

GESTIÓN DE CASOS

PROCESO DESARROLLADO EN EL PROYECTO ACTUACIONES INNOVADORAS PARA AVANZAR EN EL CAMBIO DE MODELO HACIA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP.COM)



GESTIÓN DE CASOS

PROCESO DESARROLLADO EN EL PROYECTO ACTUACIONES INNOVADORAS PARA AVANZAR EN EL CAMBIO DE MODELO HACIA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP.COM)

Una de las acciones del Proyecto piloto *Next Generation* “Actuaciones innovadoras para avanzar en el cambio de modelo hacia la atención integral y centrada en la persona (AICP.COM)”, aplicado en domicilios y entornos comunitarios, que se desarrolló fue la realización de un **Seminario de debate entre personas expertas con objeto de compartir las diferencias y similitudes conceptuales y de aplicación de la metodología de Gestión de casos (GdC)**, que se producen en el campo de la salud y en el de los servicios sociales, y así poder orientar mejor el trabajo de acompañamiento a las personas y gestión de recursos que habría de hacerse en dicho proyecto piloto. Por tanto, **el consenso obtenido en dicho Seminario ha sido tenido en cuenta en el proceso las fases que aquí se presentan.**

Como es conocido, en el sector sanitario la gestión de casos se dirige a pacientes con problemas de salud complejos, habitualmente (aunque no sólo) derivados de la confluencia de varias enfermedades crónicas, que requieren una visión multidisciplinar y la intervención de diferentes perfiles profesionales, e incluso de más de un sector (salud y servicios sociales, al menos). En estas situaciones, la persona requiere ayuda para obtener una respuesta eficaz, y en sistemas tan fragmentados como el nuestro, esa ayuda puede venir de la mano de un/ una profesional de referencia que, además de intervenciones de atención directa, se ocupe de coordinar al equipo en torno a un plan de cuidados diseñado con la persona, en el que también participen los miembros de su red social o familiar. En la mayoría de los sistemas sanitarios es una enfermera quien ejerce ese rol para pacientes seleccionados utilizando algún instrumento de evaluación de la complejidad, a quienes luego se hace una valoración integral para orientar el plan de atención y el equipo de profesionales a movilizar. Se trata de un modelo de intervención “intensiva” que supone mayor inversión de tiempo y otros recursos que el que se utiliza con pacientes que acuden a consultar por una enfermedad aguda, con diagnóstico y tratamientos claros, o, incluso, con una o varias enfermedades crónicas que pueden manejarse con autocuidados y sistemas de apoyo.

Por su parte, en el sector de los servicios sociales, es la necesidad de apoyos y cuidados de larga duración por situaciones carenciales, en especial, por dependencia, pero también por fragilidad o situaciones de vulnerabilidad, fundamentalmente social (como puede ser el aislamiento y la soledad o la escasez de recursos), la que determina la utilización de la GdC.

GESTIÓN DE CASOS

PROCESO DESARROLLADO EN EL PROYECTO ACTUACIONES INNOVADORAS PARA AVANZAR EN EL CAMBIO DE MODELO HACIA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP.COM)

En estos casos puede o no requerirse la movilización de recursos sanitarios y la correspondiente coordinación sociosanitaria, pero sobre todo suele ser conveniente o necesaria la coordinación con otros niveles del propio sistema de servicios sociales (SAD, centros de día, teleasistencia, servicios de “respiro” para la familia cuidadora, productos de apoyo, residencias, prestaciones económicas...), así como de servicios o apoyos de otros sectores (vivienda, transporte, tecnología, educación, cultura), incluyendo de manera especial los recursos de la comunidad. Lo que habría de tenerse en cuenta es que la utilización de la GdC en los servicios sociales suele ser conveniente por diferentes situaciones de necesidad grave y también por fragilidad o vulnerabilidad. Para ello, es recomendable mantener una visión transversal y actuar tanto paliativamente en situaciones de dependencia, como, sobre todo, de manera preventiva con el objetivo de frenar o evitar el agravamiento de la situación-

El uso de la metodología de GdC ha sido más frecuente en el sector salud en los términos referidos, mientras que en los servicios sociales se ha venido utilizando mayoritariamente bajo la denominación de “acompañamiento social” para actuar, sobre todo, en ámbitos como la infancia, la atención temprana, la exclusión social o la discapacidad. En el campo de los CLD y, en especial, en la atención a personas mayores, no es común que se trabaje desde la GdC, por lo que, teniendo en cuenta la evidencia científica que muestra los excelentes resultados de esta metodología, se optó por incorporarla al proyecto AICP.COM desde su propio diseño.

