Mental	19
Dependencia.....	21
Conceptos relacionados con la red social de las personas: familias cuidadoras y comunidad.....	23
Familias cuidadoras	23
Comunidad.....	25
Conceptos relacionados con las metodologías y niveles de intervención: grupo, atención socioterapéutica, prevención y promoción de la autonomía personal.	25
Grupo.....	25
Atención socioterapéutica.....	26
Prevención de la situación de dependencia.....	27

Promoción de la autonomía personal	27
Evolución de los modelos de atención	28
Atención a las personas con dependencia	28
La atención en el domicilio	30
Factores sociodemográficos	32
La población con discapacidad	32
La población con dependencia	34
La población mayor	34
Las personas cuidadoras	36
Marco normativo	39
Legislación internacional	39
Legislación nacional	40
Legislación nacional relativa a discapacidad	41
Legislación autonómica	42
Derechos y deberes de las personas usuarias	44
Derechos de las personas usuarias de los Servicios Sociales	44
Deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales	49
Marco administrativo	51
Programas de promoción de la autonomía personal y prevención de situaciones de dependencia	53
Programa de envejecimiento activo	54
Modelo conceptual. Modelo de atención deseado	59
La gestación de un cambio de paradigma	59
La atención centrada en la persona (ACP)	60
Influencia del enfoque en el contexto jurídico	61
Concepto de calidad de vida	62

El enfoque de la atención centrada en la persona	64
El mapa ideológico del modelo de atención centrada en la persona	64
Enfoque ACP en la gestión y organización de los servicios para la autonomía de las personas	66
Misión, visión, valores	69
Misión	69
Visión	69
Valores	70
Objetivos, principios de actuación	71
Objetivos	71
Con las personas.....	71
Con las personas cuidadoras	72
Con los profesionales.....	72
Con el Servicio	73
Principios y criterios de actuación	73
En la atención de las personas usuarias.....	73
En la atención a las familias	74
En la organización del servicio y del trabajo	75
Bibliografía	77

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Población con discapacidad por provincia según tramos de edad	32
Tabla 2. Distribución de la población con discapacidad según tramos de edad	33
Tabla 3. Población con discapacidad por provincia según tipo de discapacidad.....	33
Tabla 4. Dependencia: grados y niveles	34
Tabla 5. Personas mayores en Aragón.....	34
Tabla 6. Personas mayores en Aragón, distribución según tramos de edad y sexo	35
Tabla 7. Cuidadores principales según sexo y edad. 2008.....	36
Tabla 8. Patrones de cuidado informal. Quién cuida a quién. En porcentaje. 2014.....	36
Tabla 9. Dimensión 1: Prácticas centradas en la persona	66
Tabla 10. Dimensión 2: Entorno facilitador.....	67
Figura 1. Prevalencia de fragilidad en la población mayor en España, por sexo y tramos de edad	35

PRESENTACIÓN

La gestión del IASS en los últimos años ha impulsado la puesta en marcha de los servicios del Catálogo de Servicios Sociales que todavía no existían. Como consecuencia de este desarrollo nacen los Servicios para la Autonomía de las Personas.

Son servicios jóvenes que inician, desde su apertura en noviembre de 2016, un proceso de crecimiento y ajuste para proporcionar la adecuada respuesta a las necesidades de las personas a las que se destinan.

La prevención de las situaciones de dependencia, la promoción de la autonomía de las personas en los inicios del proceso de dependencia y el acompañamiento a las familias cuidadoras en este camino son la razón de ser de estos servicios sociales que ponen en el centro de su actuación a las personas, sus deseos, expectativas y sus proyectos vitales.

Los servicios nacen en el momento en que el IASS impulsa una nueva cultura organizativa basada en la calidad y la mejora continua. Los centros residenciales del IASS elaboran el primer Marco y Modelo de Atención, publicado en 2018. El modelo de atención centrado en la persona se desarrolla y se afianza en los servicios sociales públicos como hilo conductor de todos ellos. El modelo promueve la participación de todos los actores en el diseño y evolución de los servicios.

La aplicación de estos principios se plasma, en este caso, en la elaboración de un marco teórico de referencia común que encauce las actuaciones de todos los equipos técnicos, compartido y consensuado. Es el primer paso al que continuarán el diseño de procesos, el desarrollo de protocolos de actuación y la sistematización del trabajo. El desarrollo de esta cultura de revisión y calidad constante debe ser compatible con la participación de las personas usuarias de los servicios que guiarán, con sus preferencias y deseos, el mejor camino para alcanzar los objetivos para los que se han creado.

Por el trayecto realizado, agradecer el empeño puesto en la tarea a los equipos técnicos de los Servicios PAP que se han revelado implicados, dinámicos y entusiastas. Y apoyo para el camino que queda por andar.

JOAQUÍN SANTOS MARTÍ

Director Gerente del Instituto Aragonés de Servicios Sociales

INTRODUCCIÓN

La creación del Servicio de Promoción de la Autonomía Personal (PAP) en 2016 supuso un avance en la prestación de servicios desde la red de Hogares de Personas Mayores. Se dio un paso más en la oferta de atención a las personas mayores. Por otra parte, del cumplimiento de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y su desarrollo normativo se abre el Servicio PAP dirigido las personas valoradas con un Grado I por el Sistema de Atención a la Dependencia, en su mayoría son personas mayores.

En julio de 2018, el Servicio PAP se integra en un proyecto más amplio de atención: Servicios para la autonomía de las personas y atención socioterapéutica, recogidos en el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón, que mantienen el nombre genérico de Servicios PAP. Bajo esta denominación se integran los servicios de prevención de la dependencia, de promoción de la autonomía personal dirigidos a las personas en situación de dependencia con grados I o II y la formación y atención socioterapéutica para personas cuidadoras familiares. Pretenden atender de manera integral a las personas que transitan de la plena autonomía a la situación de dependencia en sus primeros estadios, así como a la familia que le apoya y cuida. Se dirigen fundamentalmente a personas mayores aunque no sólo, acogiendo también a personas en situación de dependencia con grado I y II a partir de 18 años.

Los Hogares ofrecen servicios y actividades para personas que participan desde la plena autonomía personal a través de programas de prevención de la dependencia como el Envejecimiento Activo entre otras actuaciones. Con la puesta en marcha de los servicios PAP, la persona mayor puede recibir también, en el mismo entorno conocido, servicios asistenciales a medida que sus necesidades de cuidado y atención van incrementándose fruto de su momento vital. Con un planteamiento de atención integral e

integrada de la situación de las personas a las que dirigimos los servicios se ofrecen así mismo, recursos dirigidos a las personas cuidadoras de sus familiares como la atención socioterapéutica del Programa CuidArte y la formación para adquirir habilidades y estrategias de cuidado que apoyen la atención en el domicilio.

Por el recorrido que llevan los servicios PAP sabemos que la población a la que nos dirigimos es heterogénea y presenta una importante complejidad sanitaria y social como afirma Gracia (2018). Según su estudio realizado en los servicios PAP de la provincia de Zaragoza conocemos que el rango de edades es amplio, entre los 43 y los 99 años, y que el perfil tipo del servicio es una mujer con una media de edad de 72 años. La población mayor presenta frecuentemente demencia y ACV, y la más joven presenta discapacidad intelectual, enfermedad mental y parálisis cerebral.

Se hace necesario unificar conceptos que nos permitan compartir la mirada a todos los profesionales que trabajamos en los servicios para la autonomía de las personas, si bien es así mismo importante que aunemos miradas con el II Plan Estratégico de Servicios Sociales de Aragón 2017-2020 y con otras estrategias que está impulsando el IASS como la Estrategia de Atención y Protección Social para las Personas Mayores en Aragón presentada en septiembre de 2018 o el Modelo de Atención y Gestión Residencial que acaba de publicarse, de manera que de forma global en la organización participemos de un enfoque compartido. En el presente documento encontraremos definiciones y reflexiones ya consensuados en los textos citados y que se mantienen aquí íntegramente para respetar las ideas elaboradas por muchos trabajadores de los centros residenciales del IASS, para compartir su perspectiva y mantener la coherencia en las actuaciones.

El presente modelo de gestión de los servicios PAP deberá integrarse y ser así mismo coherente con el modelo que enmarque la gestión de los hogares de personas mayores que los acoge cuando éste se elabore.

FUNDAMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN

Los Servicios PAP se catalogan en el Mapa de Servicios Sociales de Aragón actualizado en 2018 como servicios de proximidad con un nivel alto. Son por tanto servicios situados en el entorno más cercano a las personas a las que se dirigen. Favorecer la vecindad nos aporta una gran heterogeneidad en las circunstancias que viven las personas, tal como se ha mencionado anteriormente en este documento. Fruto de esta diversidad se desglosan varios conceptos que es importante que compartamos todos los técnicos implicados en la prestación de los servicios y en la gestión.

Por otra parte, el modelo asistencial se construirá sobre la base de conceptos relacionados con la metodología de trabajo y el nivel de intervención que se desarrolla y que es necesario, así mismo, compartir.

CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA DIVERSIDAD DE LAS PERSONAS: DISCAPACIDAD, ENFERMEDAD MENTAL, FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA

Discapacidad

(Definición copiada íntegramente del trabajo de consenso realizado en el Marco y Modelo de atención y gestión residencial)

El concepto de discapacidad ha tenido una gran evolución en función del desarrollo social, los avances en el conocimiento y la profesionalización de la atención, partiendo de la prescindencia y maltrato iniciales hasta la normalización e integración social, en base a la consideración de los derechos individuales y colectivos.

(...) La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo que ha abanderado en el siglo XX la conceptualización y unificación de terminología en discapacidad, debiendo destacar en este periodo dos hitos principales.

En 1980 la OMS, en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) definió y distinguió entre tres conceptos: deficiencia, discapacidad y minusvalía. (...) Posteriormente en 2001, la OMS adoptó la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), según la cual la discapacidad es un fenómeno complejo que engloba diferentes componentes interrelacionados entre sí:

- Las deficiencias del individuo, que afectan a una estructura o función corporal.
- Las limitaciones en la actividad, entendidas como la capacidad teórica de la persona.
- Las restricciones en la participación. Hacen referencia a la capacidad para realizar las tareas en el entorno real. Las restricciones de la participación son problemas para participar en las situaciones vitales.
- Los factores contextuales, del entorno. Pueden ser ambientales o personales, y pueden actuar como barreras o facilitadores. Estos determinarán la capacidad final de participación de la persona dentro de su comunidad.

Según este nuevo enfoque, al valorar la capacidad de la persona debemos considerar los problemas individuales, los cambios en los entornos inmediatos y en las estructuras sociales (normas, criterios y prácticas de la comunidad), entorno a una concepción «ecológica» de la discapacidad.

Así mismo, la CIF ha tenido un impacto significativo en la definición, clasificación y sistemas de apoyo de la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) en relación con la discapacidad intelectual. Esta asociación definió el retraso mental como «Una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años» (Luckasson y cols., 2002: *Mental Retardation*, 10ª edición. Washington: AAMR)

Esta definición mantiene los tres criterios diagnósticos: inteligencia, conducta adaptativa y edad de comienzo, pero su aplicación parte de las siguientes premisas:

- Las limitaciones en el funcionamiento deben considerarse en sus contextos comunitarios.
- La evaluación ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
- En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con capacidades.
- Propósito de desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.

- Ofrecer los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado hace que las personas mejoren en su funcionamiento en la vida.

La nueva concepción sobre retraso mental plantea un modelo multidimensional de la discapacidad intelectual. Vincula la evaluación del individuo y del ambiente con la intervención, las necesidades individuales con la provisión de apoyos apropiados, teniendo en cuenta los aspectos personales como ambientales. La configuración de los servicios debe estar en función de la prestación de los apoyos personalizados a lo largo de la vida de la persona.

Esta definición supone un nuevo paradigma respecto a la discapacidad intelectual: la individualización de las necesidades de apoyos de cada una de las personas y el fomento del desarrollo y la autodeterminación en contextos inclusivos. Es lo que denominamos el «paradigma de apoyos» y la apuesta por la planificación centrada en la persona. (Instituto Aragonés de Servicios Sociales, 2018, pp.15-16)

Fragilidad

(Definición copiada íntegramente de la Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón)

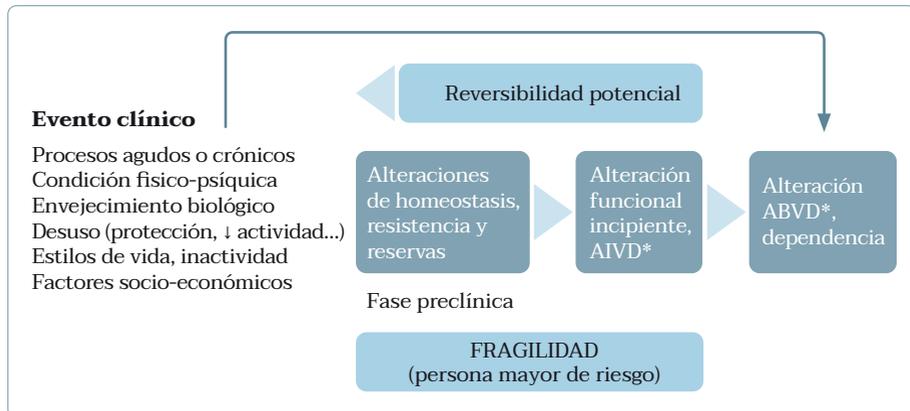
Durante el proceso de envejecimiento o de dependencia se producen una serie de cambios fisiológicos que conducen a un estado caracterizado por una menor reserva funcional y una disminución de la capacidad de adaptación a dichos cambios. Es lo que podríamos denominar estado de «fragilidad». Término difícil de definir y consensuar por no existir límites precisos desde el punto de vista biológico, físico-funcional, o clínico entre los estados de buena salud, fragilidad y discapacidad-dependencia. Hoy hablamos de fragilidad desde un concepto pluridimensional, en el que confluyen diferentes factores físicos, sociales y mentales. Es necesario aclarar previamente que no todas las personas mayores desarrollan este estado de fragilidad y que aquellas que lo inician puede ser reversible.

La persona mayor frágil o de riesgo es aquella que presenta una «disminución de las reservas fisiológicas con un mayor riesgo de declinar, lo que le sitúa en una situación de mayor vulnerabilidad ante perturbaciones externas, y resulta en una mayor probabilidad para presentar episodios adversos de salud (hospitalización, institucionalización, muerte, caídas) y pérdida de función, discapacidad o dependencia». (Martín, Abizanda 2010).

El anciano frágil (personas mayores en riesgo de deterioro funcional), son aquellas personas que conservan su independencia de manera inestable y que se encuentran en situación de riesgo de pérdida funcional, bien por disponer de factores de riesgo y tener episodios adversos o de deterioro, o por iniciar

un proceso gradual de deterioro incipiente o reciente en su funcionalidad, todavía reversible, afectando a su autonomía, pero sin llegar a la dependencia.

