

ETXEAN BIZI

INFORME DE IMPLEMENTACIÓN

Diciembre, 2018

Matia Instituto



El presente documento sobre la actividad realizada en el marco del Proyecto Etxean Bizi, ha intentado ajustarse a lo establecido en el apartado 4 del pliego de prescripciones técnicas del contrato que desde la Diputación Foral de Guipuzkoa y en el marco de la iniciativa Etorbizuna Eraikiz se ha realizado con la Fundación Matia Instituto Gerontológico.

Contenido

1. Justificación	4
2. Descripción de la propuesta de intervención	14
3. Objetivos	16
4. Aspectos metodológicos y evaluación	18
5. Fases de intervención.....	21
6. Cronograma de implantación.....	27
7. Segunda fase de implementación (2018).....	29
7.1. Situación actual de la muestra	30
7.2. Coordinación técnica para la puesta en marcha y seguimiento del proyecto en los tres municipios.....	44
7.3. Situación actual de cada municipio.....	56
8. Conclusiones.....	62
9. Anexos.....	67

1. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad hay contabilizadas en la C. A. de Euskadi 2.198.657 personas (INE 2018), de las cuales 484.088 han superado los 65 años de edad. Esta población es el 22,02% del total.

Tabla 1. Población por edad y sexo. C.A de Euskadi 2018

2016	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Total	2.164.144	100	1.068.554	100	1.130.103	100
65 y más años	469.913	21,71	199.150	18,98	270.763	24,29
2018						
Total	2.198.657	100	1.068.554	100	1.130.103	100
65 y más años	484.088	22,02	205.626	19,24	278.462	26,64
85 y más años	82.251	3,74 17 (sobre el total de +65)	25.651	2,4 12,5 (+65)	56.600	5,00 20,32(+65)

Fuente: Estadística del padrón continuo, 2016, 2018

En las proyecciones de población para 2031 se estima que el porcentaje de personas de 65 y más años rondará el 30% de la población total. Para entonces serán unas 608.193 personas.

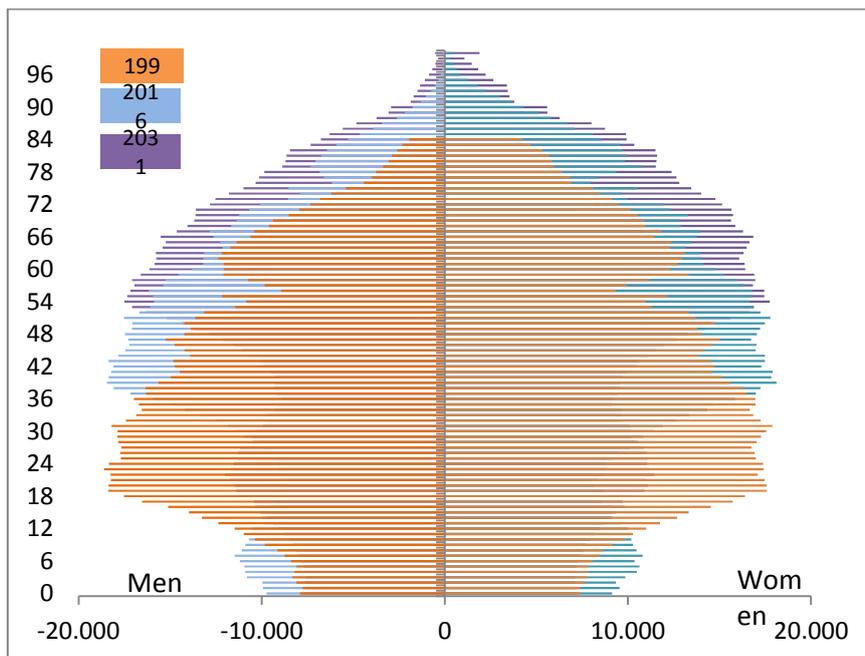
Tabla 2. Proyecciones de la población por edad y sexo. C. A. de Euskadi, 2031

2031	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Total	2.083.176	100	1.004.151	100	1.079.025	100
16-34 años	404.730	19,43	205.452	20,46	199.278	18,47
35-59 años	651.449	31,27	321.949	32,06	329.500	30,54
65 y más años	608.193	29,20	264.307	26,32	343.886	31,87

Fuente: INE. Proyecciones de población 2016-2031

Las pirámides de población evidencian en una imagen el futuro demográfico de la CAE. Las cohortes que contienen más población se elevan en la pirámide y en 2031 se posicionan por encima de los 55 años, mostrando que en esas franjas de edades se concentra un elevado número de personas de ambos sexos. Por el contrario, se visualiza un descenso importante de personas entre los 25 a los 45 años. Otra generación que se eleva considerablemente es la de las personas centenarias. Para el 2031 está previsto que se contabilicen en la CAE más de 2.400 personas de 100 y más años, con predominancia del género femenino. Las mujeres de esas edades serán casi 4 veces más que los hombres.

Gráfico 1. Pirámide de población en la C. A. de Euskadi. 1996,2016 y 2031



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE.

Gipuzkoa

Esta realidad demográfica es diferente en cada territorio, comarca o municipio. Según los datos territoriales hay zonas más envejecidas. Bizkaia es el territorio con mayor proporción de personas que han superado los 65 años (22,5%), seguido de Gipuzkoa (21,9%) y por último Álava (20,05%). Las diferencias porcentuales entre los territorios no son muy elevadas, superando levemente el 2%.

Población de la C.A. de Euskadi por ámbitos territoriales, edad y sexo, 2018.

2018	Total	Personas de 65 y más años	Porcentaje de mayores sobre el total
C.A. de Euskadi			
Total	2.198.657	484.088	22,02
Araba/Álava			
Total	328.741	67.418	20,5
Bizkaia			
Total	1.138.852	258.636	22,5
Gipuzkoa			
Total	720.347	158.034	21,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat: Estadística Municipal de Habitantes (EMH) a fecha 1 de enero de año de referencia.

En el territorio gipuzkoano se contabilizan un total 720.347 personas, de las cuales 158.034 han superado los 65 años y 26.009 han superado los 85 y más años.