Partiendo del modelo en el que se asienta y enmarca dicho proyecto (la Atención Integral y Centrada en la Persona - AICP-) **se ha trabajado utilizando como innovación el uso de la metodología de gestión de casos (GdC)** cuando se dirige a personas mayores y/o a personas con discapacidad que tienen riesgo o se encuentran en situación de CLD, **bajo la siguiente definición:**

- “ La metodología de gestión de casos desde la AICP se entiende como un proceso consistente en encomendar a un/a profesional de referencia que se haga cargo de un número determinado de casos y trace un itinerario de apoyos con la participación efectiva de las personas que los requieren. Los casos se seleccionan entre los que requieren una atención continuada en el tiempo, especialmente aquellos que revisten mayor complejidad en su abordaje y precisan de recursos provenientes de diversos niveles y sistemas de protección social y del ámbito comunitario, no necesariamente relacionados con situaciones graves de dependencia. ”

GESTIÓN DE CASOS



PROCESO DESARROLLADO EN EL PROYECTO ACTUACIONES INNOVADORAS PARA AVANZAR EN EL CAMBIO DE MODELO HACIA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP.COM)

La GdC constituye, así, un proceso coordinado y proactivo que involucra la detección, valoración, planificación, coordinación y seguimiento de los servicios y recursos necesarios y la evaluación de resultados y de impacto. Este enfoque facilita la comunicación entre los diferentes proveedores de atención, optimiza el acceso a los servicios y promueve la continuidad de la atención.

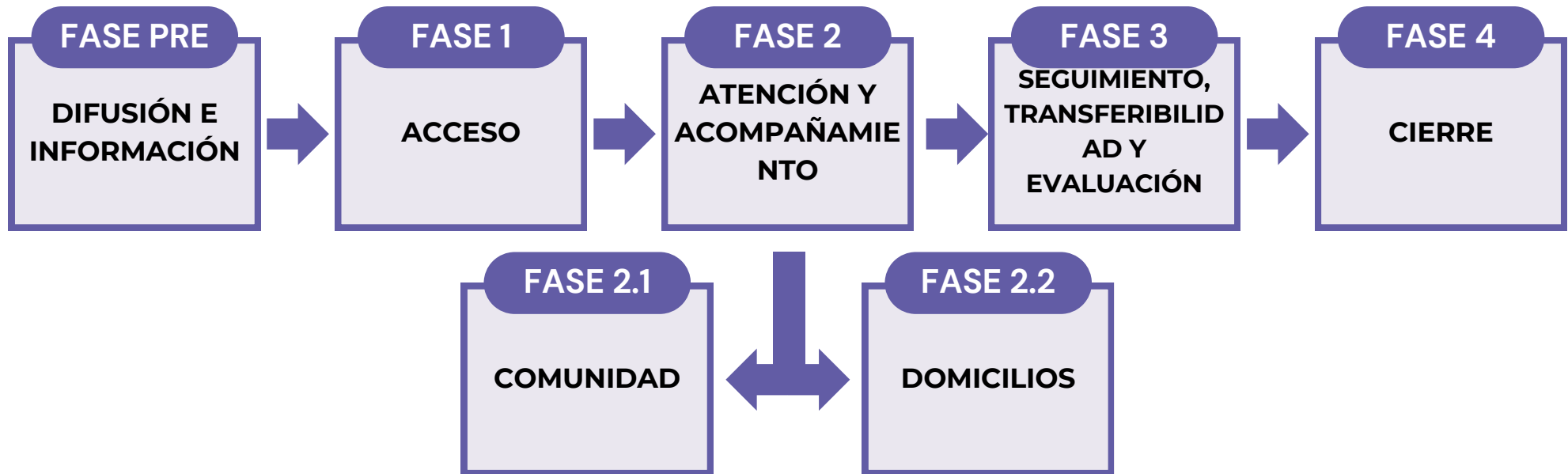
En este documento se muestra, de manera esquemática y accesible, **todo el proceso que se ha seguido a lo largo del proceso de desarrollo del Proyecto Next Generation AICP.COM,** y se ofrece y pone a disposición de las personas e instituciones interesadas que deseen implementar esta metodología, con la que se han conseguido muy positivos resultados.