Desencadenamiento de la fragilidad. Documento de consenso de prevención de la fragilidad en la persona mayor. Estrategia de promoción de salud y prevención en el SNS. Ministerio de salud, servicios sociales e igualdad. Madrid 2014



*AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria); ABVD (actividades basales de la vida diaria).

Fuente: Martín Lesende I., Gorroñoigoitia A., Gómez J., Baztán J. J., Albizanda P. «El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria», Aten. Primaria 2010; 42 (7): 388-93.

«La fragilidad se asocia a mayor edad, sexo femenino, mayor carga de enfermedad, discapacidad y deterioro cognitivo, entre otros factores, y entre sus causas se han identificado factores genéticos, hormonales, inflamatorios, de estrés oxidativo, neuromusculares, energéticos y nutricionales». (Ministerio de Sanidad, SS.SS. e Igualdad, 2014).

La detección e identificación de aquellas personas mayores que pudieran hallarse en situación de fragilidad puede llevarse a cabo a través de la:

1. Selección de personas con una mayor vulnerabilidad para tener eventos o un curso adverso en su salud y estado general, en base a una serie de factores o indicadores de riesgo que afectan a su funcionalidad y autonomía:
 - a) **Criterios demográficos:** tener más de 80 años.
 - b) **Criterios clínicos:** presentar situaciones clínicas con alta probabilidad de producir pérdida funcional (enfermedad poliarticular, artrosis, artritis, secuelas de fracturas, enfermedad neurológica degenerativa, demencia, enfermedad de Parkinson, etc., cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca, insuficiencia circulatoria de miembros inferiores avanzada, ictus, déficit sensorial en visión y/o audición, depresión...);

- c) **Criterios sociales:** vivir sólo, viudedad reciente, bajo nivel socioeconómico, cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante), institucionalización, aislamiento social, falta de apoyo social, problemas en la vivienda, rechazo de su situación...
 - d) **Criterios sanitarios:** ingreso hospitalario reciente (últimos 12 meses), poli medicación (4 ó más fármacos).
2. Selección sobre la base de la pérdida de funcionalidad incipiente o precoz, sin que exista todavía un grado ostensible de discapacidad o dependencia, con posibilidades de reversibilidad o modificación con intervenciones adecuadas. La situación de las personas mayores frágiles se agudiza cuando viven solas, en situación de soledad, abandono o aislamiento, o cuando, aun viviendo acompañadas, puedan estar recibiendo malos tratos. La necesidad de que estas personas sean detectadas con rapidez permite establecer programas de intervención de apoyo y protección que les ayude a mantener su autonomía, seguridad y dignidad el mayor tiempo posible, retrasando al máximo su discapacidad, dependencia o fallecimiento. (Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, 2018, pp. 29-30)

Para los Servicios PAP tendremos en cuenta que a pesar de que la fragilidad estadísticamente se asocia a la edad no es exclusiva de las personas mayores. Los indicadores de riesgo pueden darse en personas menores de 60 años.

Enfermedad Mental

La OMS define, los trastornos mentales o la enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje y el lenguaje. Este hecho que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. Las alteraciones se desarrollan en función de características individuales tanto biológicas como psicológicas, factores sociales, culturales, económicos y ambientales.

Algunos datos llaman especialmente la atención cuando nos adentramos en este concepto como por ejemplo la amplitud del mismo. Depresión, trastornos de ansiedad, trastornos derivados del abuso de sustancias, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos conductuales y del desarrollo que suelen iniciarse en la infancia y la adolescencia, incluido el autismo, son catalogadas como trastornos mentales según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10). (OMS, 2013)

Los trastornos mentales graves (TMG) se caracterizan por su cronicidad y complejidad.

Según los criterios de clasificaciones internacionales como la DSM-IV de la American Psychiatric Association o la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los grupos de diagnósticos que dan lugar a la aparición de una situación valorada como Enfermedad Mental Grave son:

Esquizofrenia y grupo de trastornos psicóticos

Se caracteriza por los trastornos del pensamiento, alucinaciones y síntomas negativos; suele conllevar gran afectación de las funciones de relación social. Se produce un grave deterioro de la evaluación de la realidad que interfiere en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida. Estas distorsiones provienen de la percepción del pensamiento y de las emociones.

Trastorno Bipolar y grupo de los trastornos afectivos mayores

Se caracteriza por las fases de alteración severas del estado de ánimo y el nivel de la actividad de la persona que lo padece (episodios maníaco-depresivos).

Trastornos de la Personalidad

Es una alteración de la personalidad, de la forma de vivir, de la forma de ser y de relacionarse con el entorno. La patología viene dada por agrupaciones de rasgos peculiares (no síntomas clínicos) que hacen sufrir a la persona o le generan importantes conflictos en la relación interpersonal y/o social.

Trastorno Obsesivo Compulsivo

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (en adelante TOC) es un trastorno mental crónico, que los manuales diagnósticos lo ubican dentro de la categoría de los «Trastornos Obsesivos Compulsivos y trastornos relacionados» (DSMV), y dentro del grupo de «trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos» (CIE-10). Cuándo una persona padece un TOC tiene ciertos pensamientos repetitivos de manera involuntaria y presenta rutinas o rituales de manera continuada. (AVIFES, 2018)

La prevalencia es especialmente llamativa, según datos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, el 19,5% de los españoles presentaron alguna vez algún trastorno mental. El 9% de la población padece al menos un trastorno mental en este momento. (García, 2012). La OMS alerta del aumento progresivo de la prevalencia de los trastornos mentales, especialmente en las personas mayores. (SALUD, 2017)

Las personas que padecen TMG se considera que tienen una discapacidad, y sólo una parte de ellas son valoradas en situación de dependencia, las que se encuentran en un estado más grave de la enfermedad. (García, 2012).

Un elemento importante a tener en cuenta es el estigma social de la enfermedad mental. Es un fenómeno complejo que se basa en los estereotipos o etiquetas sociales. (Muñoz, Pérez Santos, Crespo y Guillén, 2009). Están relacionadas con la falta de conocimientos sobre las enfermedades mentales y movilizan emociones y comportamientos que limitan las posibilidades de integración de las personas que las padecen. Una línea estratégica del Plan de Salud Mental 2017-2021 del Servicio Aragonés de Salud es la integración social del enfermo mental a través de programas de soporte para el mantenimiento de la persona integrada en su medio familiar y social. Servicios especializados de rehabilitación psicosocial para el desarrollo personal, el entrenamiento en las AVD y otras intervenciones, así como con las familias son servicios que van a cubrir las múltiples necesidades que presentan. (García, 2012). Los Servicios PAP contribuyen a aumentar la oferta de recursos para este colectivo de personas.

Dependencia

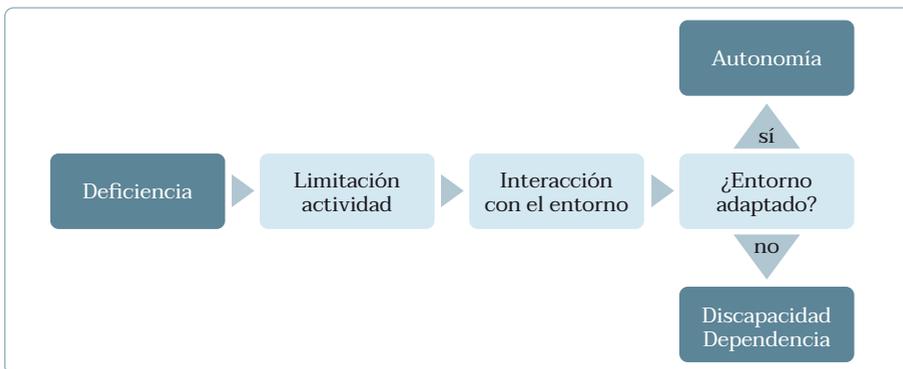
(Definición copiada íntegramente del trabajo de consenso realizado en el Marco y Modelo de atención y gestión residencial)

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), define dependencia como «estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal».

En la definición de dependencia confluyen tres factores necesarios: la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria y por último la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Esta visión de la dependencia es coherente con la línea marcada por la OMS, en su clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF), en la que se valoran los factores de déficit en el funcionamiento, limitación en la actividad, restricción en la participación y los factores contextuales.

La dependencia puede entenderse como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal, como consecuencia de una enfermedad o accidente (deficiencia). Este déficit comporta una limitación en la actividad, la participación y discapacidad en mayor o menor grado en función de la adaptación del entorno (factores contextuales), y puede concluir en algunos casos en la dependencia de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.



Podemos comprobar así que los conceptos de dependencia y discapacidad están estrechamente relacionados. La discapacidad conlleva mayor o menor dependencia en función de la interacción entre las limitaciones del individuo y un entorno que le proporciona o no los apoyos adecuados, siendo una proporción relevante de los discapacitados dependientes.

Es obvio además que existe relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos población de mayor edad. Este aumento en las tasas de prevalencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en que se acelera notablemente.

No es extraño por ello que la dependencia se vea como un problema estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico y que algunas veces, en una visión reduccionista, se tienda a considerar la dependencia como un fenómeno que afecta sólo a los mayores. Sin embargo, la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población. Puede estar presente desde el nacimiento, desencadenarse a consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda en la infancia, la juventud o la vida adulta o, más frecuentemente, ir apareciendo a medida que las personas envejecen, como consecuencia de enfermedades crónicas (enfermedad de Alzheimer, artritis, osteoporosis, etc.) o como reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas, atribuible al proceso global de envejecimiento. (Instituto Aragonés de Servicios Sociales, 2018, pp.14-15).

CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA RED SOCIAL DE LAS PERSONAS: FAMILIAS CUIDADORAS Y COMUNIDAD

Familias cuidadoras

Las familias continúan siendo las proveedoras básicas de los cuidados de larga duración frente a los prestados por el Estado y el mercado, concluye Comas (2014) si bien las políticas públicas de los últimos años han supuesto un cambio en la distribución de los cuidados entre estos tres actores.

Siguiendo a Baltar (2006), podemos considerar cuidador a la persona que atiende durante un periodo prolongado de tiempo a otra que presenta deterioro funcional o cognitivo. Las personas reciben cuidados en diferentes momentos de la vida y en una amplia variedad de situaciones, según Comas (2014), y la experiencia de cuidado va a depender de factores relacionados con la situación de la persona cuidadora y de la propia situación del cuidado, así existirán distintos grados de intensidad, de temporalidad y de tareas en función del cuidado que precisa: realización de tareas básicas de cuidado (para mantener la autonomía personal) y/o tareas instrumentales (para mantener la autonomía en el hogar). (Blanco, 2017)

Las personas mayores en situación de dependencia suelen ser mujeres que viven bien en su casa o en las de sus hijas quienes son las cuidadoras principales en cuyo hogar podrían vivir también nietos. (Blanco, 2017). Si la Ley 30/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia impulsó actuaciones que podrían haber introducido cambios en el perfil de las personas cuidadoras, Comas (2014) asegura que la crisis económica ha tenido un impacto importante en estas políticas públicas y como consecuencia se ha consolidado el hecho de que continúan siendo las mujeres las prestadoras de cuidados.

Por otra parte, un segundo perfil de persona cuidadora se está afianzando. Son personas mayores cuidando de sus parejas. En este perfil mujeres y hombres se igualan en número y suponen un 37,30 % de las personas cuidadoras. (Blanco, 2017)

Se distinguen dos grandes grupos de tareas de cuidado, el primero se compone de actividades de cuidado personal y el segundo de las actividades instrumentales como realizar compras, comidas, limpieza, realizar gestiones, etc. Las mujeres son las más implicadas en las tareas de cuidado personal que suponen el mayor peso (una media del 56% del tiempo dedicado a cuidar) y los hombres se hacen más cargo de las actividades instrumentales. Además existen otras tareas menos estudiadas que tienen que ver con el apoyo emocional, el consejo y la compañía, el control y supervisión de los tratamientos médicos así como ser nexo de unión entre la persona dependiente y los servicios sanitarios. También se está cuidando cuando la

persona cuidadora supervisa estos la contratación de los servicios de apoyo formal y coordina los cuidados que prestan. (Blanco, 2017)

La intensidad del cuidado depende de distintas variables como el grado de dependencia, de la fase del cuidado por la que se atraviesa, de los apoyos de otros familiares o servicios. En cualquier caso, se estima que más del 50% de las personas cuidadoras dedican entre 4 y 5 horas diarias durante todos los días de la semana al cuidado de su familiar. (como se citó en Baltar, 2006) A menudo las personas cuidadoras presentan estrés, agotamiento y sensación de impotencia, y suelen manifestar mayores alteraciones psicológicas y físicas que la población general. (Baltar, 2006) La tarea de cuidar tiene efectos económicos y sociales en la persona que los presta, hasta el punto que de su sobrecarga puede hacer que se tome la decisión de que la persona cuidada sea institucionalizada. (Blanco, 2017)

El análisis realizado sobre dependencia y cuidados se destacan algunas señales de alerta respecto al futuro de los cuidados: el crecimiento del peso demográfico de las personas mayores, la progresiva reducción de las personas que viven en el mismo hogar unido al hecho de que cada vez haya más personas que no tienen hijos y la dispersión geográfica de las familias. Especial relevancia destaca el hecho de que continúa creciendo la incorporación de las mujeres al mercado laboral si bien este hecho no ha tenido relevancia significativa en la dedicación a cuidar, este hecho que incide directamente en su sobrecarga de esfuerzo. Como elementos positivos respecto al futuro de los cuidados se señalan el aumento del número de cuidadores secundarios, el cuidado formal, el voluntariado, la mejora en la capacidad económica, de derechos sociales, las mejoras técnicas y en la adaptación de los entornos, así como la mayor incorporación de los hombres al cuidado. Este último factor está íntimamente relacionado a la demografía que pronostica mayor tasa de supervivencia que favorece la vejez en pareja, en esta situación se equiparan los cuidados prestados por hombres y mujeres. (Blanco, 2017)

Son elementos claves para mantener el bienestar y la salud mental de las personas cuidadoras la aceptación de la situación que ha generado el hecho de cuidar en su propia vida y en su familiar por el hecho de encontrarse en situación de dependencia, aceptar que algunos aspectos han dejado de estar bajo su control. Otras claves son el apoyo «con grupos comunitarios, pares, amigos o familiares» (García, Manquían y Rivas, 2016) y favorecer acciones que les permitan tomar el control de aquellos elementos en los que sí pueden actuar, como la prestación de los cuidados y el desarrollo de sus propias capacidades para cuidar de sí mismos.