Proyecciones de población según territorio histórico, 2015-2029

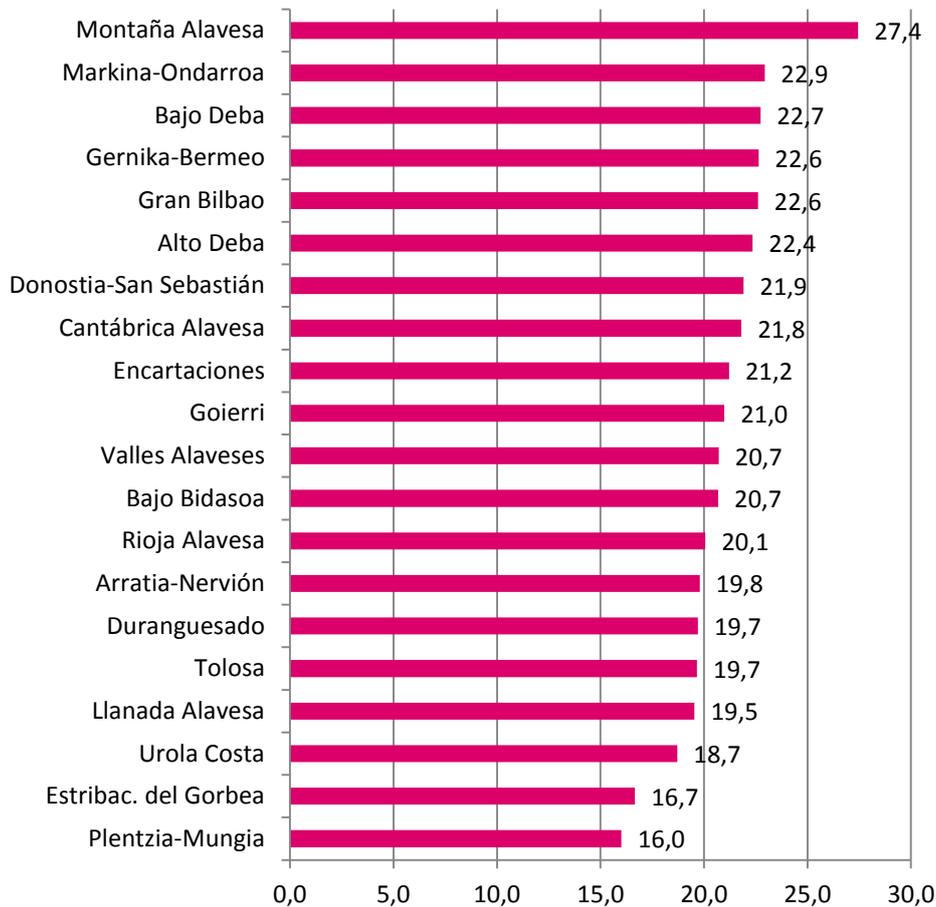
	2015	2020	2025	2029
ÁLAVA				
Población Total	319.648	319.897	319.093	317.785
Total 65 y más	63.307	70.560	79.048	86.603
% 65 y más	19,8	22,1	24,8	27,3
Total 80 y más	19.517	21.760	25.139	29.332
% 80 y más	6,1	6,8	7,9	9,2
BIZKAIA				
Población Total	1.135.314	1.113.040	1.088.823	1.068.756
Total 65 y más	248.914	267.666	294.015	317.148
% 65 y más	21,9	24,0	27,0	29,7
Total 80 y más	83.541	88.968	96.484	107.604
% 80 y más	7,4	8,0	8,9	10,1
GIPUZKOA				
Población Total	704.670	693.459	680.797	670.434
Total 65 y más	150.480	163.584	179.124	192.575
% 65 y más	21,4	23,6	26,3	28,7
Total 80 y más	47.980	51.946	57.958	66.868
% 80 y más	6,8	7,5	8,5	10,0

Fuente: INE: INEBASE: Proyecciones de Población, 2013. Elaboración propia

La tendencia futura es que Bizkaia siga siendo el Territorio Histórico con mayor porcentaje de población mayor en 2029 (29.7%), seguido muy de cerca de Gipuzkoa (28.7%) y de Álava (27.3%). Para el año 2029 en Gipuzkoa se estima que habrá contabilizadas 192.575 personas mayores y 66.868 octogenarias. El peso de la población de más edad, la que ha superado los ochenta años, será del 10% sobre el total.

Al analizar los datos según comarca se observa que la más envejecida, sin embargo, pertenece al territorio Alavés (Montaña Alavesa, 27,4 %) y tiene algo más de 11 puntos porcentuales de diferencia con la más joven (Plentzia-Mungia, 16%) situada en Bizkaia. Las comarcas con mayor índice de envejecimiento son: Montaña Alavesa (27,4%), Markina-Ondarroa (22,9%) y Bajo Deba (22,7%). Bajo Deba es la comarca más envejecida en el territorio gipuzkoano en la que se encuentran los municipios de Eibar, **Elgoibar**, Deba, Mutriku, Placencia de Armas y Mendaro. Por su parte, las más jóvenes, con menor porcentaje de población mayor, son: Plentzia-Mungia (16%), Estribaciones del Gorbea (16,7%) y Urola Costa (18,7%).

Porcentaje de población mayor según comarca en la C. A. de Euskadi, 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat: Estadística Municipal de Habitantes (EMH) a fecha 1 de enero de año de referencia.

Del total de 251 municipios que pertenecen a la CAE, 127 superan el 20.0% de población mayor. Es decir, 1 de cada 2 municipios vascos poseen una población de personas mayores que supera el 20%. Por otro lado, 24 municipios del total superan la cifra del 25%, donde 1 de cada 4 personas son personas que han superado los 64 años.

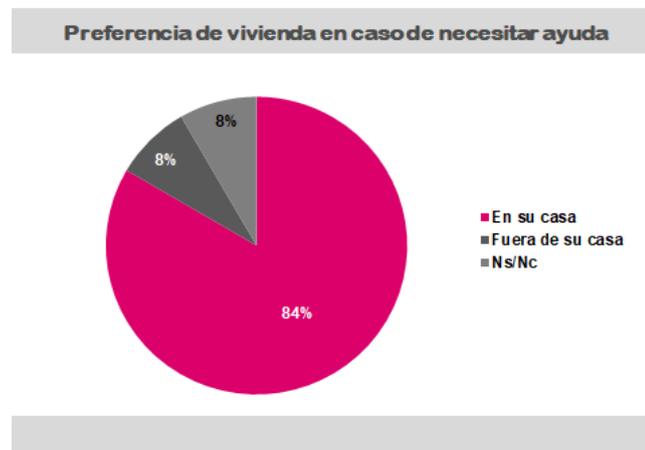
Los primeros municipios que aparecen de mayor envergadura en la lista con mayor índice de envejecimiento son Portugalete y Basauri, con un 26,19% y un 26,15% respectivamente de población mayor y situados en el territorio bizkaíno. En el ranking de municipios con mayor población mayor se sitúan en el 16 y 17º puesto. La primera capital con mayor cifra es Bilbao (23,61%, puesto 41º), le sigue Donostia-San Sebastián (22,89%, puesto 56º). Vitoria tiene un 19,91% de población mayor y se sitúa en el puesto 131.

En el lado opuesto, municipios con menores porcentajes de población mayor, se encuentran: Irura (9,89%), Alegría-Dulantzi (10,14%) y Larraul (10,16%), todos municipios con población total menor a 5.000 habitantes y situados en Gipuzkoa y Álava. Entre los municipios con poblaciones superiores a 10.000 habitantes con menores índices de envejecimiento aparecen Sopelana (13,52%) y Etxebarri (13,50%), ambos del territorio de Bizkaia.

En la actualidad, de los 88 municipios de Gipuzkoa, 38 cuentan con más del 20% de su población mayor de 65 años. En esta lista hay pueblos pequeños, pero también están los núcleos más importantes como Donostia (22,89%), Irun (20,67%), Eibar (24,53%) o Errenteria (22,74%). De todas las localidades con mayor peso de población de mayores, una de ellas lidera el ranking: Olaberria. En este municipio del Goierri, uno de cada tres vecinos tiene más de 65 años.

Existen múltiples factores que justifican la importancia de que desde los poderes públicos se desarrollen iniciativas en el ámbito de la innovación social que den respuestas adaptadas a las necesidades que se detectan en los últimos años en el ámbito de la atención a las personas mayores que necesitan ayuda. Fueron señaladas en el primer bosquejo del proyecto que se desarrolla a continuación, por lo que en esta ocasión solo se sintetizan someramente, renunciando a fundamentaciones basadas en análisis más profundos:

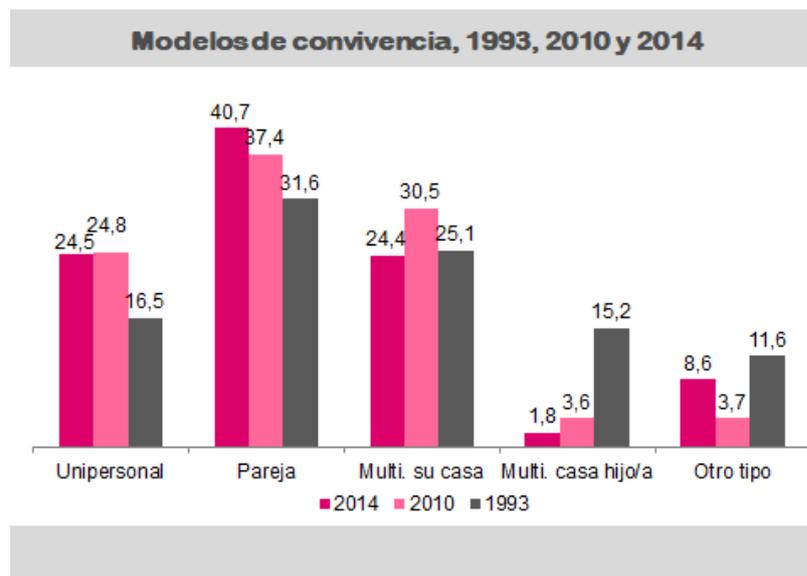
- La realidad presente y futura de nuestra estructura demográfica confirma que la llamada **“revolución de la longevidad”** es un hecho que está configurando una sociedad diferente.
- El **deseo de la mayoría de las personas mayores de envejecer en su casa** y en su entorno aun cuando padezcan situaciones de dependencia, es rotundo desde hace muchos años. El 83,4% de las personas mayores en Euskadi preferiría residir en su domicilio frente a otras alternativas de alojamiento fuera de su casa. Este tipo de dato es la base de los actuales enfoques en materia de cuidados en los que prima ante todo la permanencia en el domicilio de las personas mayores, destinándose los recursos necesarios para que la persona continúe en su vivienda el mayor tiempo posible y, en caso de que no se pueda, buscando otras alternativas de alojamiento que sean lo más similares posibles a un domicilio.