Introducción por Pilar Rodríguez, directora del Proyecto AICP.COM y presidenta de Fundación Pilares para la autonomía personal

GESTIÓN DE CASOS

PROCESO DESARROLLADO EN EL PROYECTO ACTUACIONES INNOVADORAS PARA AVANZAR EN EL CAMBIO DE MODELO HACIA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP.COM)

FASES PRINCIPALES



PROCESOS DE SOPORTE



FASE PRE: DIFUSIÓN E INFORMACIÓN



DESCRIPCIÓN

Fase inicial del proyecto en términos de intervención directa que contempla la presentación y divulgación del mismo en cada uno de los territorios en los que se va a desarrollar.

De forma previa a esto tiene lugar un proceso de establecimiento de acuerdos base y alianzas con diferentes administraciones y de conformación de equipos.



¿CÓMO?

El abordaje de esta fase se articula a través de dos tipos de acciones en función de la realidad del territorio, del contenido y la forma de ofrecerlo. Se han desarrollado acciones formativas, reuniones bilaterales y actos de presentación de carácter institucional.



¿QUIÉN?

Equipo AICP.COM en colaboración con Admin. Pública y otros recursos comunitarios.



¿CUÁNDO?

Esta fase se concentra en el primer trimestre de ejecución del proyecto.



PRINCIPALES APRENDIZAJES

- Tratándose de un proyecto que tiene una organización nacional, es importante tener en cuenta en la planificación y ejecución cada territorio y sus particularidades. así como el marco normativo vinculado.
- Los convenios y acuerdos de colaboración deben ser operativos y suponer un compromiso integral, es decir, político y técnico.



OBJETIVOS

OE3 Crear, formar y consolidar redes y equipos de trabajo, con profesionales que actúen en los diferentes territorios y en la coordinación de cada uno de los subproyectos.

OO1 Presentar el proyecto en cada una de las comunidades/municipios en las que se va a desarrollar.

OO2 Establecer y sistematizar primeras alianzas y vínculos en el ámbito comunitario.



DOCUMENTOS Y HERRAMIENTAS VINCULADAS

- Programa de cada acto realizado.
- Listados de asistencias.
- Registro documental/acta.

FASE 1: ACCESO



DESCRIPCIÓN

Se trata de una experiencia piloto de carácter experiencias y cuasiexperimental. Durante esta fase se crea la muestra, previa determinación de criterios de inclusión, formalizando la participación de las personas y distribuyendo las mismas entre los grupos de intervención y control. Este proceso incluye la valoración integral previa a la intervención.



¿CÓMO?

Más información, [aquí](#)

Se contacta con los y las participantes potenciales para explicar el proyecto. Cuando se formaliza la participación de la persona se le realiza una valoración geriátrica integral a ella, y a la familia cuidadora y a las condiciones de la vivienda, creándose su expediente. Con la muestra completa se realiza una distribución de las personas en los grupos de control e intervención.



OBJETIVOS

OE5 Establecer y acordar con los servicios sociales las fases para establecer la hoja de ruta en los respectivos territorios.

OO1 Crear una muestra representativa para el desarrollo del proyecto.

OO2 Valorar y registrar de forma integral la situación de partida de las personas y su entorno.



¿QUIÉN?

Equipo AICP.COM en colaboración con Admin. Pública y otros recursos comunitarios.



¿CUÁNDO?

Esta fase ha tenido lugar en el primer año del proyecto.



DOCUMENTOS Y HERRAMIENTAS VINCULADAS

- Criterios de inclusión muestrales.
- Registro del proceso en detalle por territorio.
- Modelo de consentimiento informado, de protección de datos personales y de cesión de derechos de imagen.
- Escalas y cuestionarios para la valoración integral.
- Tabla de registro de valoración integral.
- Sistema de codificación.
- Registros de indicadores cuantitativos y cualitativo.