Estudios señalan que las medidas de apoyo que resultan satisfactorias para las personas cuidadoras incluyen la capacitación para el cuidado y la po-

sibilidad de contar con servicios de apoyo y relevo al cuidador, así como prestaciones económicas. (Comelin y Leiva, 2018)

Comunidad

Un objetivo que comparten desde hace más de una década las políticas sociales de los países desarrollados es el modelo comunitario de atención en el que se procura afrontar los problemas de las personas en el entorno en el que se producen, evitando los efectos que se producen al dejar el estilo de vida elegido por cada persona. (Baltar, 2006)

Continuar en el entorno en el que han desarrollado su vida las personas permite mantener la red relacional tejida a lo largo del tiempo. Mantener las relaciones con amigos, vecinos o personas conocidas hace que las personas se sientan vinculadas al mundo. (Martínez, Díaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2014)

Uno de los diez componentes consensuados por un grupo de expertos en el enfoque de atención centrada en la persona en un estudio dirigido por Martínez (2017) es la comunidad. El estímulo del contacto social, la conexión con los servicios y actividades del barrio que favorezcan las relaciones con más personas que las del entorno cotidiano, es beneficioso para el desarrollo de las personas.

«Una mayor integración en la comunidad y mayores niveles de participación en actividades y organizaciones comunitarias reflejaría la participación de la persona en esferas más amplias de la sociedad, y de acuerdo con diversos autores puede considerarse como una forma de ejercer el sentimiento de competencia y control, constituyendo por sí mismo un importante componente del bienestar psicológico». (Gracia y Herrero, 2006, p. 338)

Los centros y servicios pueden realizar actuaciones para abrirse a la comunidad y tendrá efectos beneficiosos para el desarrollo de las personas, siendo esta actuación plenamente coherente al enfoque de la atención integral centrada en la persona. (Martínez, 2013).

CONCEPTOS RELACIONADOS CON LAS METODOLOGÍAS Y NIVELES DE INTERVENCIÓN: GRUPO, ATENCIÓN SOCIOTERAPÉUTICA, PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

Grupo

Vivir en grupo es algo natural en las personas, nacemos en un grupo familiar y a partir de ese momento una gran parte de nuestra vida discurre en la vida de distintos grupos. Podemos definir el grupo como un conjunto de personas que, unidas por un objetivo común que pueden interaccionar

entre sí aceptando ciertas normas y compartiendo emociones, y también participando de un sentimiento común que los mantiene unidos al menos hasta alcanzar el objetivo propuesto y mientras compartan la tarea. Es un lugar de fuerzas que pueden ser creadoras y de impulso para las personas, es un espacio que potencia las interrelaciones.

El grupo es más que la suma de sus miembros. Al integrarse en torno al logro del objetivo o la realización de una tarea, el propio grupo establece un dinamismo de unidad y cohesión, y genera una personalidad grupal propia. Por este mismo motivo la conducta individual se va a ver modificada por los objetivos del grupo y las experiencias que tanto el propio grupo como cada uno de los miembros vivan dentro y fuera de él. De esta manera los individuos que son miembros de un grupo enriquecen su personalidad con las características propias de la cultura grupal y del sentimiento de pertenencia al mismo.

Los grupos permiten satisfacer algunas de las necesidades sociales y psicológicas humanas, estas expectativas o necesidades obligan al individuo a un proceso de ajuste de sus necesidades y expectativas a la realidad del grupo. Este proceso de ajuste involucra dos capacidades diferentes del marco de referencia del individuo: la flexibilidad y la adaptabilidad.

La persona que lidera el grupo puede facilitar los elementos que van a favorecer el desarrollo positivo del grupo para que cada persona logre sus objetivos individuales. Algunos de los elementos facilitadores son el ambiente físico, el estilo de comunicación, el liderazgo distribuido a través de la toma de decisiones por consenso cuando es posible, la comprensión del proceso y la revisión continua de la satisfacción de los miembros del grupo.

Atención socioterapéutica

Los grupos socioterapéuticos se utilizan (...) para tratar aquellos aspectos que conflictúan y producen sufrimiento a las personas, o les impide desarrollar sus capacidades, afectos, relaciones y responsabilidades sociales. La intervención socioterapéutica va dirigida a mejorar las vivencias y la participación social de una persona, lo cual implica un desarrollo de las capacidades personales para enfrentarse consigo mismo y con el entorno (...). (Poch, 1998, p. 112)

La intervención se apoya en la relación que establecen los miembros del grupo entre sí en el contexto grupal que sirve como medio de ayuda para las personas que lo componen, a través de la intervención de un profesional que lo facilita. (Poch, 1998)

A través de la participación en el grupo socioterapéutico cada persona logra sus propios objetivos individuales. El grupo tiene como fin potenciar las capacidades de sus miembros y ampliar el enfoque de su situación personal aumentando el marco de referencia del contexto que percibe. El lo-

gro de estos fines permite que cada persona realice cambios cualitativos en su forma de vivir la situación que vive como problema o que desea cambiar. (Poch, 1998)

Prevención de la situación de dependencia

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante Ley 39/2006) expone que los servicios de prevención tienen por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.

En su desarrollo normativo se insta a diseñar actuaciones que procuren distintos niveles de prevención:

- Prevención primaria a través de medidas dirigidas a personas que no se encuentran en situación de dependencia, con el objetivo de evitar o retrasar la aparición de la misma.
- Prevención secundaria a través de intervenciones sobre la situación de pérdida de funcionalidad, cuando todavía existen posibilidades de reversión o modificación de su curso y, por tanto, de mejorar su pronóstico.
- Prevención terciaria a través de intervenciones dirigidas al tratamiento, atención y rehabilitación de la persona en situación de dependencia, ya sea de carácter transitorio o permanente, con el fin de reducir sus consecuencias o efectos negativos sobre la persona. O actuar sobre su progresión y, consecuentemente, mejorar su calidad de vida y la de su entorno social y familiar.

Promoción de la autonomía personal

La Ley 39/2006, define la autonomía como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Y determina que los servicios de promoción de la autonomía personal tienen por finalidad el desarrollo de las anteriormente citadas capacidades. Son servicios de promoción para la autonomía personal los de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida

diaria, los de habilitación, los de terapia ocupacional, así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad.

EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN

Atención a las personas con dependencia

La evolución conceptual en la forma de entender tanto la atención como el propio diseño de los apoyos a las personas con dependencia, ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas.

Hasta principios de siglo XX, la atención a las personas dependientes que no contaban con capacidad económica o familiar suficiente era prestada en «asilos», de carácter asistencial, como único recurso existente hasta esa fecha, asociado a beneficencia y marginación.

Los comienzos en la implantación de programas de intervención gerontológica de los países desarrollados se sitúan a partir de la segunda guerra mundial. En esta época de desarrollo institucional lo habitual fue que la intervención se realizase en ámbitos y contextos que situaban a las personas extra-muros de las poblaciones, y a menudo en condiciones de precariedad (asilos, hospitales psiquiátricos, hospicios...).

En cuanto a planificación en nuestro país, el primer antecedente es la publicación del Plan Nacional de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos, por Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de febrero de 1971. Este preveía el desarrollo de recursos para los pensionistas de la seguridad social (clubs, ayuda a domicilio, residencias, centros de rehabilitación...), cuya implantación se demoró en el tiempo.

Así, en 1975 se publica el primer estudio sociológico español sobre la vejez, el informe GAUR, que describe las precarias condiciones en las que se encontraba la mayoría de nuestros jubilados, y las importantes carencias de las residencias geriátricas del momento.

En 1978 se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO, actualmente Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO), que impulsó el desarrollo de los mismos.

El sistema de servicios sociales de España se ha desarrollado ampliamente desde ese periodo hasta nuestros días, adquiriendo identidad suficiente para ser reconocido como un instrumento fundamental de nuestro estado de bienestar, constituyendo uno de sus pilares básicos, junto al sistema de salud, la educación y las pensiones.

En el ámbito territorial, la comunidad autónoma de Aragón asumió con el estatuto de autonomía de 1982 las competencias en materia de asistencia

y bienestar social. Estas se vieron ampliadas tras la reforma del estatuto de autonomía de Aragón de 1994 y la transferencia de materias competencia del IMSERSO al Gobierno de Aragón a través del Real Decreto 97/1996. De este modo se produce mayor proximidad a los ciudadanos y una gestión más adaptada a las peculiaridades de la región.

Desde finales de los ochenta, empiezan a tomar fuerza los planteamientos que defienden las ventajas de ofrecer atención a las personas en su medio habitual. Se desarrollan los servicios comunitarios, y la intervención social se dirige a prestar apoyos con el objeto de mantener y respetar todas las potencialidades de los individuos (y su autonomía), facilitando con esto la permanencia en el propio entorno. Se abandona el discurso de la marginalidad y se desarrolla el modelo social o inclusivo. Se avanza en la implantación de programas cuyo objetivo básico es la integración social, normalización y participación de las personas.

En esta línea, en 1993, el INSERSO publica su Plan Gerontológico, que supone un referente tanto en conocimiento de la situación de la población anciana como en la planificación de futuras actuaciones dentro de un plan integral (económico, sanitario, social, cultural y de participación).

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (y sus posteriores desarrollos) es un hito fundamental en nuestro ordenamiento jurídico, mediante el que se ha establecido como derecho subjetivo de la ciudadanía la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y se ha llevado a cabo la creación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SISAAD), dentro del cual quedan encuadradas tanto la administración general del estado como las administraciones de todas las comunidades autónomas.

En Aragón además cabe destacar la Ley 5/2009 de Servicios Sociales y el Decreto 143/2011 (por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón), que definen, estructuran y ordenan el funcionamiento de los mismos en nuestra comunidad.

Los nuevos modelos de atención en desarrollo están íntimamente relacionados con la asunción de valores intrínsecos a los derechos humanos. Aspiran a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros.

Prueba de ello es que el lema «envejecer en casa» se ha convertido en objetivo común de las políticas sociales de atención a las personas mayores de los países desarrollados (OCDE, 1996). El modelo comunitario de atención

defiende que esta se preste en el entorno del dependiente, sin el desarraigo que genera el abandono del modo de vida habitual.

Las personas deseamos permanecer viviendo en nuestra casa y entorno porque esto garantiza el mantenimiento de nuestra identidad, del control sobre nuestras propias vidas y la toma de decisiones en el día a día.

Desde esta perspectiva, el reto a asumir es el de atender, además de las necesidades sociales y sanitarias básicas, otras cuestiones también directamente relacionadas con la calidad de vida.

El modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo distingue diferentes dimensiones dentro de este concepto: bienestar emocional, relaciones personales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y defensa de los derechos.

La calidad de vida debe considerarse como un valor socialmente compartido, meta final de todas nuestras actuaciones, y que está mostrando gran efectividad en orientar la prestación de servicios a las personas en situación de desventaja como consecuencia de dependencia o discapacidad.

En base al concepto de calidad de vida, en los últimos años se está consolidando el modelo de atención centrada en la persona. Este modelo busca una atención integral a la persona dependiente que, contando con su participación activa, facilitando su autodeterminación y la continuidad de su proyecto vital, planifique los apoyos necesarios para conseguir el máximo de calidad de vida. (Instituto Aragonés de Servicios Sociales, 2018, pp.17-19)

LA ATENCIÓN EN EL DOMICILIO

Envejecer en casa y mantenerse activos es la preferencia de muchas personas. Tengamos en cuenta que el envejecimiento es un proceso que nos acompaña a lo largo de toda nuestra vida. Informa la OMS que las políticas y programas dirigidos a apoyar el envejecimiento activo de la población requieren de un equilibrio entre la responsabilidad personal para el cuidado de la propia salud, los entornos adecuados y la solidaridad intergeneracional. A través de la evidencia empírica señala que la cultura y el género son determinantes transversales en el proceso del proceso de envejecimiento activo, las conductas y características personales son determinantes personales y la economía, así como el entorno físico, son determinantes del contexto en el que vive la persona. Por otra parte, el entorno social, la sanidad y los servicios sociales pueden favorecer el proceso de envejecer activamente apoyando la autonomía y la independencia de las personas. (Transmisibles, G. O. D. E. N., & Mental, S., 2002).

La consideración de las personas con discapacidad, en situación de fragilidad o dependencia como contribuyentes al desarrollo tanto por su parti-

cipación en la vida social como en su condición de receptores de las actuaciones y servicios es un punto de partida en el que sustentar las políticas públicas dirigidas a promover que las personas permanezcan en su entorno el máximo tiempo posible con dignidad y calidad de vida. Son tres los pilares fundamentales en los que se sostiene el mantenimiento de un proceso vital activo para las personas: la participación, la salud y la seguridad. (Transmisibles et al., 2002)

La participación de las personas en su entorno familiar y social, la oportunidad de aprender durante toda la vida, así como desarrollar la capacidad de enseñar o apoyar a otras personas, es una línea de intervención de las políticas sociales que potencia el su empoderamiento de las personas y su satisfacción con la vida.

Otras medidas políticas necesarias deben ser dirigidas a potenciar el mantenimiento de la salud a través de intervenciones coordinadas entre los sistemas de salud y de servicios sociales, mantener entornos seguros y respetuosos, la eliminación de barreras, fomentar los apoyos sociales que eviten el aislamiento y la soledad, apoyar a su entorno cuidador y fomentar la salud mental favoreciendo y/o prestando apoyo a los procesos adaptativos a su situación.

Por último, es necesario asegurar protección a través del reconocimiento de derechos y la reducción de desigualdades.

El Gobierno de Aragón regula la materialización de las políticas públicas en el Catálogo de Servicios Sociales en el que desarrolla prestaciones de servicios tanto generales como especializados orientados al apoyo en domicilio: servicio de ayuda a domicilio, apoyo a personas cuidadoras, centros de día y de noche, servicios para la autonomía de las personas y prestaciones económicas y tecnológicas.

Las personas con discapacidad, en situación de fragilidad o dependencia presentan necesidades de cuidado personal e instrumental tal como se ha señalado anteriormente. Familia, red social, voluntariado y servicios sociales y sanitarios pueden complementarse y coordinarse para el sostenimiento de la persona en su casa.

Los servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal PAP participarán en la prestación de actividades y programas dirigidos a estimular la capacidad funcional física, cognitiva y social e incidirán en los pilares fundamentales: participación, salud y seguridad a partir del principio de integralidad.