Fuente: Estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi, 2014

Es significativo que a medida que aumenta la edad, aumenta también la preferencia por permanecer en el domicilio, llegando a ser elegida por un 89,3% en las personas mayores de 80 años, en la CAPV.

- **Los modelos de convivencia** se afianzan a través de un incremento sólido y progresivo de **personas que viven solas**, cada vez más mayores, con un incremento porcentual de casi 9 puntos en dos décadas.

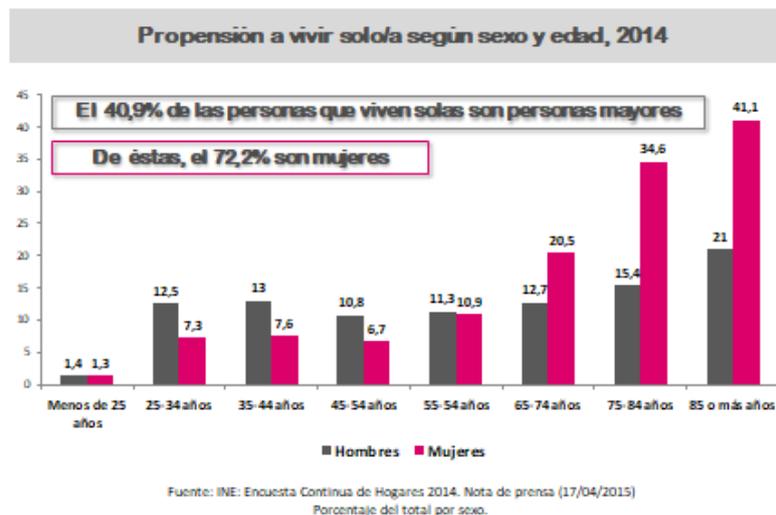


Como se puede observar a primera vista, los modelos de convivencia están cambiando a una velocidad no prevista. Mientras que en el año 1993, algo más de 15 personas mayores de cada 100 se trasladaban a vivir con sus hijos supuestamente ante situaciones de necesidad, este modo de vida en la vejez, tiende a desaparecer, de tal manera que en el último estudio de Condiciones de Vida realizado en Euskadi (Gobierno Vasco, 2015) se ha reducido hasta el 1,8% de la población mayor

El género como factor que incide en la configuración de todo el itinerario de la vejez y la necesidad de ayuda, determinado, entre otras razones por la mayor supervivencia de las mujeres: ello supone que ellas tienen mayor probabilidad de necesitar ayuda, de vivir en soledad, de disponer de menores ingresos, mayores barreras y problemas de accesibilidad en sus domicilios y en su entorno, etc...

A modo de ejemplo, la distribución por género de las personas mayores que viven solas es suficientemente llamativa como se puede observar en el gráfico. En definitiva, edad y género definen la soledad, con todo lo que este modo de vida implica cuando aparecen situaciones de fragilidad o dependencia.

FORMAS DE CONVIVENCIA



- **La necesidad de ayuda muy intensa a lo largo de periodos de tiempo cada vez más dilatados.** A pesar de los avances que se detectan en relación a la llamada “compresión de la morbilidad”, el incremento de personas en situación de fragilidad y dependencia es inevitable en el escenario de longevidad descrito.
- **La oferta y cobertura de prestaciones y servicios** de la red guipuzcoana, muy por encima de la del Estado español, pero todavía insuficiente y con necesidad de adaptarse a las nuevas demandas que genera la dependencia, las preferencias de las personas y la actual estructura sociodemográfica.

Por ello, este conjunto de aspectos señalado, nos llevó a plantearnos cuestiones como:

- ¿Es posible dar respuesta a las necesidades de personas muy dependientes que viven y desean continuar en su domicilio desde el modelo actual de provisión de servicios en el domicilio??
- ¿Hasta qué punto el SAD que se concibió en los años 80 como respuesta a necesidades de apoyo domestico se ha adaptado a las características que requiere el mundo de los cuidados, especialmente en personas con demencia?
- ¿El actual modelo de apoyos y atenciones a las personas en situación de dependencia puede dar respuestas de calidad aun en el caso de que el apoyo familiar se debilite?
- ¿Es coherente seguir ignorando oficialmente el mundo del empleo de hogar dedicado a los cuidados que realmente está complementando al cuidado familiar y haciendo posible el deseo de las personas frágiles y dependientes de seguir en su casa y en su entorno?
- ¿Hasta cuándo vamos a seguir depositando en las familias, y especialmente en las mujeres la responsabilidad casi total de los cuidados de sus familiares?
- ¿Este modelo de atención, que limita excesivamente la permanencia en el domicilio cuando se necesita ayuda, está siendo “de facto” un motor de creación de plazas residenciales, en contra de la voluntad de las personas que las utilizan?

2. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

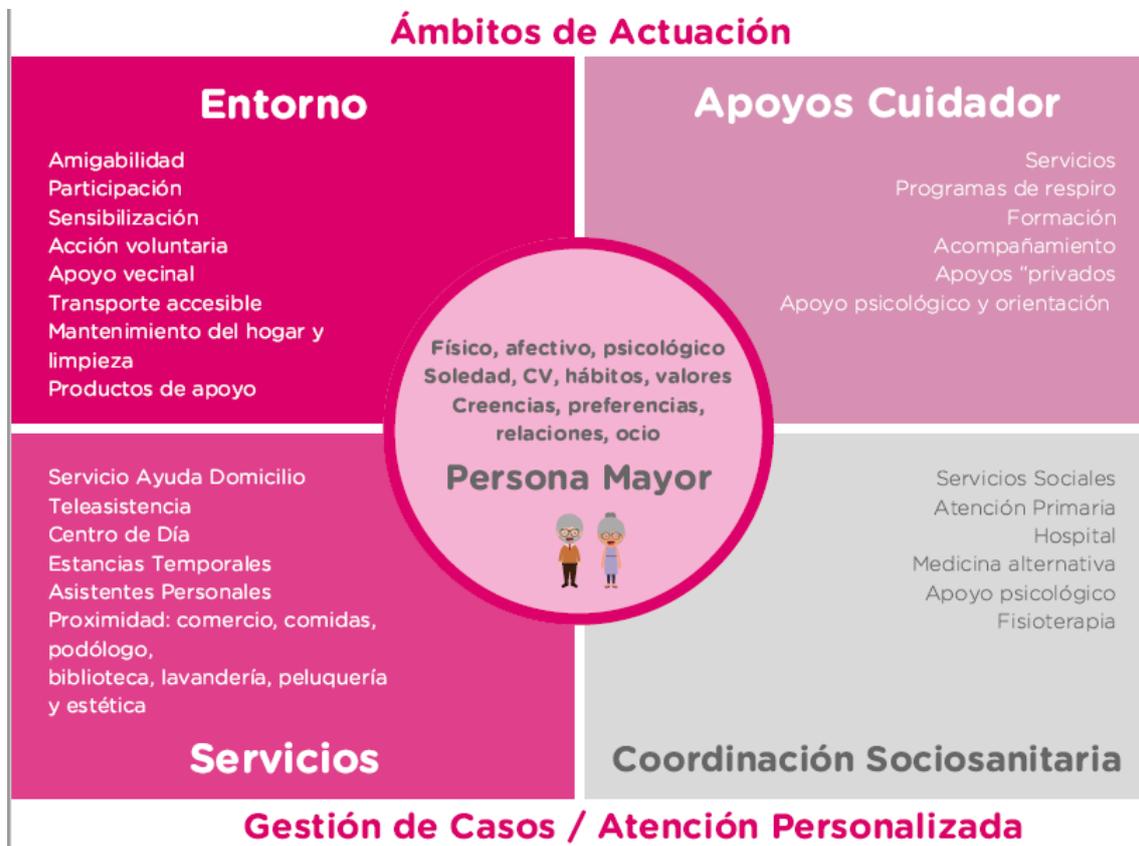
Afrontar la nueva realidad social en relación al envejecimiento y sus necesidades de atención, exige una toma de decisiones suficientemente fundamentada por el estudio, la reflexión, el análisis y las buenas prácticas. Todo ello debería desembocar en una ***reformulación del modelo de apoyos y atenciones a las personas en situación de fragilidad y/o dependencia que desean seguir viviendo en su entorno.***