PRINCIPALES APRENDIZAJES

- Contar con más de una base de datos y entidad para obtener potenciales participantes.
- Introducción del nuevo equipo por parte de los y las profesionales de las entidades colaboradoras. Ya les conocen y se favorece la confianza.
- Los/las profesionales encargados/as de la valoración integral deben conocer y dominar las escalas para su correcta aplicación.
- Los/las profesionales que se ocupen de este proceso deben conocer en su totalidad el proyecto y el modelo para explicarlo bien y ajustar expectativas.

FASE 2.1: COMUNIDAD VINCULADA A DOMICILIOS



DESCRIPCIÓN

Fase que contempla aquellas acciones vinculadas a la atención y apoyo domiciliario desde la intervención en el ámbito comunitario. Esta fase permite crear un catálogo de recursos comunitarios clave (públicos y privados) y establecer sinergias entre ellos y los diferentes profesionales, en especial, sociales y sanitarios, que son soporte de la gestión de casos realizada con las personas participantes.



¿CÓMO?

Más información, [aquí](#)

Para empezar se realiza un diagnóstico situacional y comunitario a través del cual se detectan diferentes recursos y se establecen sinergias y relaciones de colaboración que permiten crear un catálogo de recursos comunitarios. Este pasa a ser la referencia a la que acudir cuando desde la gestión de casos se detecta una necesidad y demanda.



¿QUIÉN?

Coordinador/a - conector/a comunitario AICP.COM en colaboración con Admin. Pública y otros recursos comunitarios.



¿CUÁNDO?

Esta fase tiene lugar durante todo el proyecto, desde mayo del 2022 hasta junio del 2024.



PRINCIPALES APRENDIZAJES

- La figura del coordinador/a - conector/a comunitario debe tener sus competencias (DPT) y prioridades delimitadas desde el inicio.
- Se recomienda que la misma profesional no se ocupe de la intervención directa con personas en domicilios y del ámbito comunitario.
- La relación y el vínculo con la comunidad deben ser atendidos en el tiempo de forma continuada.



OBJETIVOS

OE1 Diagnosticar las necesidades específicas de cada contexto territorial de SS.SS contando con el acuerdo y colaboración de los mismos desde la participación de todos los agentes.

OE6 Elaborar guías y documentos metodológicos y de soporte para el trabajo participativo en los entornos comunitarios.

OO1 Detectar activos comunitarios que puedan ser utilizados como recurso en la atención domiciliaria.

OO2 Crear alianzas y redes estables de colaboración comunitaria orientadas a la coproducción de recursos y servicios.

OO3 Cobertura de necesidades y demandas detectadas y expuestas por las personas participantes.



DOCUMENTOS Y HERRAMIENTAS VINCULADAS

- Diagnóstico comunitario por cada territorio.
- Catálogo accesible de los recursos comunitarios para cada territorio.
- Registro de procesos de participación y escucha a la comunidad.
- Contratos y acuerdos.

FASE 2.2: ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO



DESCRIPCIÓN

Fase vinculada al trabajo y trato directo con las personas participantes, familiares y cuidadores profesionales, cuando corresponde.

Durante esta fase se consensuan y desarrollan itinerarios de cuidados y apoyos entre las gestoras de casos y las personas participantes basados en el enfoque de derechos y el respeto a la dignidad, autonomía y autodeterminación.



¿CÓMO?

Más información, [aquí](#)

A través de un sistema mixto que comprende visitas, llamadas y mensajería se realizan las actuaciones de atención y acompañamiento correspondientes basadas en el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Trabajar desde este modelo requiere de un conocimiento extenso de la persona y de establecer un vínculo sólido entre persona y profesional.



OBJETIVOS

OO1 Mejorar o mantener el estado inicial bio-psico-social de las personas participantes y las personas cuidadoras.

OO2 Favorecer unos cuidados de larga duración adecuados, personalizados e integrales que permitan a la persona permanecer en domicilio el mayor tiempo posible desarrollando su proyecto vital.