Especial atención van a requerir aquellas personas que tienen importantes limitaciones para salir de su hogar. Según Blanco (2017), aproximadamente un 20% de las personas dependientes de 65 y más años no pueden salir

de su vivienda por sus medios, y un 6% de ellos no pueden salir, aunque se les ayude. Esta situación depende de situaciones personales relacionadas con las dificultades físicas, cognitivas, sensoriales o emocionales y de situaciones relacionadas con las características del entorno. El hecho de permanecer confinados en su casa disminuye la salud mental de las personas que lo padecen y aumenta el riesgo de que este hecho afecte también, en mayor medida que cuando no existen dificultades para el acceso fuera del domicilio, a la salud de las personas que los cuidan. La atención a estas personas requerirá servicios domiciliarios que están fuera del alcance de los Servicios PAP.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

La población en Aragón en el año 2017, asciende a 1.308.750 habitantes, con un aumento del 9,26% respecto a 1996, siendo Zaragoza la que mayor subida ha tenido con 111.067 personas equivalente a un 13'18%. (Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, 2018, p. 3)

Por grupos de edad, 243.477 personas son menores de 19 años, el 18,6%, 784.908 personas que representan el 60,0% tienen entre 20 y 64 años, y el 21,4%, unas 280.365 personas, tiene 65 años o más. (Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, 2018, p. 3)

La población con discapacidad

Según datos de 2008, la población con discapacidad en Aragón ascendía a 111.581 personas, lo que suponía un 8,9 % de la población total, un 5,36 % son mayores de 65 años. Las personas pueden presentar una o varias discapacidades.

Tabla 1. Población con discapacidad por provincia según tramos de edad

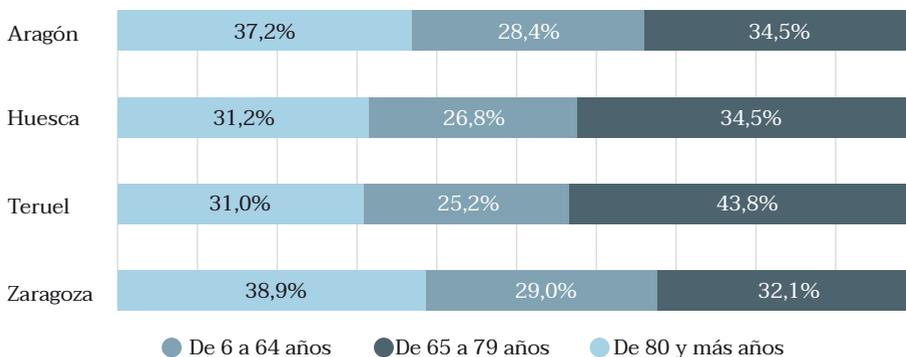
Unidades: personas de 6 y más años	Aragón	Huesca	Teruel	Zaragoza
Total	111.581	15.599	9.368	86.614
De 6 a 64 años	41.461	4.864	2.900	33.697
De 6 a 44 años	17.321	2.368	1.220	13.733
De 45 a 64 años	24.140	2.495	1.680	19.965
De 65 a 79 años	31.646	4.184	2.360	25.102
De 65 a 69 años	6.204	532	231	5.441
De 70 a 74 años	11.158	1.247	901	9.009
De 75 a 79 años	14.284	2.405	1.228	10.652
De 80 y más años	38.474	6.552	4.107	27.815

Unidades: personas de 6 y más años	Aragón	Huesca	Teruel	Zaragoza
De 80 a 84 años	19.016	2.857	1.862	14.297
De 85 a 89 años	11.212	2.304	1.411	7.497
De 90 y más años	8.247	1.391	834	6.022

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE. Elaboración: IAEST.

Notas: Los datos correspondientes a celdas con menos de 2.300 personas han de ser tomados con precaución, ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo.

Tabla 2. Distribución de la población con discapacidad según tramos de edad



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE. Elaboración: IAEST.

Tabla 3. Población con discapacidad por provincia según tipo de discapacidad

Unidades: personas de 6 y más años	Aragón	Huesca	Teruel	Zaragoza
Total	111.581	15.599	9.368	86.614
Visión	25.885	4.117	2.918	18.849
Audición	34.676	5.372	3.635	25.670
Comunicación	18.777	2.622	1.871	14.284
Aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas	16.671	2.503	1.607	12.560
Movilidad	73.257	10.168	5.140	57.949
Autocuidado	50.053	7.539	4.733	37.782
Vida doméstica	62.400	8.562	4.796	49.043
Interacciones y relaciones personales	18.557	2.323	1.303	14.931

Notas: Los datos correspondientes a celdas con menos de 2.300 personas han de ser tomados con precaución, ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE. Elaboración: IAEST.

La población con dependencia

Un 2,73% de la población total aragonesa tiene reconocida la situación de dependencia. Aproximadamente un 72,46 % de ellos es mayor de 65 años, aproximadamente unas 31.000 personas, según datos extraídos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de IMSERSO.

Tabla 4. Dependencia: grados y niveles. Situación a 31 de enero de 2019

ARAGÓN	Porcentaje	Nº de personas
Grado III	27%	11.702
Grado II	32,38%	13.871
Grado I	23,73%	10.165
Sin grado	16,57%	7.098
Total		42.836

Datos extraídos de la estadística mensual de enero de 2019 del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de IMSERSO.

La población mayor

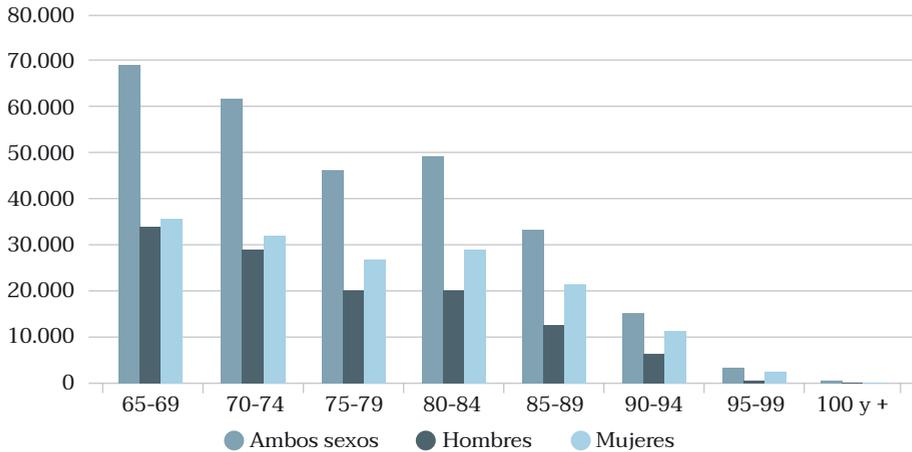
Las personas mayores en Aragón suman un total de 280.365, de las que 177.201 tienen una edad entre 65 y 80 años, mientras que el resto 103.164 tiene una edad superior a 80 años. El sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 56,59% de mujeres (158.681), que supone un 13,18% más que de hombres (121.684) (Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, 2018, p. 5)

Tabla 5. Personas mayores en Aragón

PERSONAS MAYORES EN ARAGÓN	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
65-69	69.187	33.286	35.901
70-74	61.728	28.815	32.913
75-79	46.286	20.522	25.764
80-84	49.599	20.469	29.130
85-89	33.978	12.692	21.286
90-94	15.329	4.935	10394
95-99	3.716	854	2.862
100 y más	542	111	431
Total	280.365	121.684	158.681

Fuente: Explotación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero. Elaboración: IAEST. (Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, 2018, p. 5).

Tabla 6. Personas mayores en Aragón. Distribución según tramos de edad y sexo



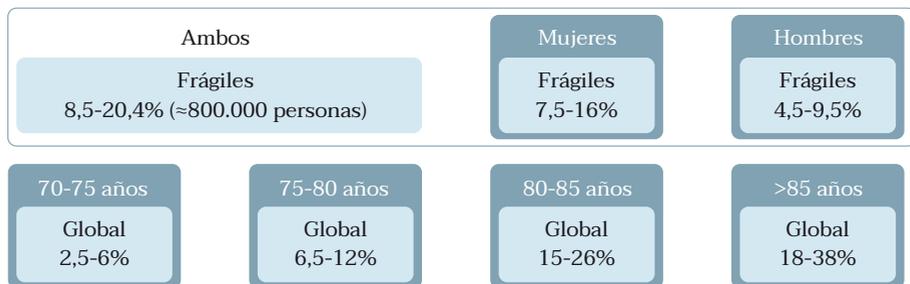
Fuente: Explotación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero del 2017. Elaboración: IAEST.

Las personas mayores de 65 años representan el 63,20% de la población mayor en Aragón, y las de edad igual o superior a 80 años el 28,21%. El total de personas mayores en Aragón representan el 21,4% de la población. (Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, 2018, p. 6)

Respecto al total de la población mayor de 65 años el porcentaje de personas en situación de dependencia reconocida se eleva al 11,07 % y alrededor del 25 % presentan una o varias discapacidades.

Las personas en situación de fragilidad se estiman en un porcentaje del 15 % de las personas mayores de 65 años, lo que supone unas 42.000 personas en Aragón. (Espinoso, Muñoz y Portillo, 2005)

Figura 1. Prevalencia de fragilidad en la población mayor en España, por sexo y tramos de edad. Cuadro citado en Espinoso et al., 2005

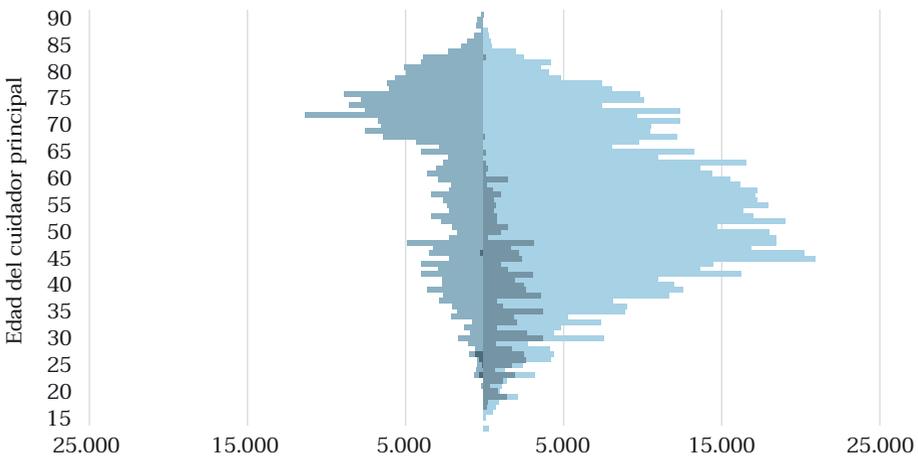


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de cohortes longitudinales de envejecimiento en España; Estudio FRADEA (Albacete); Estudio de Envejecimiento Saludable en Toledo; Estudio Peñagrande (Madrid); Leganés (Madrid); Estudio FRALLE (Leida).

Las personas cuidadoras

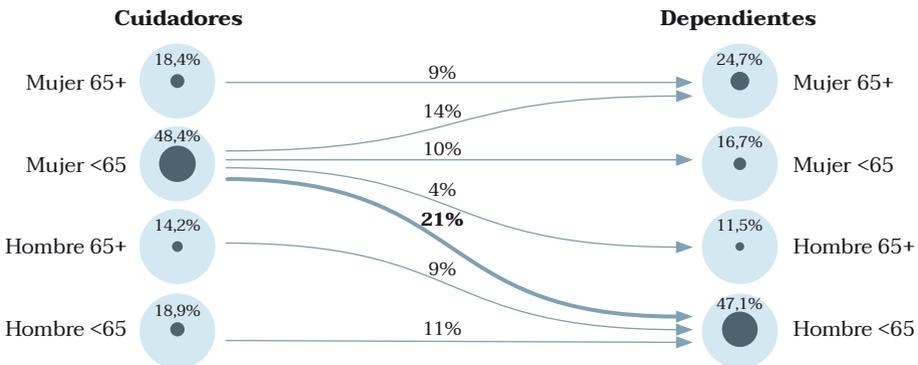
Es complejo estimar cuántas personas cuidadoras hay en Aragón. Según Blanco (2017), el porcentaje de personas adultas (20 años o más) que son cuidadores de personas con discapacidad de cualquier edad es del 6%. En Aragón supondrían casi 64.000 personas. Por otra parte, se equipara el número de personas cuidadoras al número de personas que presentan necesidad de ayuda (personas con discapacidad que dura un año o más y personas en situación de dependencia) para realizar tareas cotidianas, en ese caso estaríamos hablando de más de 111.000 personas según los datos reflejados en la tabla 7.

Tabla 7. Cuidadores principales según sexo y edad. 2008



Nota: en sombreado intenso se representan los cuidadores formales, el resto son cuidadores informales.
Fuente: Blanco, A. (2017). Informe España 2017.

Tabla 8. Patrones de cuidado informal. Quién cuida de quién. En porcentaje. 2014



Fuente: Blanco, A. (2017). Informe España 2017.

Se dan dos patrones diferenciados en el cuidado (Gómez, Fernández y Cámara, 2018):

- Cuidados entre generaciones, en el que las generaciones más jóvenes cuidan a la población de más edad en situación de dependencia.

En este perfil tenemos fundamentalmente a mujeres, dos de cada tres mujeres cuidadoras atienden a otra mujer y una de cada tres cuida a un hombre dependiente. (Blanco, 2017, p. 206) Supone un 48,4% de las personas cuidadoras frente a un 14,2 % de hombres menores de 65 años que cuidan a mujeres de 65 años o más.

- Cuidados intrageneracionales en el que se englobarían los cuidados prestados entre personas en situación de dependencia de edades muy similares.

En este perfil se equiparan hombres y mujeres cuidadoras, un 18,4% son mujeres que cuidan de hombres en situación de dependencia de 65 años o más y un 18,9% son hombres cuidadoras de mujeres dependientes de 65 años o más. Normalmente son cónyuges que viven en hogares en los que no hay otros convivientes.

Según Gómez et al (2018) en España existe un descenso del número de personas que pueden ser potenciales cuidadores de personas en situación de dependencia y este descenso se está produciendo en el cuidado que se produce entre generaciones. Por otra parte, crece el número de personas mayores cuidando de otras personas mayores en un momento en el que ellas mismas tienen sus propias dificultades para mantener su autonomía.

MARCO NORMATIVO

(Basado en el trabajo de consenso realizado en el Marco y Modelo de atención y gestión residencial)

LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

- PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL de Madrid sobre el envejecimiento (ONU, 2002).
- CONVENCIÓN DE LA ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad, de 13 de diciembre de 2006.
- RECOMENDACIÓN Rec(2006)5 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015.
- DECISIÓN DEL CONSEJO de 26 de Noviembre de 2009, relativa a la celebración, por parte de la Comunidad Europea, de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- ESTRATEGIA EUROPEA sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras
- RECOMENDACIÓN CM / Rec(2014)2 del Comité de Ministros a los Estados Miembros en la promoción de los derechos humanos de las personas mayores.
- PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL de Madrid sobre el envejecimiento (ONU, 2002).
- CONVENCIÓN DE LA ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad, de 13 de diciembre de 2006.