El proyecto Etxean Bizi, inspirado en los resultados de la Experiencia Etxean Ondo, promovida por el Gobierno Vasco y el Instituto Matia, pretende avanzar en esta revisión del modelo guipuzcoano de atención a través del desarrollo de una propuesta de atención integral en el domicilio que sea capaz de incorporar y coordinar los distintos papeles que cumplen los agentes implicados en esta atención: familias, servicios sociales en general y SAD en particular, atención primaria y especializada de salud, sector de empleo de hogar y cuidados, asistentes personales, voluntariado, servicios de proximidad e iniciativas de participación comunitaria, con especial atención al movimiento Lagunkoia que actualmente integra a 60 municipios en Guipúzcoa.

Su marco conceptual está basado en el Modelo de atención integral y centrada en las personas. La atención centrada en la persona es un modelo que busca y prioriza la calidad de vida de las personas que precisan cuidados y también de sus cuidadoras. Plantea una atención desde la profesionalidad y el conocimiento técnico pero poniendo en el centro de la planificación de los cuidados a la persona usuaria de los servicios. Partiendo de sus necesidades, pero sobre todo, garantizando sus derechos y respetando sus preferencias y sus deseos en la atención y en la vida cotidiana. En definitiva, pretende “conseguir mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias, y contando con su participación”.

El modelo, por otra parte, se ajusta y está en total coherencia con el que se describe en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales del País Vasco, lo mismo que, en la parte que corresponde, con la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi y el Documento marco para las directrices de la atención sociosanitaria.

Los ámbitos de actuación del proyecto son los que se muestran en el siguiente gráfico.



3. OBJETIVOS

1. Identificar un modelo sostenible de atención sociosanitaria integrada y centrada en las personas en situación de dependencia que viven en sus domicilios, desde la coordinación de aquellos servicios y apoyos necesarios para obtener la mejor calidad de vida de estas personas y su entorno familiar.

La consecución de este Objetivo general exige un avance significativo en aspectos esenciales como son:

- El cumplimiento de los deseos y preferencias de las personas que necesitan ayuda en lo que respecta a su modo de vida en su domicilio en condiciones de dignidad el mayor tiempo posible.
 - La promoción de la autonomía y la calidad de vida en la vejez, en el marco del desarrollo de un modelo de atención integral y centrada en las personas en el que se garantice flexibilidad y adaptación ágil de respuestas a necesidades.
 - La integración de esfuerzos para que estas personas permanezcan incorporadas a la vida social y comunitaria, como fuente de realización y bienestar para ellas y su entorno cercano.
2. Avanzar en la identificación de metodologías innovadoras tanto en la generación de conocimiento como en la intervención, con especial atención a la identificación de competencias y habilidades de la figura profesional de Gestora del caso.

En definitiva, el proyecto Etxean Bizi, establece como **hipótesis central** que la coordinación de programas y servicios desde un modelo de provisión cercana y diversificado, puede satisfacer de manera adecuada las necesidades y preferencias de personas en situación de dependencia y de sus cuidadoras en el ámbito domiciliario.

Asimismo se espera que este modelo sea coste efectivo, genere empleo y mejore la calidad de vida de las personas que necesitan ayuda, sus familias y los territorios que habitan, promoviendo un movimiento de amigabilidad entre la ciudadanía y su población en situación de dependencia.. En definitiva la clave del proyecto está en la coordinación y optimización de recursos desde un marco conceptual centrado en las personas

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y EVALUACIÓN

Diseño

El proyecto continúa desarrollando el diseño descrito en la anterior memoria justificativa. El diseño sigue el planteamiento de investigación-acción participativa integrando una metodología científica con un requerimiento práctico en situaciones reales de cuidado. Este proceso incluye la identificación de variables relevantes para el cuidado y la mejora del bienestar de las personas, su valoración de un modo sistemático en un grupo de participantes representativo de la población de personas con dependencia de cada municipio y el análisis de datos con el objetivo de establecer qué relación existe entre la implementación de un programa integral de atención domiciliaria y las mejoras hipotetizadas en las variables clínicas, psicológicas, sociales y ambientales de las personas participantes.

Este diseño planteaba 1 valoración basal, 3 valoraciones intermedias y 1 valoración final para poder establecer líneas longitudinales de deterioro/mejora en los grupos con y sin intervención a lo largo del tiempo. En estas valoraciones se recogían los valores de las variables relevantes por medio de los tres protocolos de valoración en línea base, y las valoraciones intermedias por medio del protocolo reducido.

La implementación de la intervención se realizaba antes de iniciar la implantación del PAyV consensuado con el objetivo de recoger la línea de deterioro natural de las personas participantes antes de la intervención.

Instrumentos

Para el correcto desarrollo de la implementación y la monitorización del amplio número de casos que requerían atención especializada se generaron una serie de instrumentos de monitorización en matrices de Excel:

1. **Matriz de monitorización del tiempo entre valoraciones:** se generó una matriz en la cual la fecha actual se actualizaba automáticamente en relación a la fecha estimada de valoración intermedia de los participantes adscribiendo un código de color en gama rojo verde con el objetivo de dar apoyo organizativo para monitorizar la realización de las valoraciones de los participantes.

Código de la persona	Fecha valoración PRE	Fecha planificada para valoración intermedia 1 (estimada 2 meses después)	Valoración intermedia 1 realizada a día	Días de retraso para la siguiente valoración	Días de retraso para la siguiente valoración
XXX	13-2-18 11:26	14-4-18 11:26	21-12-18	251	-182

Ejemplo de la matriz de monitorización de las valoraciones.

2. **Matriz de apoyo a la gestión.** Se creó una matriz que incorporase los datos obtenidos en las valoraciones de la línea base y las valoraciones intermedias que generaba, por medio de cálculos de los totales de las escalas y algoritmos de combinaciones de respuestas a ítems específicos, un resumen de la información obtenida en las valoraciones para guiar la intervención de las gestoras del caso. En esta matriz también se recurrió a una adscripción automática de un código de colores tipo “semáforo” para proporcionar información visual de referencia rápida sobre las áreas más importantes de intervención.

Salud	Salud	Mala
	Necesidad de revisión visual	Entre 3 y 12 meses
	Necesidad de revisión auditiva	No se requiere revisión
	Revisión podológica	La persona está satisfecha
Dependencia	Intereses y actividades	Requiere atención
	Dificultades AVDS	Requiere gran atención
	Dificultad en el cuarto	4 Mucho

Ejemplo de la matriz de apoyo a la gestión de casos.