DOCUMENTOS Y HERRAMIENTAS VINCULADAS

- Listado de preferencias.
- Historia de vida.
- Planes de Atención y Apoyo al Proyecto Vital (PAyPV, en adelante plan).
- Valoración de la accesibilidad del domicilio.
- Valoración geriátrica integral. Documento de referencia.



¿QUIÉN?

Gestor/a de casos AICP.COM en colaboración con coordinación comunitaria, Admin. Pública y otros recursos comunitarios.



¿CUÁNDO?

Esta fase tiene lugar durante todo el proyecto, desde mayo del 2022 hasta junio del 2024.



PRINCIPALES APRENDIZAJES

- La aplicación de la gestión de casos y las herramientas vinculadas al MAICP deben ajustarse en términos de temporalidad a los ritmos y necesidades de las personas sin dejar de lado la base metodológica.
- Es necesaria una clasificación de las personas en base a la necesidad de apoyo y las características de la red de apoyo para valorar la intensidad de la intervención.
- Los y las profesionales que asuman el rol de gestor/a de apoyo deben conocer las herramientas que van a utilizar.
- Las herramientas para la intervención deben estar estandarizadas y cumplir criterios de calidad.
- La terapia ocupacional aporta un valor añadido y de calidad a la intervención domiciliaria.

FASE 3: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN



DESCRIPCIÓN

Esta fase comprende un proceso dinámico de seguimiento continuado de la situación de las personas participantes y el monitoreo y reajuste según evolución de los objetivos de cada uno de los planes consensuados. Además de la valoración final con el cierre de cada una de las intervenciones y del proyecto.



¿CÓMO?

Más información, [aquí](#)

Esta fase comprende distintos hitos comunes en los tres territorios. Trabajando desde un sistema mixto que alterna la intervención presencial con actuaciones en remoto a través de llamadas y mensajería se realiza el seguimiento del estado de las personas y de los objetivos consensuados en los planes.



¿QUIÉN?

Gestor/a de casos AICP.COM en colaboración con coordinación comunitaria, Admin. Pública y otros recursos comunitarios.



¿CUÁNDO?

Esta fase tiene lugar entre los meses de abril del 2023 y julio del 2024.



PRINCIPALES APRENDIZAJES

- Los criterios y herramientas de evaluación deben estar definidos de forma clara desde el inicio del proyecto, pudiendo ser objeto de mejora y modificación a lo largo del desarrollo del proyecto en función de la realidad y mejoras detectadas.



OBJETIVOS

OE10 Establecer hitos necesarios para que, a mitad de 2023, se cuente con unos resultados y ejecución de los subproyectos que permitan visualizar el avance de los mismos, con indicadores preestablecidos de proceso, resultado e impacto.

OE11 Seguir con la hoja de ruta determinada incorporando los aprendizajes del seguimiento hasta su finalización.

OE13 Elaborar un estudio de costes relacionado con la eficacia, la eficiencia, la sostenibilidad y la efectividad de cada uno de los procesos de transformación en centros y servicios comunitarios, comparándolos con el coste de los servicios del modelo tradicional. Incluye la actividad de metaevaluación por un equipo investigador diferente del proyecto para contrastar los resultados recogidos por los técnicos del proyecto AICP.COM con los que aporta la mirada y evaluación externa al mismo.

OO1 Conocer la evolución de la intervención y de la situación de la persona participante.

OO2 Realizar cambios necesarios para la consecución de los objetivos planteados.



DOCUMENTOS Y HERRAMIENTAS VINCULADAS

- Escalas y cuestionarios para la valoración integral.
- Cuestionarios de satisfacción.
- Diario de campo.
- Aquellos asociados a la metaevaluación del proyecto.

FASE 4: CIERRE DE LA INTERVENCIÓN, TRANSFERIBILIDAD Y RESULTADOS



DESCRIPCIÓN

Esta fase comprende aquellas actuaciones vinculadas al fin de las relaciones de ayuda y al cierre de expedientes y transferencia de los mismos. Esto supone un proceso de desvinculación con la persona participante que debe haber sido contemplado en la planificación desde el inicio del plan de intervención.