- RECOMENDACIÓN Rec(2006)5 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015.
- DECISIÓN DEL CONSEJO de 26 de Noviembre de 2009, relativa a la celebración, por parte de la Comunidad Europea, de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- ESTRATEGIA EUROPEA sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras.
- RECOMENDACIÓN CM / REC (2014)2 del Comité de Ministros a los Estados Miembros en la promoción de los derechos humanos de las personas mayores.

LEGISLACIÓN NACIONAL

- CONSTITUCIÓN española de 1978.
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- ORDEN TAS/1459/2007, de 25 de mayo, por la que se establece el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia y se crea el correspondiente fichero de datos de carácter personal.
- RESOLUCIÓN de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- RESOLUCIÓN de 30 de septiembre de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- RESOLUCIÓN de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.

- RESOLUCIÓN de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal; datos básicos del sistema de información del SAAD y Catálogo de referencia de servicios sociales.
- REAL DECRETO 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- REAL DECRETO 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- REAL DECRETO LEGISLATIVO 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- LEY 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.

LEGISLACIÓN NACIONAL RELATIVA A DISCAPACIDAD

- REAL DECRETO 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.
- ORDEN 13/03/1984 por la que se establecen las normas de aplicación de las prestaciones sociales y económicas para minusválidos reguladas por el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero.
- REAL DECRETO 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía; BOE 26-1-00; corrección de errores; BOE 13-3-00. Modificado por REAL DECRETO 1169/2003 y Real Decreto 1856/2009
- REAL DECRETO 1865/2004, de 6 de septiembre, por el que se regula el Consejo Nacional de la Discapacidad; BOE 7-9-04
- REAL DECRETO 1414/2006, de 1 de diciembre, por el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley

51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

- LEY 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (Ley General de la Discapacidad).

Planes y Programas

- PLAN DE ACCIÓN de la estrategia española sobre discapacidad 2014-2020.

LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

- DECRETO 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.
- LEY 4/1996, De 22 de mayo, relativa al Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- DECRETO 5/2007, de 16 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se distribuyen las competencias en materia de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia entre los diferentes órganos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ORDEN 15 de mayo de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Posteriores modificaciones.
- ORDEN de 7 de noviembre de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- LEY 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Modificada por LEY 3/2011, de 24 de febrero, LEY 2/2016 de 28 de enero y LEY 11/2016 de 15 de diciembre.
- DECRETO 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.

- DECRETO 115/2012, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan las Cartas de Servicios en el ámbito de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- LEY 5/2013, de 20 de junio, de calidad de los Servicios Públicos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ORDEN de 24 de julio de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la capacidad económica de los beneficiarios y su participación en el coste de los servicios, en la Comunidad Autónoma de Aragón. Modificada por ORDEN de 24 de febrero de 2014, ORDEN CDS/1210/2016 y ORDEN CDS/960/2017, de 26 de junio.
- ORDEN de 16 de abril de 2015, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicios de estancia diurna asistencial, estancia diurna ocupacional y alojamiento, ofertados por el Gobierno de Aragón. Modificada por ORDEN CDS/533/2016.
- DECRETO 66/2016, de 31 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Aragón.
- DECRETO 173/2016, de 22 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueban los Estatutos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- LEY 11/2016, de 15 de diciembre, de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario.
- DECRETO 55/2017, de 11 de abril, por el que se aprueba el mapa de servicios sociales de Aragón.
- LEY 5/2019, de 21 de marzo, de derechos y garantías de las personas con discapacidad en Aragón.

Planes y Programas

- ORDEN HAP/1339/2016 del Plan de Mejora de Calidad 2016-2019, modificado por ORDEN HAP/752/2018.
- ACUERDO de 11 de abril de 2017 por el que se aprueba el II plan estratégico de servicios sociales de Aragón para el periodo 2017-2020.
- ESTRATEGIA de atención y protección social para las personas mayores en Aragón. Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, 2018.

DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS

(Basado en el trabajo de consenso realizado en el Marco y Modelo de atención y gestión residencial)

Derechos de las personas usuarias de los Servicios Sociales

Como se fundamenta en otros capítulos del manual de gestión, el fin último que debe constituirse como referente básico a la hora de planificar todas nuestras actuaciones es el de conseguir la mayor calidad de vida posible para las personas usuarias.

Una dimensión fundamental de la calidad de vida, garante del resto de las dimensiones que comprende este concepto, es el del reconocimiento y protección de los derechos de la persona. En la medida que nuestros derechos sean contemplados y respetados, se garantizará el respeto de nuestra dignidad y la participación en la sociedad en condiciones de igualdad.

Los derechos en los servicios sociales se enfocan desde una triple perspectiva: derechos como persona, como usuarios consumidores de un servicio y como usuarios de un servicio prestado por la administración.

Los derechos de las personas usuarias de los servicios sociales tienen diversas fuentes en el ordenamiento jurídico.

A nivel internacional, en materia de servicios sociales, se han desarrollado diferentes tratados (ONU, Consejo de Europa, Unión europea) que posteriormente han sido ratificados por las leyes de nuestro país.

La Constitución española, marco de nuestra legislación, dedica los artículos 49 y 50 a los derechos de las personas con discapacidad y a la tercera edad respectivamente, si bien estos no cuentan con la misma protección que otros derechos fundamentales.

Importantes avances en esta materia en el ámbito nacional han supuesto la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, que reconoce tales como un derecho subjetivo. Además, cabe destacar el Real Decreto Legislativo 1/2013, de derechos de las personas con discapacidad.

En el ámbito autonómico, los derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios sociales vienen recogidos en la Ley 5/2009 de Servicios Sociales de Aragón y en el Decreto 66/2016, que aprueba la Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Aragón, donde se detallan con mayor profundidad.

La Ley 5/2019, de derechos y garantías de las personas con discapacidad en Aragón insta a las administraciones públicas incluidas en el Sistema

Público de Servicios Sociales a velar por el derecho de las personas con discapacidad al acceso a servicios y prestaciones para la atención de sus necesidades personales y el desarrollo de su personalidad, teniendo derecho a que éstos respondan a sus necesidades de apoyo singularizadas para poder desarrollar sus proyectos vitales en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos.

En base al Decreto 66/2016, los derechos de los usuarios de los servicios sociales en Aragón pueden agruparse en varios epígrafes:

Derecho de acceso a los servicios sociales

Las personas que se hallen en alguna situación de necesidad social tendrán derecho a acceder a los recursos y prestaciones del sistema público de servicios sociales que resulten idóneos.

- Derecho a acceder a las prestaciones y programas de servicios sociales acordes a su necesidad social en condiciones de igualdad, sin que puedan ser discriminadas por circunstancias personales o sociales.
- Derecho a recibir información suficiente, cierta y comprensible de la estructura y organización del Sistema Público, así como de los servicios, prestaciones y recursos disponibles y de las condiciones precisas para su reconocimiento o disfrute.
- Derecho a la valoración de sus necesidades sociales que, en su caso, pueda dar lugar al reconocimiento o disfrute de una atención o prestación social adecuada, así como a conocer el resultado de dicha valoración.
- Derecho a conocer el estado de tramitación de los procedimientos en que sea parte y a acceder al contenido de su expediente personal, en los términos establecidos normativamente.
- Derecho al reconocimiento de las prestaciones garantizadas del Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón, en los plazos normativamente establecidos, sin demoras que no se hallen objetivamente justificadas.
- Derecho a acceder, de forma prioritaria, a aquellas prestaciones que posibiliten la permanencia en el entorno habitual.
- Derecho a la accesibilidad universal en las condiciones legalmente establecidas.
- Derecho a conocer, con carácter previo, la situación administrativa de aquellos centros y servicios a los que se pretenda acceder para recibir atención social.

- Derecho a recibir atención urgente cuando existan graves riesgos para la vida o la salud de la persona usuaria o de terceros, así como cuando concurren razones de atención prioritaria reglamentariamente establecidas o lo acuerde la autoridad judicial.

Derecho a una atención continuada y personalizada

Las personas usuarias de los servicios sociales han de recibir una atención continuada y personalizada acorde a sus necesidades y circunstancias, que contribuya a un desarrollo personal adecuado.

- Derecho a recibir una atención social ajustada a las necesidades y circunstancias específicas personales.
- Derecho a disponer de un plan de atención, en función de la valoración de su situación, mediante el cual se garantice una atención continuada y de carácter integral a sus necesidades sociales.
- Derecho a solicitar un segundo diagnóstico o valoración de sus necesidades, así como a instar la modificación o revisión de su plan de atención, cuando lo justifiquen los cambios en su situación.
- Derecho a permanecer atendido por los mismos profesionales, cuando ello contribuya al bienestar de las personas y las condiciones de organización del servicio o centro lo hagan posible.
- Derecho a disponer de un profesional de referencia, que sirva de interlocutor permanente para la persona atendida, que vele por la necesaria actualización o revisión de su plan de atención, cuando el cambio de las circunstancias lo justifique, y asegure la coherencia del proceso de atención integral y la coordinación con los demás sistemas destinados a promover el bienestar social.
- Derecho a cambiar de profesional de referencia, en los términos establecidos reglamentariamente.
- Derecho a recibir las prestaciones garantizadas del Catálogo de Servicios Sociales, de forma continuada en tanto se hallen en situación de necesitar tal prestación.
- Derecho a participar en el procedimiento de elaboración del plan de atención destinado a dar respuesta a sus necesidades sociales, así como en la toma de decisiones sobre su proceso de intervención social.

Derecho a una atención de calidad

Las personas usuarias de los servicios sociales tienen derecho a recibir una atención de calidad, que se ajuste a los requisitos y estándares fijados para

la obtención de la autorización o acreditación de los diferentes servicios y centros.

- Derecho a conocer los criterios de calidad y estándares a los que necesariamente ha de ajustarse la prestación o actividad de un determinado servicio o centro social.
- Derecho a ser atendido por profesionales debidamente cualificados, integrados en equipos técnicos de carácter interdisciplinar.
- Derecho a participar en los procedimientos de evaluación de servicios y centros, así como en aquellas iniciativas, de carácter participativo, que se impulsen orientadas a la mejora continua de la atención social.
- Derecho a conocer y hacer uso de los mecanismos de quejas y sugerencias habilitados para canalizar opiniones, demandas o propuestas de las personas usuarias.
- Derecho a recibir respuesta a sus quejas y sugerencias, en los términos establecidos en la normativa de aplicación.

Derecho al respeto a la libertad y la autonomía individual

Todas las personas usuarias de los servicios sociales han de ser tratadas con respeto a la dignidad que les corresponde como personas, con plena garantía del conjunto de los derechos y libertades de los que son titulares.

- Derecho al libre ejercicio de sus derechos y libertades, con respeto a los derechos de las otras personas y a las obligaciones que establece el ordenamiento jurídico.
- Derecho al ejercicio de la libertad individual para el ingreso, la permanencia y la salida del centro en que reciban atención social, con las limitaciones establecidas en la legislación vigente para las personas menores de edad, incapacitadas o incurso en medidas judiciales de internamiento.
- Derecho a la renuncia a las prestaciones y servicios reconocidos, salvo que la misma afecte a los intereses de los menores de edad o de personas incapacitadas.
- Derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto, respetando en su ejercicio el funcionamiento normal del establecimiento y la libertad de las demás personas.
- Derecho a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o terceras personas.

- Derecho a la intimidad y privacidad en las acciones de la vida cotidiana.
- Derecho a la confidencialidad de los datos e informaciones que consten en sus expedientes personales, de acuerdo con la legislación de protección de datos de carácter personal.
- Derecho al secreto de sus comunicaciones, salvo resolución judicial que lo suspenda.
- Derecho a comunicar y recibir libremente información por cualquier medio de difusión.
- Derecho al reconocimiento como domicilio, a todos los efectos, del centro residencial donde vivan.
- Derecho a personalizar el entorno en el centro donde residan con objetos propios, siempre y cuando respeten los derechos de las otras personas.
- Derecho a mantener una relación con el entorno familiar y social.
- Derecho a obtener información y apoyo para hacer la declaración de voluntades anticipadas, de acuerdo con la legislación vigente.

Derecho de participación de las personas

Las personas usuarias del Sistema Público de Servicios Sociales o sus representantes podrán participar en la planificación y desarrollo de los programas y actividades que les afecten.

- Derecho a participar en el diseño, seguimiento y evaluación de la política de servicios sociales y a designar representantes de las personas usuarias en el Consejo Aragonés de Servicios Sociales, mediante el procedimiento de elección que se establezca.
- Derecho a participar en la toma de las decisiones del servicio o centro del que sea usuario que incidan en las condiciones de prestación de la atención social, a través de los cauces establecidos, así como a asociarse para favorecer tal participación.
- Derecho a tomar parte en las actividades organizadas por el centro del que sea usuario y a contar con espacios de libre expresión, en los que poder dar a conocer iniciativas de los usuarios o realizar valoraciones sobre el funcionamiento de los servicios y centros de atención social.

La atención a los usuarios contemplará asimismo cualesquiera otros derechos reconocidos por la normativa vigente.

Los derechos de las personas serán ejercitados por las mismas, como titulares de los mismos, o por su tutor legal en caso de incapacitación.

Deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales

Los deberes a la hora de recibir un servicio son parte de la garantía del derecho y respeto del resto de las personas del entorno, tanto usuarios como profesionales. Estos, a través de la carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios sociales de Aragón se concretan en:

- Cumplir las normas que regulan cada una de las prestaciones del Catálogo de Servicios Sociales a las que accedan o de los programas de atención de los que sean beneficiarios.
- Facilitar los datos personales y familiares necesarios, así como presentar los documentos que sean imprescindibles para valorar y atender su situación.
- Comunicar aquellos cambios en su situación personal y familiar que puedan afectar a los servicios y prestaciones solicitadas o recibidas.
- Colaborar en la consecución de los objetivos del plan de atención.
- Contribuir a la financiación del coste de los servicios recibidos, en los términos que establezca la normativa aplicable.
- Destinar las prestaciones recibidas a la finalidad para la que fueron concedidas y reintegrar las indebidamente percibidas.
- Comparecer ante la Administración, a requerimiento del órgano que haya otorgado una prestación o lleve a cabo su seguimiento.
- Respetar la dignidad y los derechos del resto de las personas usuarias y de los profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de los servicios sociales.
- Cumplir las normas de funcionamiento interno de los servicios y centros.
- Utilizar de forma responsable las instalaciones y recursos materiales del servicio o centro.
- Cumplir cualquier otra obligación que establezca la normativa reguladora de los servicios y centros de atención social de la Comunidad Autónoma de Aragón. (Instituto Aragonés de Servicios Sociales, 2018, pp. 27-31).