3. **Matriz de servicios y costes.** A través de un trabajo colaborativo entre la Diputación Foral de Guipúzcoa, el Equipo Matia y Orkestra se desarrolló una matriz en la que se listaban los servicios que las gestoras del caso podían proporcionar a cada persona y un cronograma donde se recogía la intensidad de la intervención y el coste económico asociado para estas intervenciones. El objetivo de esta matriz es recoger la información necesaria para desarrollar el estudio de coste/efectividad al final del proyecto.

APOYOS A LA PERSONA CUIDADORA FAMILIAR	Particular	Ayuntamiento	DFG	Otras (especificar)	Unidades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	...
Prestación económica PECEF					Unidades mensuales (Sí/No)				
Apoyo psicológico individual en domicilio					Horas de apoyo psicólogo				
Apoyo psicológico grupal (Sendian)					Horas de apoyo psicólogo				
Formación PECEF					Horas de formación (16)				
Orientación y actividad deportiva					Horas de orientación y actividad				

Sección de la matriz de recogida de información de servicios y costes.

Estas matrices han sido creadas ad hoc con el objetivo de dar solución a aspectos específicos del análisis y monitorización del desarrollo del proyecto, pero con posibilidades en caso de demostrarse factibles, accesibles y funcionales para la gestión de casos, de poder generalizarse su uso de manera formal como parte de una instrumentación de gestión innovadora centrada en la persona.

5. FASES DE INTERVENCIÓN

En el diseño de este proyecto se han identificado las siguientes fases que se llevarán a cabo a lo largo del proceso:



Se describen a continuación las fases y acciones realizadas hasta el momento.

FASE 1.

Delimitación del territorio: selección de municipios

Uno de los elementos iniciales a la hora de realizar un proyecto piloto es la elección de los territorios en los que se desarrollaría esta iniciativa.

Debemos tener en cuenta que una de las premisas para el buen desarrollo del proyecto es la **implicación firme por parte de las administraciones públicas tanto sociales como del ámbito de salud y que éstas ejerzan de eje tractor de la experiencia**, es decir, debe ser aceptado y liderado por las Administraciones locales y servicios sanitarios del territorio.

Para intentar garantizar en la medida de lo posible el éxito de la experiencia y poder extrapolarla a futuro a otros territorios, en experiencias previas se han identificado como **criterios relevantes** de identificación de entornos adecuados para el desarrollo de estas iniciativas los siguientes:

- Existencia de diferentes recursos destinados a la población objeto del estudio,
- Experiencia previa de trabajo en red,
- Cercanía y conocimiento de los potenciales usuarios, por parte de los profesionales de la zona.

Para ello, y después de establecer varios contactos con diferentes municipios, se ha optado por elegir los de **Elgoibar, Renteria y Pasaia** por reunir las características establecidas, muy especialmente, la implicación de sus responsables, técnicos y políticos. El proyecto se ha desarrollado en los tres municipios elegidos

Todo ello sin olvidar la importancia de que sus profesionales participen desde el necesario espíritu crítico sobre sus prácticas profesionales para facilitar la innovación y el avance hacia los objetivos establecidos

FASE 2.

Diagnóstico de situación

Se está realizando un diagnóstico de la situación sociodemográfica en cada municipio así como de los principales indicadores que pueden tener algún tipo de impacto en la intervención a realizar en el proyecto. En este apartado se analizarán los siguientes aspectos:

- Análisis sociodemográfico de la población, con especial incidencia a las personas mayores de 80 años a sus entornos familiares.
- Estudio de las valoraciones de dependencia realizadas y de las prestaciones que perciben.
- Evaluación complementaria de las personas y de su entorno físico y relacional.
- Análisis de la disponibilidad de recursos sociales y sanitarios y su grado de adecuación a las necesidades de atención.
- Oferta de los municipios para la provisión de servicios de proximidad (incluyendo los privados).
- Situación del empleo de hogar en relación a los cuidados en cada uno de ellos, con especial atención a su grado de legalidad, perfiles y formación, así como su organización presente o potencial (cooperativas, por ejemplo).
- Revisión el grado de implantación de iniciativas de voluntariado para acciones de acompañamiento`
- Diagnóstico de amigabilidad si no son municipios acreditados en la Red Euskadi Lagunkoia, incluyendo sus diferentes áreas (siempre que no estén analizadas en el diagnóstico anterior):
 - Espacios al aire libre y edificios.
 - Transporte.
 - Vivienda.
 - Participación y tejido social.
 - Participación ciudadana y empleo.
 - Respeto e inclusión social.
 - Comunicación e información.
 - Servicios sociales y de salud.

FASE 3

Alianzas y acuerdos con entidades, sistemas y agentes implicados.

Esta es una fase se encuentra “en construcción” a lo largo de todo el proyecto, ya que es un proceso intrínseco a la metodología de investigación-acción participativa.

Necesitamos asegurar el máximo grado de implicación entre todos los potenciales agentes: administraciones públicas sociales y sanitarias, entidades prestadoras de servicios, colegios profesionales, ONGs, cooperativas de empleo de hogar, proveedores de servicios de proximidad, colegios profesionales...

Uno de los aspectos troncales en este proyecto, reside en el desarrollo del perfil profesional de Gestor/a del caso. Desde el primer momento se ha optado por trabajar desde los servicios sociales esta figura profesional, aunque lo deseable sería desarrollar esta iniciativa con gestoras del caso procedentes del sistema sanitario y social. Dado que este es un proyecto que surge inicialmente del ámbito de la Innovación social y que la participación del sistema sanitario no está garantizada a día de hoy, se ha procedido a la realización de un proceso de acompañamiento con los departamentos de servicios sociales de los tres municipios para que decidan qué profesionales van a asumir este rol a lo largo de todo el proceso. Esto supone que los casos que forman parte del grupo control (descrito anteriormente) no estén en ningún caso gestionados por las trabajadoras sociales responsables del grupo experimental.

Este proceso está prácticamente cerrado en los tres municipios. **Las gestoras de los casos participan en un proceso formativo y de acompañamiento continuo.** Durante este año se ha iniciado un **proceso de difusión del proyecto en los tres municipios. Se ha realizado la presentación pública del proyecto a nivel municipal en cada una de las poblaciones**, así como la celebración de reuniones con las entidades que potencialmente puedan tener algún papel en el proyecto, con el objeto de llegar a acuerdos de colaboración con cada una de ellas.

Por otra parte, se han establecido ya contactos con la Red **European Social Network (ESN)**, que lidera en Europa experiencias similares y está especializada en la creación de redes de experiencias innovadoras. Tanto el Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Guipúzcoa, como Matia Fundazioa somos socios de esta red, con el objeto de facilitar la incorporación e integración de esta iniciativa en redes internacionales.

También estamos explorando la posibilidad de colaboración con la **International Foundation for Integrated Care (IFIC)**.

En la segunda parte de esta memoria se describe la situación actual de esta fase.

FASE 4.

Selección personas participantes

Para la identificación de los participantes del proyecto se ha procedido a la realización de una selección aleatoria de los grupos control y experimental que se describirá en la segunda parte de esta memoria en el apartado Selección de muestra.

Se presenta en la segunda parte de esta memoria, la situación de la muestra a diciembre de 2018.

FASE 5

Formación y acompañamiento

El desarrollo del proyecto conlleva una perspectiva de formación continuada a lo largo de todas las fases, de modo que se combinarán acciones formativas presenciales con procesos de acompañamiento, en la gestión de casos que por su complejidad lo requieran.

Se ofrece participar en las sesiones formativas a todos los profesionales implicados en el proyecto, profesionales del sistema de salud, sistema social, servicio de ayuda a domicilio, proveedores de servicios,...

Este proyecto pretende, influir en la transformación de la realidad actual, interviniendo y provocando cambios en las maneras de responder a las necesidades crecientes y variables de la ciudadanía que envejece y que necesita apoyos en su entorno de vida habitual.

Por ello esta fase formativa adquiere una relevancia sustancial con la pretensión de compartir desde distintas ópticas un modelo de atención que dé respuesta a las preferencias, expectativas y deseos de las personas.