También incluye el proceso de revisión e interpretación de los resultados y escalabilidad.



¿CÓMO?

Más información, [aquí](#)

Esta fase se ha tratado de forma progresiva y adaptada a cada persona con el fin de no hacer una retirada abrupta que pueda causar problemas. De forma simultánea a este trabajo presencial, se da la gestión documental, cierre de expedientes y transferencia cuando corresponde.



OBJETIVOS

OO1 Favorecer un proceso de desvinculación y cierre de la relación de ayuda con las personas adecuado.

OO2 Cerrar expedientes y establecer las derivaciones necesarias.

OO3 Documentar la evidencia empírica del impacto de la intervención en domicilios.



¿QUIÉN?

Gestor/a de casos AICP.COM en colaboración con coordinación comunitaria, Admin. Pública y otros recursos comunitarios y proveedores externos.



¿CUÁNDO?

Esta fase tiene lugar en el último año del proyecto, entre los meses de julio y septiembre del 2024.



DOCUMENTOS Y HERRAMIENTAS VINCULADAS

- Ficha de transferencia.
- Informe final resultados PRE-POST (cualitativo y cuantitativo).
- Informe metaevaluación.
- Estudio de costes.



PRINCIPALES APRENDIZAJES

- Planificación de la desvinculación y cierre de la relación de ayuda.
- Creación de documentos de transferencia consensuados y entendibles por la entidad emisora y receptora.
- Establecer relaciones de seguimiento y coordinación con la entidad receptora siempre y cuando sea consensuado con la persona participante y la situación lo requiera.

ANEXO 1: ACCESO EN DETALLE

1

CRITERIOS DE INCLUSIÓN MUESTRALES

ACT 1. Revisión de propuesta de criterios basada en variables como el género, el deterioro cognitivo, la existencia o no de familia cuidadora, vivir solo/a y algunos criterios sanitarios vinculados a visitas a urgencias, patologías y medicación

ACT 2. Adaptación de los criterios muestrales a las realidades de cada uno de los territorios.

ACT 3. Presentación de los criterios muestrales a diferentes entidades colaboradoras para que nos ofrezcan contactos de potenciales participantes.

2

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

ACT 1. Contacto telefónico y presencial con potenciales participantes y sus familiares para verificar que cumplen los criterios muestrales y conocer si quieren participar en el proyecto.

3

FORMALIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

ACT 1. Firma de consentimiento informado y otros documentos pertinentes. Se entrega copia a las personas participantes.

ACT 2. Apertura de expedientes y codificación de participantes a través de sistema creado.

4

VALORACIÓN INTEGRAL PRE

ACT 1. Primera visita para la aplicación de escalas Mini-mental de Lobo, CASP-12, QUALID, índice de bienestar de la OMS, Barthel por Granger, escala de Lawton y Brody y Zarit.

ACT 2. Segunda y/o tercera visita para la pasación del resto de escalas y cuestionarios.

ACT 3. Registro y digitalización de resultados de las escalas de cada persona participante.

ACT 4. Registro temporal y de profesionales responsables de la aplicación de escalas.

5

CRITERIOS DE INCLUSIÓN MUESTRALES

ACT 1. Reparto aleatorio de participantes entre grupo de intervención y de control (40-40). En el caso de los territorios con diferentes municipios este reparto se hizo proporcional por cada municipio. En el caso de matrimonios ambas personas deben pertenecer al mismo grupo.

ACT 2. Comunicación a cada persona del grupo al que pertenece finalmente.

ANEXO 2: TRABAJO COMUNITARIO EN DETALLE

1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

ACT 1. Búsqueda de información en cada territorio referida al ámbito geográfico, sociodemográfico, normativo y de estado de recursos y sistemas públicos vinculados a los cuidados de forma directa.

ACT 2. Realización de entrevistas a agentes clave para obtener información desde fuentes primarias.

ACT 3. Detección de recursos desde fuentes secundarias.

2

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

ACT 1. Escucha activa de la comunidad, incluyendo diferentes y diversos actores a través de aplicación de técnicas IAP.

ACT 2. Detección de recursos desde el diálogo de saberes y la escucha.