MARCO ADMINISTRATIVO

(Basado en el trabajo de consenso realizado en el Marco y Modelo de atención y gestión residencial)

La responsabilidad del Gobierno de Aragón en la atención a la dependencia y/o discapacidad se enmarca en el Departamento de Ciudadanía y Servicios Sociales, y se concreta desde el Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

La organización territorial del IASS se distribuye en tres servicios provinciales: Huesca, Teruel y Zaragoza, que son los que gestionan los centros y servicios para la atención a las personas con dependencia y/o discapacidad.

Cada servicio provincial se compone de dirección, secretaría y subdirecciones.

En el Servicio Provincial de Zaragoza existen las subdirecciones provinciales de:

- Prestaciones y programas sociales.
- Protección a la infancia y tutela.
- Atención a las personas en situación de dependencia, mayores y discapacidad.

En los Servicios Provinciales de Huesca y Teruel, existen las subdirecciones de:

- Prestaciones, programas y centros.
- Protección, reforma de menores y tutela de adultos.

El catálogo de servicios sociales de la comunidad autónoma de Aragón fue aprobado por el Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón.

Según el mismo, los servicios destinados a personas en situación de dependencia son:

1. Servicio de valoración de la situación de dependencia.
2. Servicio de valoración de la discapacidad.
3. Prestaciones económicas:
 - Prestación vinculada al servicio.
 - Prestación para cuidados en el entorno familiar.
 - Prestación de asistencia personal.
 - Prestaciones económicas para la adquisición de ayudas técnicas, adaptaciones del hogar y accesibilidad universal.
 - Pensiones.
 - Becas de apoyo para el pago de centros asistenciales.
 - Prestaciones complementarias.
4. Servicios de alojamiento permanente o temporal:
 - Alojamiento para mayores en situación de dependencia.
 - Alojamiento para mayores en situación de dependencia con trastornos de conducta.
5. Servicios de estancia diurna para mayores en situación de dependencia.
6. Servicios de atención nocturna.
7. Hogares para personas mayores.
8. Servicios de prevención de las situaciones de dependencia. Programa de envejecimiento activo.
9. Servicios de atención socio-terapéutica y de formación para cuidadores y para personas en proceso de dependencia (Programa Cuidarte).
10. Servicios para la autonomía de las personas.
11. Teleasistencia.
12. Ayuda a domicilio.
13. Servicio de transporte adaptado para personas en situación de dependencia.
14. Servicio de tutela de adultos.

Los servicios destinados específicamente a personas con discapacidad contemplan:

1. Servicio de valoración de la discapacidad.

2. Servicio de orientación e información especializada para la discapacidad.
3. Atención temprana.
4. Servicios de alojamiento permanente o temporal:
 - Alojamiento para personas con discapacidad física.
 - Alojamiento para personas con discapacidad intelectual.
5. Servicios de estancia diurna para personas con discapacidad intelectual.
6. Centros Ocupacionales para personas con discapacidad intelectual.

Programas de promoción de la autonomía personal y prevención de situaciones de dependencia

La gestión del IASS para el desarrollo de los programas de promoción de la autonomía personal y prevención de situaciones de dependencia se desarrolla en su red de hogares para personas mayores.

El objetivo principal de los programas es generar itinerarios de atención para las personas desde la plena autonomía hasta la dependencia moderada en un entorno de proximidad a su domicilio, tanto para ellas como para los familiares que las cuidan. Se procuran servicios flexibles que den respuesta a las necesidades cambiantes durante el proceso que viven las personas coordinados con otros servicios de la comunidad.

Los Hogares y Centros de Personas Mayores del IASS tienen como función principal la puesta en práctica de las políticas sociales a través de fomentar la participación social de las personas mayores y la oferta de actividades que favorezca un envejecimiento activo.

La red de centros dependientes del IASS está compuesta por 31 hogares distribuidos de manera desigual por el territorio aragonés que acogen a cerca de 120.000 socios.

Los Hogares de Mayores tienen como finalidad primordial favorecer la calidad de vida y el desarrollo individual, grupal y comunitario de las personas mayores, mediante acciones que fomentan el envejecimiento activo y la prevención de situaciones de dependencia.

Las actividades dan sentido a la vida de los Hogares como espacio de convivencia y soporte de la intervención básica en la línea de los servicios del envejecimiento activo (Conferencia de la OMS de Madrid 2002) que insta a prevenir el aislamiento (según las directrices de la U.E. en su estrategia 2020) y fomentar el mantenimiento del nivel de autonomía el máximo tiempo posible para retrasar al máximo las situaciones de dependencia que tantos recursos económicos y humanos precisan de la sociedad y las familias.

Los Hogares de Personas Mayores prestan una serie de servicios o prestaciones propios dirigidos a la protección del mayor y el desarrollo de su envejecimiento activo:

- Apoyos para mantenimiento en el entorno.
Recursos e instalaciones que ofrecen un hábitat confortable y seguro que facilitan la permanencia de los socios en su domicilio:
 - Comedor social.
 - Peluquería.
 - Podología menor.
 - Sala de lectura.
 - Cafetería.
 - Salón social.
- Información y acogida.
 - Presta información sobre recursos y actividades propias del Centro y el acceso a los mismos.
- Envejecimiento activo.
- Fomento del voluntariado en las personas mayores.
- Participación y animación comunitaria.
Actividades de animación comunitaria, de fomento y promoción del asociacionismo que favorecen la participación en el desarrollo de la comunidad, la promoción del voluntariado y la ayuda mutua.
- Apoyo de personas mayores en situación de dependencia y sus familias.
Actividades y programas dirigidos a apoyar a las personas y familias cuidadoras de personas en situación de dependencia:
 - Programa CuidArte: desarrolla intervención grupal para cuidadores familiares y para promoción de la autonomía personal.
 - Servicio de Formación para personas cuidadoras.

Programa de envejecimiento activo

El programa de envejecimiento activo del IASS se desarrolla en torno a las actividades que al efecto se organizan en la red de Hogares de Personas Mayores del IASS y el nivel de intervención es de prevención primaria.

El programa de Envejecimiento Activo sigue las directrices de la OMS que define el envejecimiento activo como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Las actuaciones en este campo significan trabajar en un nivel preventivo para mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece.

Ofrece una serie de acciones formativas en las diferentes áreas fundamentales recomendadas por la OMS:

- Área de Promoción y Mantenimiento de las capacidades físicas.
- Área de Promoción y Mantenimiento de las capacidades cognitivas.
- Crecimiento Personal, talleres de envejecimiento saludable.
- Promoción y Uso de las Nuevas Tecnologías de la Información.

En los niveles de prevención secundaria y terciaria se desarrollan los servicios para la autonomía de las personas recogidos en el Catálogo de Servicios Sociales de Aragón:

1. Servicio de prevención de la dependencia. Proporciona actividades que previenen la aparición de las situaciones de dependencia en las personas mayores.

Los servicios prestados son:

- Rehabilitación y terapia ocupacional.
- Estimulación cognitiva.
- Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.
- Formación:
 - en tecnologías de apoyo y adaptaciones del hogar.
 - en habilidades para el autocuidado dirigidas a las personas en situación de dependencia.
- Atención social.

La naturaleza de la prestación es complementaria y con copago.

Las personas beneficiarias de este servicio son personas mayores frágiles o de alto riesgo de dependencia. Este concepto indica situación de riesgo de dependencia, pero sin padecerla aún, siendo potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica.

Esta situación viene determinada por la presencia de al menos uno de los siguientes criterios:

- a) **Criterios demográficos:** tener más de 80 años.
 - b) **Criterios clínicos:** presentar situaciones clínicas con alta probabilidad de producir pérdida funcional (enfermedad poliarticular, artrosis, artritis, secuelas de fracturas, enfermedad neurológica degenerativa, demencia, enfermedad de Parkinson, etc, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, insuficiencia circulatoria de miembros inferiores avanzada, ictus, déficit sensorial en visión y/o audición, depresión...).
 - c) **Criterios sociales:** vivir sólo, viudedad reciente, bajo nivel socioeconómico, cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante), institucionalización, aislamiento social, falta de apoyo social, problemas en la vivienda, rechazo de su situación...
 - d) **Criterios sanitarios:** ingreso hospitalario reciente (últimos 12 meses), polimedicación (4 ó más fármacos).
2. El Servicio de Promoción de la Autonomía Personal (P.A.P.) ofrece un conjunto de actuaciones tendentes a mejorar las condiciones de autonomía personal a las personas en situación de dependencia valoradas con Grado I y II y ofrece los siguientes servicios:
- Los de habilitación y terapia ocupacional.
 - Estimulación cognitiva.
 - Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.
 - Formación:
 - en tecnologías de apoyo y adaptaciones del hogar.
 - en habilidades para el autocuidado dirigidas a las personas en situación de dependencia.
 - Atención social.

La naturaleza de la prestación es esencial y gratuita.

Las personas beneficiarias de este servicio son las personas valoradas por el Sistema Aragonés de Atención a la Dependencia con un Grado I ó II mayores de 18 años.

Los servicios de prevención y de promoción de la autonomía personal impulsan actuaciones desde un enfoque preventivo, adaptador y recuperador para desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las

normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.

3. Servicio de formación para los cuidadores familiares de personas en situación de dependencia. Proporciona formación integral desde un enfoque interdisciplinar para los cuidadores de personas en situación de dependencia con el objeto de alcanzar una mejor competencia en el desarrollo de las tareas cotidianas de atención a sus familiares en situación de dependencia, favoreciendo el mantenimiento y desarrollo de los niveles de autonomía de la persona y el desenvolvimiento en su propio entorno.

La naturaleza de la prestación es complementaria y gratuita.

Este servicio se dirige a las personas cuidadoras familiares que lo soliciten, así como a los cuidadores de personas en situación de dependencia que perciban una prestación económica del entorno familiar.

4. Servicio de atención socioterapéutica para cuidadores de personas en situación de dependencia. El servicio facilita el refuerzo de las capacidades personales y la adquisición de habilidades para cuidarse y afrontar el momento que viven las personas cuidadoras. La intervención profesional se realiza a través de la constitución de un grupo, gestionando las situaciones que en él se viven en beneficio de las personas que lo componen.

La naturaleza de la prestación es complementaria y gratuita.

El Servicio de atención socioterapéutica se dirige a las personas cuidadoras de sus familiares en situación de dependencia o personas mayores en situación de fragilidad.

MODELO CONCEPTUAL. MODELO DE ATENCIÓN DESEADO

La gestación de un cambio de paradigma

La beneficencia fue el origen de lo que hoy conocemos como servicios sociales. Con la aprobación de las primeras leyes de servicios sociales en España durante los años 80 del siglo XX, se da el paso a la protección social y a su modernización (Aguilar, 2010). Los servicios residenciales se profesionalizan y se desarrolla un modelo asistencial que se ha denominado centrado en el servicio (Martínez, Diaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2014). La eficiencia es un valor central, la atención parte de los déficits y necesidades, los profesionales ostentan la autoridad del conocimiento técnico y deciden, en muchas ocasiones, qué es más conveniente para las personas. Se trabaja para ellas ofreciendo un servicio muy tecnificado, a gran escala y centrado en la solución de problemas para que el servicio funcione eficazmente. Son las personas las que se adaptan al servicio más que el servicio a sus deseos.

En la segunda mitad del siglo XX, de la mano de Carl Rogers (1902-1987) surge una nueva corriente de la psicología humanista, la Terapia Centrada en el Cliente (Rogers, 1961) (como se citó en Martínez, 2016). Toma distancia de las corrientes prevalentes en ese momento: el conductismo y el psicoanálisis. Su nueva mirada destaca por el interés en centrarse en la persona y el significado que ésta da a su experiencia, su capacidad de autonomía, de crear, de autorrealizarse. El ser humano se desarrolla en un contexto humano, su vida se desarrolla en grupos y éstos tienen un efecto en su vida, las personas pueden apoyarse en otros para su desarrollo. Los seres humanos tenemos capacidad para encontrar la respuesta a nuestras preguntas y desde nuestro autodescubrimiento construimos las relaciones de interdependen-

cia con los otros. Rogers desarrolla un modelo terapéutico no directivo que se fundamenta en los siguientes principios: la aceptación incondicional del otro, la empatía o capacidad de ponerse en el lugar del otro y la autenticidad o congruencia. Son estas actitudes del terapeuta las que facilitan la construcción de una nueva forma de desarrollar la relación terapeuta-cliente.

Este cambio de paradigma ha tenido su influencia en distintos ámbitos asistenciales en los que profesionales acompañan o ayudan a personas en sus procesos. Puede considerarse a Carl Rogers el precursor de la Atención Centrada en la Persona, conocida como ACP (Martínez, 2016).

La atención centrada en la persona (ACP)

«El enfoque de Atención Centrada en la Persona (...) es considerado por distintos organismos internacionales como un eje clave en la calidad de los servicios y cuenta ya con cierto recorrido en su aplicación tanto en los servicios sociales como sanitarios en los países más desarrollados. Su aportación fundamental es situar a la persona usuaria como agente activo en el centro del servicio, organización y proceso de atención, desde el reconocimiento de su singularidad y desde el respeto a su autonomía personal, es decir, a sus decisiones, a su modo de vida, preferencias y deseos» (Martínez, 2016, p. 12).

La ACP supone un cambio de modelo asistencial que pasa de enfocar el déficit a poner en valor las capacidades de las personas, de la protocolización de la atención igual para todos los individuos al respeto al modo de vida previo a la atención que van a recibir, de la eficiencia organizativa a la consideración de las preferencias y deseos de las personas como nuevas formas de desarrollar los servicios.

El modelo ACP tiene su origen hace varias décadas. En el campo de la medicina inglesa se sitúan importantes antecedentes, en 1950 Michael Balint propone el término «medicina centrada en el paciente» en el que elementos como el empoderamiento de los pacientes y las decisiones compartidas médico-paciente entran en juego. 50 años después, desde la enfermería se adopta este enfoque y Nolan en 2001 añade la importancia de la singularidad, la biografía y el entorno de cada persona al momento de atenderle. En el campo de la terapia ocupacional en Canadá introducido por la Canadian Association of Occupational Therapist en 1991 y 1997, se desarrolla una mirada integradora de las capacidades de cada persona con la actividad significativa y en el entorno de cada una de ellas (Martínez, 2016).

Es en el campo de la atención a las personas con discapacidad en el que empieza su desarrollo en los servicios asistenciales. La calidad de vida es un concepto ligado a la atención centrada en la persona, en ese sentido el modelo de Schalock y Verdugo son un referente en su aplicación en este ámbito (Martínez, 2011).

La ACP en la atención gerontológica y especialmente a las personas con demencia tiene un importante desarrollo en los últimos años del siglo XX que se extiende hasta nuestros días.

Influencia del enfoque en el contexto jurídico

El avance del enfoque ACP empieza a materializarse y a influir en la promulgación de nuevos derechos sociales en normativas de ámbito internacional, estatal y autonómico. No se menciona como tal modelo, pero su terminología y sus principios están presentes en mayor o menor medida en los textos legales de principios del siglo XXI.