En relación a este tema se está desarrollando un proceso de formación y acompañamiento a las gestoras de caso, con el fin de interiorizar la metodología de la gestión de casos, la realización de Planes de Atención y Vida, y el propio cuidado de las profesionales durante todo el desarrollo del proceso.

De la misma manera, se están planificando sesiones formativas con cuidadores/as formales e informales sobre aspectos concretos del proceso del cuidado, y sobre los que se han detectado intereses específicos.

La información relativa a este apartado se incorpora en la segunda parte de este informe.

6. CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN

	2019											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Delimitación del Territorio												
Diagnóstico de situación												
Evaluación complementaria de las personas y de su entorno físico y relacional.												
Análisis de la disponibilidad de recursos sociales y sanitarios y su grado de adecuación a las necesidades de atención.												
Oferta de los municipios para la provisión de servicios de proximidad (incluyendo los privados)												
Situación del empleo de hogar en relación a los cuidados												
Revisión el grado de implantación de iniciativas de voluntariado para acciones de acompañamiento.												
Diagnóstico amigabilidad												
Alianzas y acuerdos con entidades, sistemas y agentes implicados												
Identificación de Agentes colaboradores												
Firma de convenios de colaboración												
Difusión del proyecto en cada municipio												
Colaboración con redes internacionales												
Selección de la muestra												
Seguimiento de la muestra												

	2019											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
FORMACIÓN Y SEGUIMIENTO												
Sesiones formativas dirigidas a todos los profesionales implicados												
Proceso de acompañamiento y seminarios para la coordinación sociosanitaria												
Procesos de acompañamiento a profesionales para la gestión de casos												
Sesiones de diseminación y sensibilización comunitaria en los municipios												
Formación y acompañamiento a profesionales de atención en domicilio												
SERVICIOS												
Adecuación de los servicios a las necesidades de las personas												
ENTORNOS												
Adecuación de entornos (vivienda)												
Análisis de los entornos												
FAMILIAS CUIDADORAS												
Acompañamiento, asesoramiento, formación												
Valoraciones intermedias												
Valoración final												
Análisis y conclusiones												
PERSONAS MAYORES												
Valoraciones intermedias												
Información y asesoramiento. GESTIÓN DEL CASO												
Evaluación post												
Análisis de conclusiones												
CONCLUSIONES FINALES												
<i>Edición memoria final y conclusiones</i>												
<i>Balance del proyecto con los agentes intervinientes</i>												

7. SEGUNDA FASE DE IMPLEMENTACIÓN (2018)

ETXEAN BIZI

Segunda fase de
implementación

7.1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA MUESTRA

1. PROCEDIMIENTO.

Se recogieron los datos por medio de los tres protocolos de valoración de la persona. Estos protocolos rellenos en la aplicación de Google Forms, accesible por las investigadoras y gestoras, independientemente del municipio, recogieron la información en matrices de datos Excel las cuales se exportaron al programa de análisis estadístico SPSS. Las tres matrices de toma de resultados en línea base: Protocolo de Gestora, Protocolo de Persona Mayor y

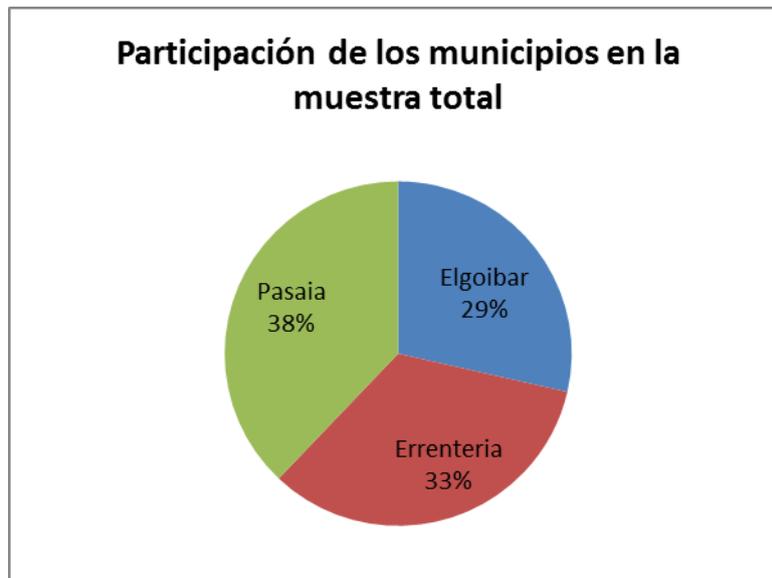
Protocolo de Cuidadora (los dos últimos realizados por personal del instituto) se integraron en una única matriz de SPSS. Una vez unificados los datos, se realizó un análisis de comprobación de los casos para asegurarse de que los datos están correctamente recogidos.

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias iniciales para ver la corrección de inserción de los datos buscando valores perdidos y extremos y análisis comparativos para ver si existían diferencias estadísticas en las variables de definición de la muestra entre las condiciones control y experimental.

A continuación se describen los datos en términos de frecuencia, promedio y desviación típica según las características de los datos.

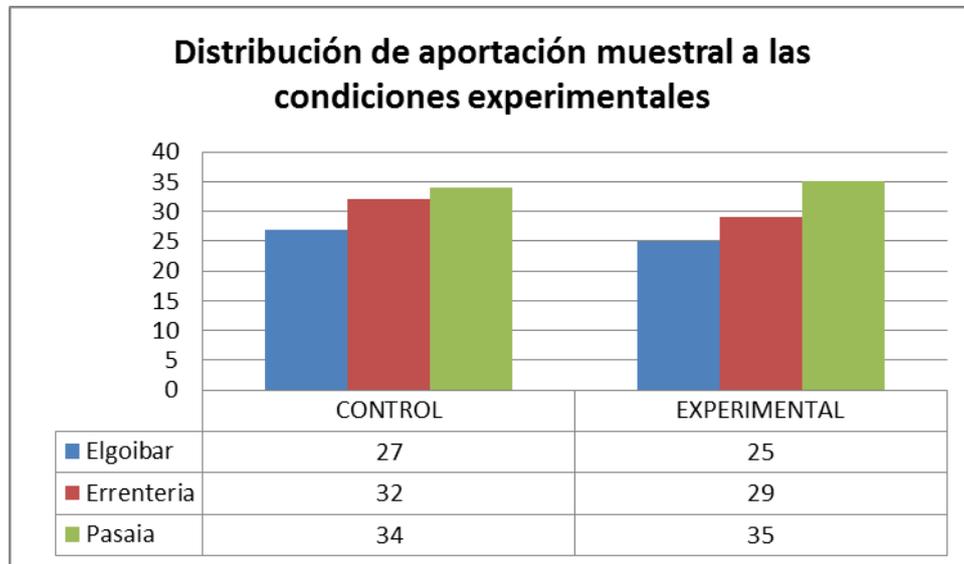
1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

Distribución de la muestra



La distribución de la muestra total (N=182) se da en un porcentaje variable entre 28,6 y 37,9% según municipio siendo Pasaia el municipio que más casos aporta a la muestra compuesta por: Elgoibar (n=52), Errenteria (n=61) y Pasaia (n=69).