ACT 3. Establecimiento de alianzas, acuerdos y colaboraciones.

ACT 4. Actualización continua del catálogo de recursos.

3

COORDINACIÓN Y ARTICULACIÓN DE RECURSOS

ACT 1. Recopilación de recursos detectados en distintas fases creando y ampliando un catálogo de recursos comunitarios.

ACT 2. Activación de recursos o servicios de proximidad.

ACT 3. Articulación de trabajo en red entre distintos recursos y entidades.

ACT 4. Creación, coproducción y promoción de recursos no existentes que puedan ser necesarios para cubrir necesidades detectadas.

ACT 5. Actividades de concienciación, sensibilización y formación comunitarias.

4

APLICACIÓN EN LA GESTIÓN DE CASOS

ACT 1. Facilitación de recurso o servicio comunitario vinculado a las necesidades detectadas y el plan consensuado.

ACT 2. Fomento de la participación en la vida y dinámica comunitaria de la persona.

ANEXO 3: APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO EN DETALLE

1

ACOGIDA E INICIO DE LA RELACIÓN DE AYUDA

- ACT 1.** Creación del vínculo como base para la relación de ayuda profesional.
- ACT 2.** Escucha activa, recogida y ajuste de primeras necesidades, demandas y expectativas.
- ACT 2.** Desarrollo del listado de preferencias con la persona y/o con su grupo de apoyo si corresponde.
- ACT 3.** Valoración del domicilio atendiendo a barreras y necesidad de productos de apoyo.

2

CONOCIMIENTO DE LA PERSONA

- ACT 1.** Exploración de la trayectoria vital de la persona reconociendo acontecimientos relevantes para la persona y lo que significan para ella.
- ACT 2.** Identificar deseos, intereses, fortalezas, capacidades y preferencias de la persona.
- ACT 3.** Detección de actividades significativas que puedan ser empleadas para el plan de cuidados y apoyo.

3

CONSENSO DE PAYPV

- ACT 1.** Establecimiento de los objetivos de intervención e indicadores de seguimiento vinculados a actividades significativas de la persona.
- ACT 2.** Detección de necesidades de apoyo y recursos propios y comunitarios para cubrirlas.
- ACT 3.** Diálogo y consenso con la persona, y/o grupo de apoyo si corresponde, del plan.
- ACT 4.** Firma del plan.

4

DESARROLLO DEL PAYPV

- ACT 1.** Ejecución de la ruta y objetivos previstos en el plan consensuado.
- ACT 2.** Articulación de recursos comunitarios que procedan.
- ACT 3.** Asesoramiento en productos de apoyo y accesibilidad si procede.
- ACT 4.** Formación personalizada en distintas áreas que abarcan los cuidados
- ACT 5.** Atención y apoyo dirigido a las personas cuidadoras, familiares y profesionales.

ANEXO 4: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

1

SEGUIMIENTO INTERMEDIO

- ACT 1.** Aplicación de cuestionarios y escalas preestablecidas.
- ACT 2.** Revisión de objetivos, indicadores y actividades acordadas en el plan.
- ACT 3.** Revisión y actualización de listado de preferencias.
- ACT 4.** Recogida y actualización de nuevos datos o modificaciones relevantes.

2

REAJUSTE DEL PAYPV

- ACT 1.** Ajuste y consenso de nuevos objetivos e indicadores en el plan.
- ACT 2.** Articulación de nuevos recursos comunitarios.

3

EVALUACIÓN

- ACT 1.** Aplicación de cuestionarios y escalas preestablecidas.
- ACT 2.** Aplicación de cuestionarios de satisfacción a participantes y familiares.

ANEXO 5: CIERRE DE INTERVENCIÓN, TRANSFERIBILIDAD Y RESULTADOS EN DETALLE

1

CIERRE DE LA RELACIÓN DE AYUDA

ACT 1. Acompañamiento en la desvinculación emocional y funcional de la persona participante.

ACT 2. Cierre de tareas pendientes en términos de intervención.

ACT 3. Proporción de indicaciones o productos de apoyo para continuar de forma independiente y autónoma con las mejoras.

ACT 4. Devolución de material creado susceptible de entrega, tal como la historia de vida.