El 13 de diciembre de 2006, la Asamblea General de la ONU promulgó la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, que fue ratificada por España en 2008.

En su artículo 1 se establece que la Convención pretende «promover, proteger y asegurar el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente».

En España y en paralelo se está elaborando en ese mismo momento la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante LAAD). Supone un antes y un después en el sistema de servicios sociales al reconocer las prestaciones como un derecho subjetivo universal para todos los españoles (Santos, 2012). Podemos distinguir en los principios de esta ley conceptos que hemos visto desarrollados en el mapa ideológico de la ACP: la atención integral e integrada, la acción positiva, el máximo desarrollo de la autonomía de las personas, el valor del entorno y la permanencia en él, la calidad y accesibilidad de los servicios.

«Las influencias de la Ley van más allá y muchos de sus mecanismos concretos, y de sus planteamientos filosóficos, han pasado a formar parte del nuevo bagaje que incorporan las leyes de servicios sociales de segunda generación que se han publicado tras su aprobación» (Santos, 2012, p. 104).

Mucho se ha debatido sobre el objeto del sistema de servicios sociales. La amplitud y complejidad dificultan su delimitación que podría concretarse en el desarrollo de las personas en sus dimensiones personal y social. El sistema organiza la atención en torno a las necesidades de:

«Estar informado para acceder a los recursos sociales, disponer de un entorno de convivencia personal y social adecuado, estar plenamente integrado en la sociedad en la que se vive, tener cubiertas las necesidades básicas, tener autonomía personal y tener una participación ciudadana activa en la sociedad en la que se vive» (Santos, 2012, pp. 114-115).

En Aragón, se promulga la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. En ella, se establecen como objetivos de las políticas de servicios sociales promover la autonomía personal, familiar y de los grupos a través del desarrollo de sus capacidades, la atención digna durante todas las etapas de la vida. Los principios de autonomía personal, de atención personalizada, en referencia al reconocimiento de la singularidad de las personas, y continuada nos conectan directamente con los principios rectores del enfoque ACP.

La citada Ley de Servicios Sociales aragonesa concreta nuevas medidas, conceptos y derechos hasta ese momento inéditos en la regulación del sistema público de servicios sociales. Por su coherencia con los conceptos básicos de la ACP voy a reseñar algunos: a ser tratadas con respeto a la dignidad que les corresponde como personas, con plena garantía de los derechos y libertades fundamentales, a contar con una persona que actúe como profesional de referencia que sirva como elemento de contacto permanente y que vele por la coherencia del proceso de atención y la coordinación con los demás sistemas, a participar en la toma de decisiones sobre el proceso de intervención, a recibir una atención personalizada de acuerdo con sus necesidades específicas.

Con la promulgación de estas dos leyes ya no estamos tan sólo en un contexto teórico, en una propuesta de enfocar la realidad desde una visión distinta, sino que nos encontramos ante un mandato legal que va a regir las actuaciones que desde el Gobierno de Aragón se van a ir produciendo desde el momento de su aprobación en el diseño de su sistema de servicios sociales.

Podríamos decir que teoría, práctica y marco jurídico han iniciado su camino de forma independiente, pero han encontrado algunos puntos de confluencia con una clara influencia de los conceptos principales del enfoque ACP en las normas legales promulgadas en los últimos años». (Sánchez, 2018, pp. 6-10)

Dos modelos conceptuales estrechamente ligados entre sí configuran el marco asistencial deseado:

CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

(Definición copiada íntegramente del trabajo de consenso realizado en el Marco y Modelo de atención y gestión residencial)

La calidad de vida debe ser el principio referente en la organización de servicios de apoyos para mejorar la vida de las personas con dependencia y/o discapacidad.

El concepto de calidad de vida de Schalock y Verdugo ha sido el más citado internacionalmente en el ámbito de la discapacidad intelectual, y se está extendiendo en los últimos años a otros colectivos y al ámbito de los servicios sociales en general.

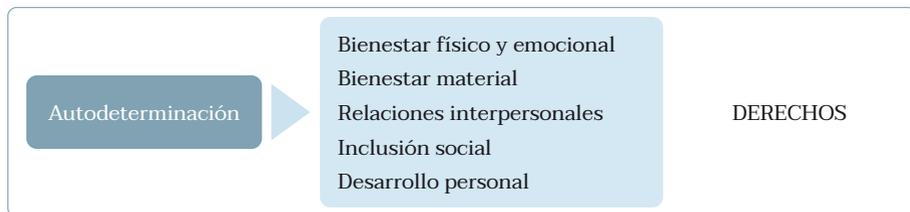
Se define calidad de vida como «Un estado deseado de bienestar personal que: a) es multidimensional; b) tiene propiedades éticas –universales y énicas– ligadas a la cultura; c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y d) está influenciada por factores personales y ambientales».

El concepto de calidad de vida se fundamenta en ocho dimensiones, a la vez que propone una serie de criterios para su desarrollo e indicadores para su evaluación:

1. Dimensión de bienestar emocional. Tiene en cuenta los sentimientos y la satisfacción, el auto concepto de sí mismo y la ausencia de estrés.
2. Dimensión de relaciones interpersonales. A partir de la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con su familia,) y sentirse querido por las personas importantes a través de contactos sociales positivos y gratificantes.
3. Dimensión de bienestar material. Contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan una vida confortable, saludable y satisfactoria.
4. Dimensión de desarrollo personal. Tiene en cuenta las competencias y habilidades sociales, la utilidad social...
5. Dimensión de bienestar físico. Estado de salud. Capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria y se ve facilitado con una atención sanitaria adecuada.
6. Dimensión de autodeterminación. Se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones. La autonomía personal, como derecho fundamental que asiste a cada ser, permite organizar la propia vida y tomar decisiones entorno a metas y valores personales.
7. Dimensión de inclusión social. Participar en la comunidad, ser reconocido y aceptado.
8. Dimensión de la defensa los derechos. Conocimiento y respeto de los derechos como ser humano.

Este esquema pretende transmitir la idea de que los derechos, iguales para todo ser humano, son la base desde la que se garantiza el resto de las di-

mensionen de la calidad de vida. Además, a través de su autodeterminación, las personas deciden y controlan cómo quieren que sea su vida.



Si analizamos este concepto, considera la calidad de vida como combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, que son priorizados a nivel individual según los valores, las aspiraciones y las expectativas de la persona. Así este modelo otorga al individuo la capacidad para determinar la importancia de los diferentes aspectos. La dimensión de autodeterminación aparece en un nivel jerárquico diferente desde el cual la persona define sus condiciones de vida. (Instituto Aragonés de Servicios Sociales, 2018, pp. 37-38)

EL ENFOQUE DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

La ACP no tiene una única definición, aparece como un concepto complejo y multidimensional que se ve modificado por cada una de las realidades en las que se aplica. (Martínez, 2017) Se han apuntado en las páginas anteriores los orígenes y las ideas principales de este enfoque y se presenta la siguiente definición:

La ACP apuesta porque las personas sean el eje vertebrador de los servicios y su auténtico fin. Parte del reconocimiento de la dignidad de toda persona con independencia de su estado físico, mental u otras circunstancias sociopersonales. Entre los elementos definitorios suelen ser destacados el reconocimiento de cada persona como ser global, singular y valioso junto con su derecho a la gestión de la propia vida y a decidir sobre sus cuidados. Esta visión del buen cuidado aporta elementos metodológicos innovadores como el cuidado en la historia de vida, la planificación centrada en la persona o los profesionales de referencia. Además, enfatiza el papel del entorno como facilitador (o barrera) de la ACP, cobrando gran relevancia elementos como una actividad cotidiana significativa, el diseño de espacios físicos hogareño o las variables organizativas de los servicios. (Martínez, 2017, p.84)

El mapa ideológico del modelo de atención centrada en la persona

La literatura centrada en la aplicación del enfoque ACP en la gerontología propone unos principios rectores que rigen el modelo. La persona es poseedora, por el hecho de existir, de dignidad y de derechos. Cada uno de

nosotros somos seres singulares, y tenemos derecho a desarrollar nuestro propio y particular proyecto de vida. Los principios se asocian a criterios metodológicos que el modelo debe desarrollar para su cumplimiento, así como a criterios de actuación que hacen posible su aplicación en la atención. (Rodríguez, 2013) Se refieren a continuación:

El **principio de autonomía** entendido como derecho a mantener el control sobre la propia vida y a actuar con libertad, requiere actuar con un criterio de diversidad y empoderamiento. Los servicios ofrecerán opciones, posibilidades que hagan real la posibilidad de elegir y el ejercicio de la autonomía de las personas usuarias.

El **principio de individualidad**, de reconocimiento de singularidad de cada persona, aunque todas poseamos los mismos derechos. Se desarrolla aplicando criterios de personalización y flexibilidad. El conocimiento de la historia de vida, preferencias y deseos de la persona posibilitarán el respeto a este principio.

El **principio de independencia** reconoce a la persona como poseedora de capacidades, no importa los apoyos que precise. El criterio de prevención y visibilización de las capacidades es un enfoque que parte de lo que existe en lugar de enfocar sobre lo que falta. Este abordaje positivo facilita el desarrollo del principio.

El **principio de integralidad**, las personas somos un todo donde las distintas dimensiones que nos configuran (aspectos físicos, cognitivos, emocionales, sociales...) son dinámicas y por lo tanto cambiantes. El respeto a este principio requiere aplicar criterios de globalidad diseñando intervenciones multidimensionales, desde una mirada holística a cada una de las personas.

El **principio de participación en el entorno**, en la comunidad, como parte del desarrollo humano. Las intervenciones técnicas se planificarán desde los criterios de accesibilidad e interdisciplinariedad.

El **principio de inclusión social** entendido como el derecho a acceder a los recursos sociales y culturales y a contribuir socialmente desde sus capacidades. Actuaciones y servicios planificados con criterios de proximidad al entorno de la persona y con un enfoque comunitario evitarán el aislamiento y favorecerán el desarrollo social.

El **principio de continuidad de atención** ofrecerá un itinerario a las personas que dará respuesta a las necesidades que puedan surgir en su proceso vital. Este itinerario se organizará desde criterios de coordinación y convergencia de todas las actuaciones y servicios profesionales y de los apoyos sociales y familiares de las personas.

ENFOQUE ACP EN LA GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS

Determinar las dimensiones del modelo y consensuar sus componentes ha formado parte de un trabajo realizado por Martínez en el que ambos elementos han sido validados por un grupo de expertos nacionales procedentes de distintas disciplinas. Describir el modelo a través de dimensiones y componentes significa que se pueden concretar en actuaciones e indicadores que van a identificar las tareas a desarrollar y a permitir su evaluación. (Martínez, 2017) Por otra parte, suponen una estructura común con otros servicios de la que, en función de las características de la atención que se preste, resaltarán más unos componentes u otros o requerirán una concreción distinta según los objetivos que se persigan.

Reconociendo la propuesta de consenso realizada por Martínez (2017), se aceptan dos dimensiones: las prácticas centradas en la persona y el entorno facilitador de ACP. Dentro de cada una de ellas se desarrollan cinco componentes que se expresan en las tablas 9 y 10. Cada uno de esos componentes se han concretado en intervenciones clave aplicables a los Servicios PAP. Éstas han sido validadas por cuatro equipos que implementan los citados servicios y han sido revisados y aprobados por Martínez. Con este trabajo dirigido desde la gestión de los Servicios PAP se adapta la herramienta de evaluación participativa Avanzar de Martínez. Esta herramienta facilitará la implementación del enfoque ACP en los servicios PAP y su evaluación como eje central de la calidad.

Tabla 9. Dimensión 1. Prácticas centradas en la persona

Se refiere tanto al conjunto de actuaciones profesionales organizadas como las diversas interacciones que quienes cuidan y acompañan a las personas usuarias mantienen con ellos a lo largo del proceso de atención.

COMPONENTES	INTERVENCIONES CLAVE
Conocimiento de la persona	Conocimiento de la persona antes del ingreso al servicio. Valoración integral desde el conocimiento de la globalidad de la persona. Reconocimiento del valor de cada persona.
Autonomía	Información, conocimiento y consentimiento antes de incorporarse al servicio. Participación de la persona en su plan de atención. Elección y libre participación de actividades Apoyo a las situaciones que dificultan la participación o implican riesgo en el servicio. Apoyo a la autonomía y a las situaciones que implican riesgo en el entorno de la persona. Planificación anticipada de decisiones.
Comunicación	Trato respetuoso y comunicación positiva con las personas. Comunicación empoderadora. Empatía y comprensión de la perspectiva de las personas con necesidades psíquicas especiales. Estímulo a las narraciones de las personas.

COMPONENTES	INTERVENCIONES CLAVE
Individualización y bienestar	Adaptación personalizada en la llegada, adaptación y salida del servicio.
Intimidad	Confidencialidad de la información personal. Respeto a las relaciones afectivas, protección de la intimidad y confidencialidad en las relaciones personales y sociales.

Fuente: Sánchez, A. (2018). Herramienta de evaluación para el Servicio de Promoción de la Autonomía Personal Avanzar versión PAP

Tabla 10. Dimensión 2. Entorno facilitador

Se refiere a los distintos elementos del entorno que facilitan la aplicación efectiva de una atención centrada en la persona.

COMPONENTES	INTERVENCIONES CLAVE
Actividad en el servicio	Actividades personalizadas y significativas. Actividades adecuadas para las personas con necesidades psíquicas especiales. Promoción de la autonomía personal. Estímulo al aprendizaje. Estímulo a las relaciones interpersonales.
Espacio físico	Accesibilidad, confort y personalización del espacio.
Familia, cuidadores y amistades	Relaciones y colaboración con las familias y sus cuidadores. Atención a las familias.
Comunidad	Cercanía con la comunidad. Voluntariado. Encuentro intergeneracional.
Organización	Valores, normas y cultura ACP. Profesionales y equipos de trabajo. Profesionales de referencia. Formación, apoyo y puesta en valor de los/as profesionales. Evaluación y participación.

Fuente: Sánchez, A. (2018). Herramienta de evaluación para el Servicio de Promoción de la Autonomía Personal Avanzar versión PAP

Los Servicios PAP son prestados habitualmente cuando la persona está aún en su domicilio. Que las actividades que se realicen en el servicio puedan ser reproducidas en su entorno y le sean útiles para el desenvolvimiento en su vida cotidiana y que la persona mantenga su participación activa con su red social y en su comunidad son elementos relevantes sobre los que intervenir para lograr realmente la promoción de la autonomía de las personas.