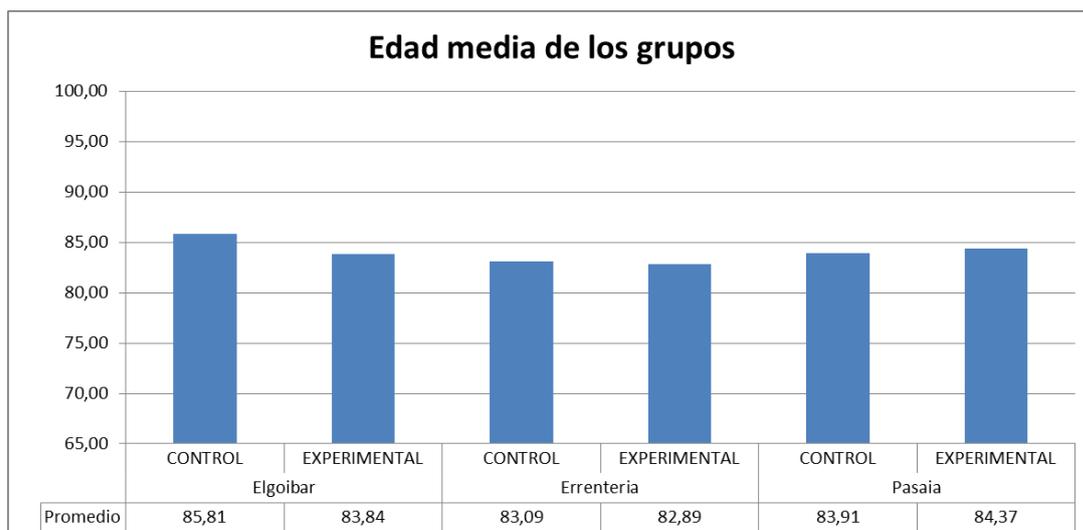
Los grupos están prácticamente equilibrados en número de participantes en el momento inicial habiendo diferencias en frecuencia de 2 casos más en el GC en Elgoibar, 3 casos más en el GE en Errenteria y 3 casos más en el GE en Pasaia.



Datos sociodemográficos

En la siguiente sección se recoge la edad, el sexo y la distribución de estas variables en las condiciones experimentales.

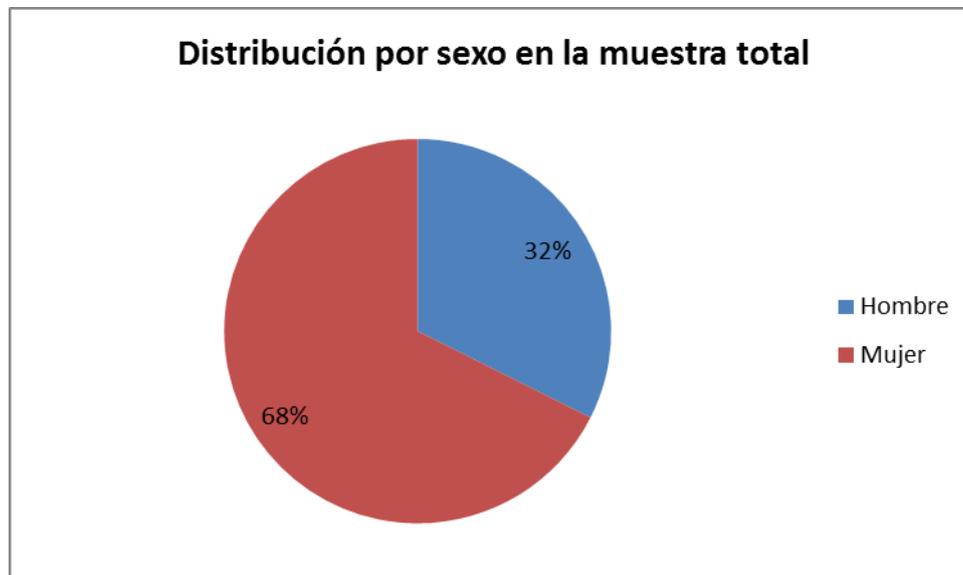
La edad media de los participantes fue $\bar{X}=83,87$ (65-100); DT=7,93.



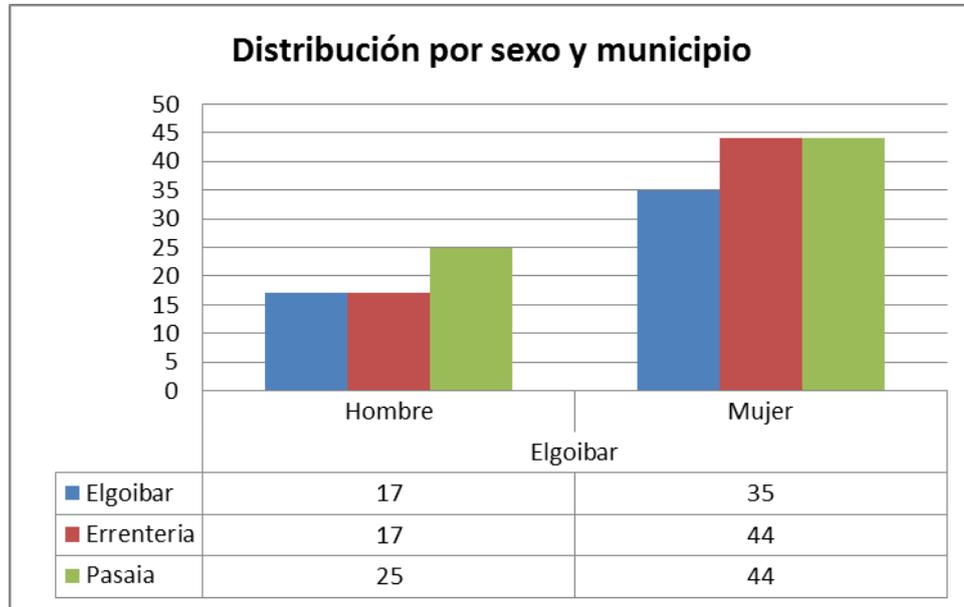
Las diferencias en edad entre grupos no son significativas de acuerdo con la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. Los detalles se pueden revisar en la siguiente tabla:

Descripción de la edad por municipio y condición experimental				
Municipio	Condición	Rango	Media	Desviación Típica
Elgoibar	CONTROL	69-93	85,81	5,698
	EXPERIMENTAL	65-99	83,84	7,851
Errenteria	CONTROL	67-96	83,09	8,197
	EXPERIMENTAL	68-97	82,89	7,536
Pasaia	CONTROL	68-98	83,91	8,137
	EXPERIMENTAL	65-100	84,37	8,990

El porcentaje de mujeres en la muestra es de 68%. No se registran diferencias significativas entre los grupos control y experimental en las distribuciones esperadas por la prueba Chi2.

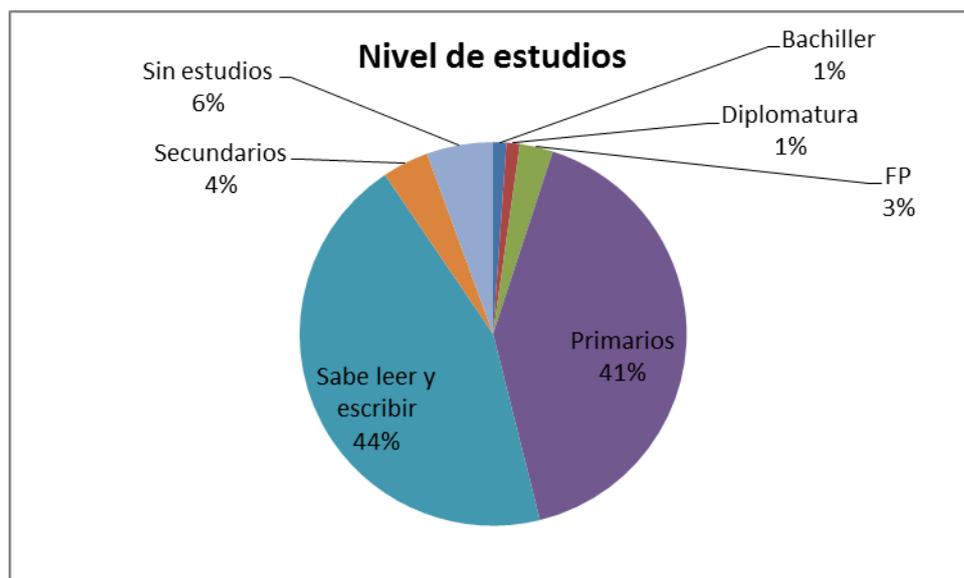


En el siguiente gráfico se recoge la distribución por sexo en cada municipio pudiendo observarse que la distribución es bastante homogénea en este caso, siendo Errenteria el municipio con una mayor diferencia en distribución muestral por sexo.