2

CIERRE DE EXPEDIENTE

ACT 1. Recopilación de información y documentación recogida a lo largo del proceso.

ACT 2. Archivo de la misma en aquel soporte digital o físico según criterios de LOPD o de la Administración contratante.

ACT 3. Elaboración de documento de transferencia con valoración profesional y propuesta de objetivos.

3

TRANSFERENCIA DE CASO O FIN DE LA INTERVENCIÓN

Atendiendo a cada caso y la necesidad de continuación de apoyo se realiza una acción u otra.

ACT 1. Transferir la documentación creada a entidades colaboradoras, si procede.

ACT 2. Mantener reuniones con los y las profesionales que darán continuidad a las intervenciones.

ACT 3. Acompañar en primeros contactos, si no existe previo, entre las personas y nuevas entidades que vayan a dar continuidad a la intervención.

ACT 4. Seguir los criterios de custodia de la documentación según la normativa vigente.

4

REVISIÓN, INTERPRETACIÓN Y TRANSFERENCIA DE RESULTADOS

ACT 1. Transferir los informes de resultados creados a las entidades colaboradoras, si procede.

ACT 2. Mantener reuniones con los y las profesionales de las diferentes administraciones.

ACT 3. Generar productos vinculados a los resultados obtenidos y las metodologías empleadas.

ACT 4. Publicar los productos generados.

ANEXO 6: ESCALAS Y CUESTIONARIOS

MINI MENTAL LOBO

Evalúa estado cognitivo de la persona.

QUALID

Mide la percepción de bienestar y calidad de vida en personas mayores que presentan deterioro cognitivo significativo.

ESCALA GRANGER

Mide el nivel de independencia funcional de una persona en la realización de actividades de la vida diaria.

SOLEDAD MEDIA DIRECTA

Se basa en la Escala de Soledad UCLA-3 que mide la soledad percibida por las personas y el cuestionario de Soledad Sacramento Pinazo..

FRAIL

Identifica personas en riesgo de fragilidad midiendo la fatiga, resistencia, ambulación, enfermedades y pérdida de peso.

SARC-F

Identifica la sarcopenia, que es la pérdida progresiva de masa muscular y función asociada con el envejecimiento.

DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Evalúa los síntomas de depresión en personas mayores.

ESCALA DE ZARIT

Evalúa el nivel de estrés y la carga percibida por las personas cuidadoras de personas en situación de dependencia.

GDS

Evalúa el deterioro cognitivo, clasificándolo en siete etapas, desde la ausencia de deterioro hasta la demencia severa.

CASP-12

Evalúa el estado de ánimo general y el bienestar psicológico e identifica casos de posible depresión.

ESCALA LAWTON Y BRODY

Evalúa la capacidad funcional en actividades instrumentales de la vida diaria.

OMS-5IB

Mide capacidad de una persona para llevar una vida sin limitaciones significativas debido a problemas de salud o discapacidad.

ÍNDICE FRÁGIL - VIG

Evalúa el estado de salud y funcionalidad de las personas mayores para evitar riesgo de eventos adversos de salud.

AICP PERSONAS Y FAMILIAS

Mide el nivel de aplicación del modelo de atención integral y centrada en la persona en cada contexto de cuidados.

DEPRESIÓN DE CORNELL-ALEXOPOULOS

Mide la gravedad de la depresión de personas que presentan síntomas depresivos asociados a trastornos cognitivos.

ESCALA BURNOUT

Evalúa el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal derivada de cuidar.

GESTIÓN DE CASOS

PROCESO DESARROLLADO EN EL PROYECTO ACTUACIONES INNOVADORAS PARA AVANZAR EN EL CAMBIO DE MODELO HACIA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP.COM)

Un trabajo realizado en Domicilios y Comunidad por Alba Ruiz, Ana Padial, Andrea Pérez, Aurora Yébenes, Flavio Silva, Jennifer Bernabéu, José Castaño, Rosalía Sofía Faria y Saray Sanz.



Financiado por



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



Plan de
Recuperación,
Transformación
y Resiliencia

Impulsado por



Fundación
PILARES
para la autonomía personal