MISIÓN, VISIÓN, VALORES

MISIÓN

Fomentar la calidad de vida de las personas en situación de fragilidad o de dependencia moderada y sus familiares cuidadores y red de apoyo como individuos y como miembros de una comunidad, mejorando su bienestar físico y emocional a través de actividades que fomenten la autonomía personal, las relaciones interpersonales, el aprendizaje, la satisfacción con la propia vida y con las tareas de cuidar y ser cuidado.

VISIÓN

Queremos ser:

- Una organización que comparta los valores y los integre en sus servicios, abierta al entorno social.
- Una organización con un modelo de gestión de calidad y orientado a la mejora continua.
- Un recurso útil, rentable y valioso por su función social.
- Servicios con equipos multidisciplinares motivados y comprometidos, que comparten un proyecto.
- Equipos técnicos apoyados por liderazgos comunicadores, abiertos e impulsores.
- Servicios que cuentan con las personas usuarias, sus familias y red de apoyo y planifican con ellas las actuaciones con las que mejor se alcance la misión de los mismos.

- Un servicio público de referencia en la promoción de la autonomía personal basado en valores éticos y en el empoderamiento de las personas, para ayudarlas a construir su propio proyecto de vida plena.

VALORES

Orientan nuestras actuaciones:

- La calidad de vida y la dignidad de la persona.
- Garantía de derechos de las personas usuarias y de sus familias.
- Calidad asistencial.
- Apoyo de la autodeterminación de las personas.
- Atención integral e individualizada reconociendo la singularidad de las personas.
- Atención centrada en el desarrollo personal.
- El principio de participación en el entorno, en la comunidad, como parte del desarrollo humano.
- Participación de las personas usuarias y sus familias en la organización y planificación de las actuaciones del servicio para que resulten significativas para su vida.
- Desarrollo profesional. Reconocimiento, formación y fomento de la participación e implicación con la organización.

OBJETIVOS, PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

(Adaptados para los Servicios PAP del trabajo de consenso realizado en el Marco y Modelo de atención y gestión residencial)

OBJETIVOS

Con las personas

1. Promoción y garantía de derechos. Las personas atendidas deben poder disfrutar de forma efectiva y en condiciones de igualdad de todos los derechos recogidos en nuestro marco nacional e internacional con el fin de poder llevar una vida digna y valorada, respetando su intimidad y privacidad individuales.
2. Mejorar la calidad de vida a través de actividades personalizadas y significativas en las dimensiones de bienestar físico, cognitivo, emocional y social.
 - 2.1. Conseguir, en la medida de lo posible, la recuperación si es posible o el mantenimiento de las facultades físicas perdidas y desarrollar al máximo las capacidades existentes, de forma que se obtenga la mayor independencia posible del usuario, aumentando su movilidad en general y consiguiendo que su estado físico y psíquico mejore su calidad de vida.
 - 2.2. Intervenir o habilitar, por medio de actividades, para mejorar las áreas de ocupación de la persona usuaria. Las áreas en las que va a intervenir son las actividades de la vida diaria, la corporal, la cognitiva, de ocio y tiempo libre y la del entorno.
 - 2.3. Fomentar el desarrollo social de la persona mayor en su entorno y en su familia con la finalidad de que afronte y tome decisiones acer-

ca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias acompañando el proceso de pérdida de capacidades de la persona en situación de dependencia y con el hecho de ser cuidado.

3. Desarrollar una planificación de atención consensuada con las personas usuarias, centrada en ellas y favorecer la participación de sus familias si ambas lo desean.

Con las personas cuidadoras

1. Mejorar la calidad de vida en la dimensión emocional.
 - 1.1. Prestar un servicio de intervención profesional a través de un grupo socioterapéutico que permita mejorar la calidad de vida en la dimensión emocional, promoviendo las capacidades de las personas para cuidar y cuidarse.
 - 1.1.1. Mejorar el estado emocional de las personas cuidadoras.
 - 1.1.2. Mejorar el autocuidado.
 - 1.1.3. Lograr que las personas participantes identifiquen sus necesidades.
 - 1.1.4. Adquirir estrategias para afrontar situaciones vividas como problemáticas.
 - 1.1.5. Facilitar el apoyo mutuo entre personas cuidadoras.
 - 1.1.6. Facilitar a las personas cuidadoras mecanismos de adaptación a su realidad.
 2. Formar para el cuidado de sus familiares.
 - 2.1. Dotar a las personas cuidadoras de conocimientos acerca de las necesidades de cuidado que requieren las personas a las que cuidan.
 - 2.2. Formar en habilidades para los cuidados en los distintos momentos de la situación de dependencia.
 - 2.3. Capacitar a las personas cuidadoras en el fomento de la autonomía de las personas a las que cuidan.

Con los profesionales

1. Disponer de equipamientos, instrumentos, materiales adecuados para el desempeño de su labor profesional.
2. Promover el trabajo en equipo.

3. Proporcionarles formación continua que asegure la calidad de la prestación del servicio.
4. Favorecer la satisfacción laboral y la motivación en el trabajo.
5. Promover la conciliación de la vida laboral, familiar y personal.

Con el servicio

1. Avanzar hacia un funcionamiento del centro orientado por el modelo de calidad de vida basado en un planteamiento y desarrollo ético de la persona desde la consideración de sus derechos.
2. Implantar un sistema de Atención Centrada en la Persona que se sustente en la consideración del apoyo al proyecto vital de la persona usuaria, con un profesional de referencia, participación familiar y con espacios y actividades significativos.
3. Desarrollo de un proyecto de servicio basado en la gestión por procesos, con criterios de calidad y mejora continua.
4. Favorecer el compromiso e implicación de los profesionales en la actividad del centro y las buenas prácticas desde la percepción de que su esfuerzo tiene pleno sentido.
5. Desarrollar procesos de mejora.
6. Favorecer la relación del servicio con su entorno y su apertura a la comunidad.
7. Búsqueda de recursos y alianzas necesarias para el éxito en el encargo social potenciando la coordinación efectiva entre los distintos servicios del entorno.

PRINCIPIOS Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN

En la atención de las personas usuarias

1. Promoción y garantía de derechos recogidos en el ordenamiento jurídico nacional e internacional, en especial:
 - Los profesionales del servicio garantizarán la igualdad en el trato, sin discriminación por razón nacimiento, raza, sexo, edad, religión opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
 - Los apoyos prestados a las personas usuarias responderán a sus necesidades y expectativas procurando el acceso a los mismos en condiciones de igualdad.

- En la organización y funcionamiento del servicio se respetará el derecho a la intimidad y privacidad. El secreto profesional será garantía de tal derecho.
- 2. **Los valores éticos** han de estar siempre presentes en los cuidados e intervenciones profesionales. Las personas atendidas en el servicio recibirán un trato digno. La atención proporcionada deberá protegerles de cualquier trato vejatorio o violento e igualmente, debe facilitarles mecanismos de protección y autodefensa.
- 3. **Calidad de vida.** Garantizar unas condiciones de vida satisfactorias para la persona teniendo en cuenta sus posibilidades y deseos. Este enfoque organiza la atención desde la persona a quien va destinada y orienta las intervenciones a la satisfacción de la persona usuaria.
- 4. **Proyecto vital.** Cada persona acumula experiencias, relaciones y valores en su historia de vida. Esta biografía y su proyecto actual deben ser valorados y tenidos en cuenta a la hora de planificar y prestar la atención.
- 5. **Autodeterminación.** Se deberá favorecer, en la medida de lo posible y en función de la capacidad, el máximo de autonomía en la toma de decisiones de las personas usuarias, fomentando su autoafirmación, la toma de decisiones y su participación en la elaboración del plan de atención. En los casos en los que existan dificultades para la toma de decisiones o deterioro cognitivo, debemos disponer de herramientas de apoyo, como un documento de historia de vida, registros de observación, el profesional de referencia y la participación familiar.
- 6. **Autonomía.** La atención en el servicio se orientará hacia las posibilidades de las personas y no hacia sus limitaciones, fortaleciendo sus capacidades para desarrollar una vida lo más normalizada y autónoma posible.
- 7. **Personalización e individualización.** Se debe proporcionar atención flexible y personalizada, adaptando en la medida de lo posible la organización y las intervenciones a las necesidades específicas de las personas atendidas.
- 8. **Integración y participación en la vida comunitaria.** Debemos prestar los apoyos necesarios para poder conseguir las mayores cuotas de integración y normalización: potenciación de las capacidades, entornos facilitadores y accesibles, y actividades de relación en y con la comunidad en la que se integra el servicio.

En la atención a las familias

1. La familia es el apoyo natural más importante, que aporta valores que ningún sistema profesional puede sustituir. La familia como lugar afec-

tivo de referencia es una pieza clave en el proceso vital de las personas atendidas. Por esta razón es importante favorecer los contactos que sean posibles, su colaboración y coordinación con la organización del servicio.

2. Respeto a la diversidad sociocultural debiendo ser atendidas de manera individualizada y respetando sus características sociales y culturales.
3. Respeto a la tutela legal que ejercen las familias y las decisiones que de ello se derivan.
4. Favorecer la opinión y participación de las familias, informando de la atención que se dispensa, estimulando y garantizando su participación y colaboración.
5. Apoyo, información y asesoramiento a las familias en la atención, cuidado y vivencias relacionadas con el proceso de dependencia.

En la organización del servicio y del trabajo

1. Entornos accesibles. Los espacios, equipamientos y entornos físicos, deberán estar adaptados para poder favorecer su utilización por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible.
2. Siempre se tendrá presente el principio ecológico de las actuaciones, considerando los factores ambientales y relacionales, en el que viven las personas y desarrollan sus vidas, como facilitadores o inhibidores del desarrollo, el bienestar y la satisfacción personal.
3. El servicio debe estar orientado a conseguir la máxima autonomía y bienestar posible de las personas, ser flexible y abierto a la comunidad.
4. Enfoque de calidad mediante la gestión por procesos. Desarrollo del mapa de procesos e implantación de aquellos que reflejen la actividad del servicio.
5. Fomento de la información, comunicación y participación de los profesionales en la organización y gestión del servicio.
6. La actividad se basará en el trabajo en equipo, de carácter interdisciplinar, como elemento que puede garantizar la atención de calidad de las personas atendidas.
7. Profesionalización y desarrollo de buenas prácticas que partan desde los valores éticos y el modelo de atención centrada en la persona, que deben guiar y orientar las actuaciones, desde la consideración de que las personas constituyen el recurso principal y fundamental de los apoyos que se les proporciona.

8. Se estimulará la competencia y desarrollo profesional, facilitando una adecuada formación profesional.
9. Establecimiento de condiciones dignas de trabajo y el reconocimiento a la labor profesional bien hecha, que fomentarán la satisfacción, participación e implicación de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2010; 135 (15): 713-9.
- AVIFES Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Recuperado de <<https://avifes.org/enfermedad-mental/>>.
- Baltar, A. L. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia: el papel de los pensamientos disfuncionales* (No. 12005). Imsero.
- Blanco, A. (Ed.). (2017). *Informe España 2017*. Universidad Pontificia Comillas, Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro.
- Burgos Garrido, P., Figueroa Rodríguez, V., Fuentes Verdugo, M., Quijada Hernández, I., & Espinoza Lavoz, E. (2015). Caracterización y nivel de conocimiento del cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al centro de salud Violeta Parra-Chillán.
- Comas D'Argemir, D. (2019) Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de Antropología Social*, 2015, 24. Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83842545017>>. ISSN 1131-558X.
- Crespo, M., & Martínez, J. L. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes: cuidarse para cuidar*. Pirámide.
- Crespo-López, M., & López-Martínez, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*, 35, 01-32.
- Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales. Gobierno de Aragón. (2018). *Estrategia de atención y protección social para las personas mayo-*

- res en Aragón. Recuperado de <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonServiciosSociales/Documentos/Estrategia_atencion_personas_mayores2.pdf>.
- Espinosa, A. J. M., Muñoz, F., & Portillo, J. (2005). Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. *Medicina de Familia (And)*, 6(3), 49-50.
- Fornés, A. C., & Gómez, S. L. (2018). Necesidades emergentes del cuidado informal de mayores dependientes: develando las voces de los cuidadores familiares. *Interciencia*, 43(5), 358-364.
- García Martín, J.M.^a (2012). Enfermedad mental y dependencia. *Actas de la dependencia. Volumen 5*, pp. 25-42.
- García, F. E., Manquían, E., & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 101-111.
- García, J. M. R. (2017). El cuidado de personas dependientes: perfil y costes personales. *EDITORIAL· EDITORIAL PÁG. 05 A FONDO· A FONS*, 9.
- Gómez, R., Fernández, C. y Cámara, N. (2018). «¿Quién cuida a quién? La disponibilidad de cuidadores informales para personas mayores en España. Una aproximación demográfica basada en datos de encuesta» Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 20. Recuperado de <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-informequiencuida-20.pdf>>.
- Gracia, A. (2018). *Servicio de Promoción de la Autonomía Personal: Análisis de las características y necesidades del perfil del usuario* (Trabajo Fin de Diploma). Facultad de Estudios Sociales de la Universidad de Zaragoza.
- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(2), 327-342.
- Grande Gascón, María Luisa, & González López, Lucía. (2017). Personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio: una mirada desde la vulnerabilidad y la fragilidad. *Index de Enfermería*, 26(3), 210-214. Recuperado en 28 de febrero de 2019, de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200019&lng=es&tlng=es>.
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Gobierno de Aragón. (2018). *Modelo de atención y gestión residencial. Marco y modelo de atención*.
- Martín Lesende I, Gorroñoigoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria. *Aten Primaria* 2010; 42 (7): 388-93.
- Martínez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Estudios de la Fundación Pila-

- res para la autonomía personal. Nº 3. Recuperado de <<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPenserviciosgerontologicos.pdf>>.
- Martínez, T. (2017). Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría. Volumen 31 (3), 83-89.*
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M., Rodríguez, P. (2014). *Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos.* País Vasco: Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS.* Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf>.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A.I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental.* Madrid, España: Editorial Complutense, S.A.
- Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020.* (2013). Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=BBF1628BBEBB66D8A203C98139D67427?sequence=1>.
- Poch, T. R. (1998). Trabajo Social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. *Cuadernos de trabajo social, (11), 103.*
- Rodríguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona.* Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal. Nº 1. Recuperado de <<http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>>.
- Rodríguez, P., Mateo, A., & Sancho, M. (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles.
- Sánchez, A. (2018). *Herramienta de evaluación para el Servicio de Promoción de la Autonomía Personal Avanzar versión PAP* (Trabajo Fin de Diploma). Facultad de Estudios Sociales de la Universidad de Zaragoza.
- sobre el Envejecimiento, S. A. M. (2003). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. *Nueva York: Naciones Unidas.*
- Transmisibles, G. O. D. E. N., & Mental, S. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol, 37(S2), 74-105.*
- Valle-Alonso, D., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L., & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria, 12(1), 19-27.*