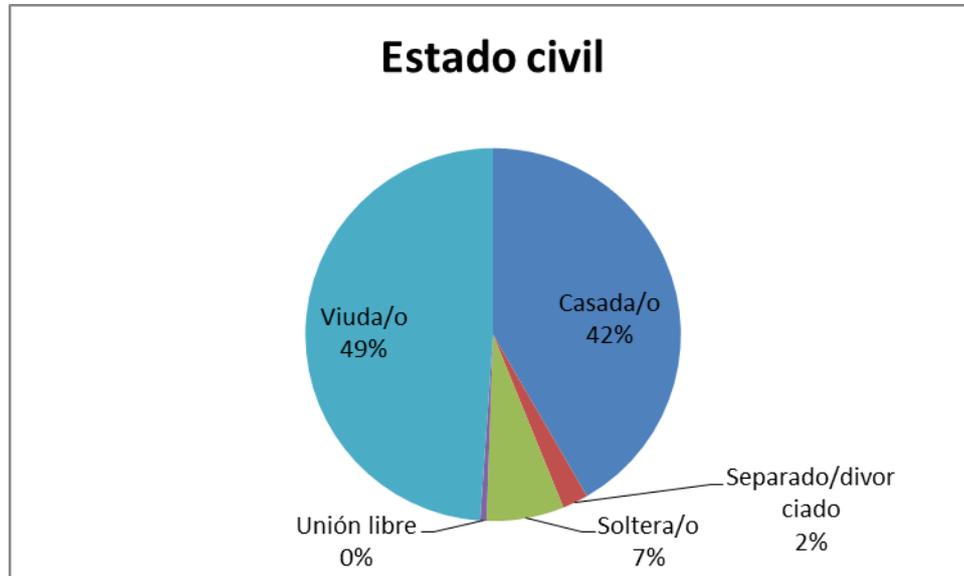
Nivel de estudios

Los participantes en su mayor parte saben leer y escribir aunque no hayan tenido estudios formales. El 41% completaron los estudios primarios y hay un 6% de personas sin alfabetizar.



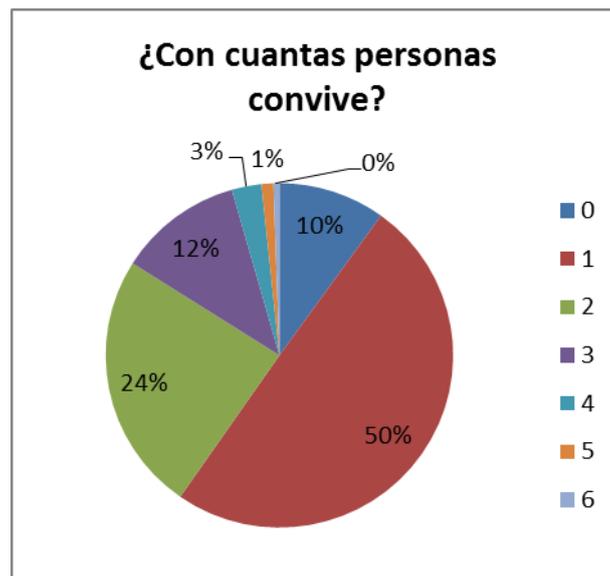
Estado civil

Las personas participantes se encontraban en su mayoría casadas o viudas.

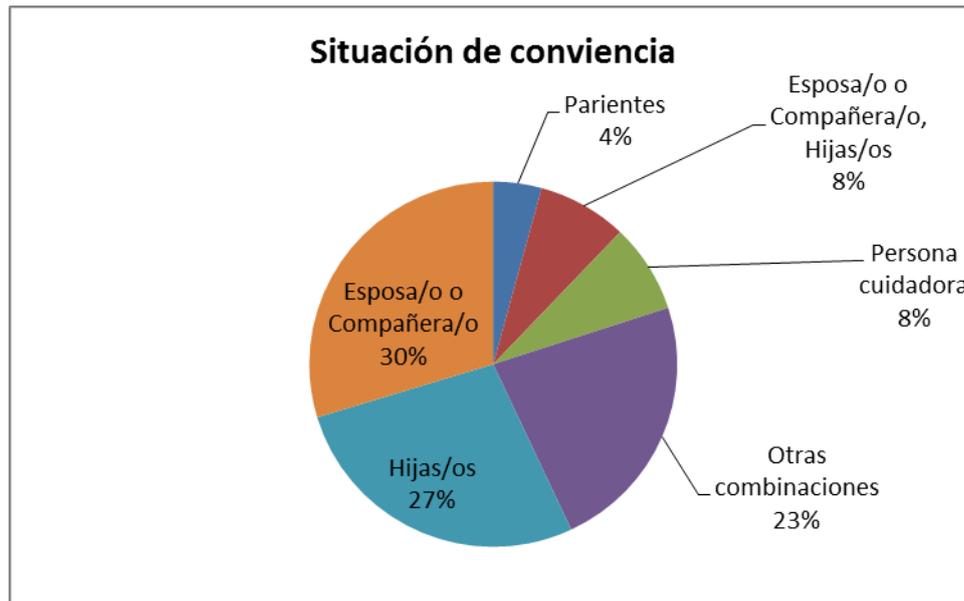


Situación de convivencia

Con respecto a la situación de convivencia, la mitad de los participantes convive con una persona. Un dato a tener en cuenta, dada la situación de dependencia, es que cerca del 10% de la muestra vive sola.



Entre personas que conviven con otras personas, la situación de convivencia más frecuente es convivir con la pareja exclusivamente, o con los hijos. Las diferentes combinaciones diferentes pueden a su vez incorporar también a la pareja y los hijos, además de otros familiares, amigos, etc. Las personas que conviven exclusivamente con su persona cuidadora representan un 8% del total de las personas que conviven con otras personas.

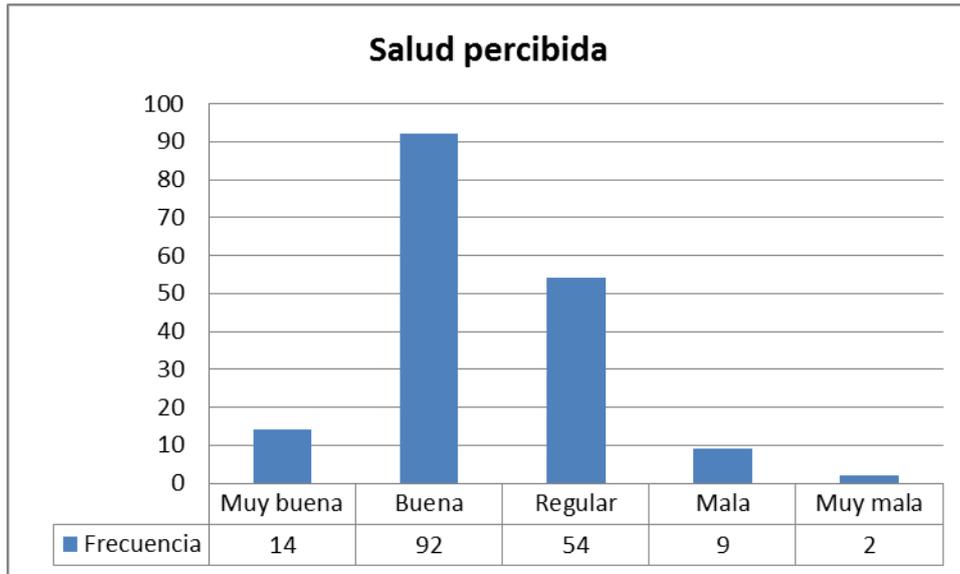


Variables clínicas de la muestra

A continuación se describen las variables clínicas de la muestra: salud percibida, trastornos crónicos, visitas al médico, número de ingresos hospitalarios, grado de deterioro cognitivo y número de fármacos.

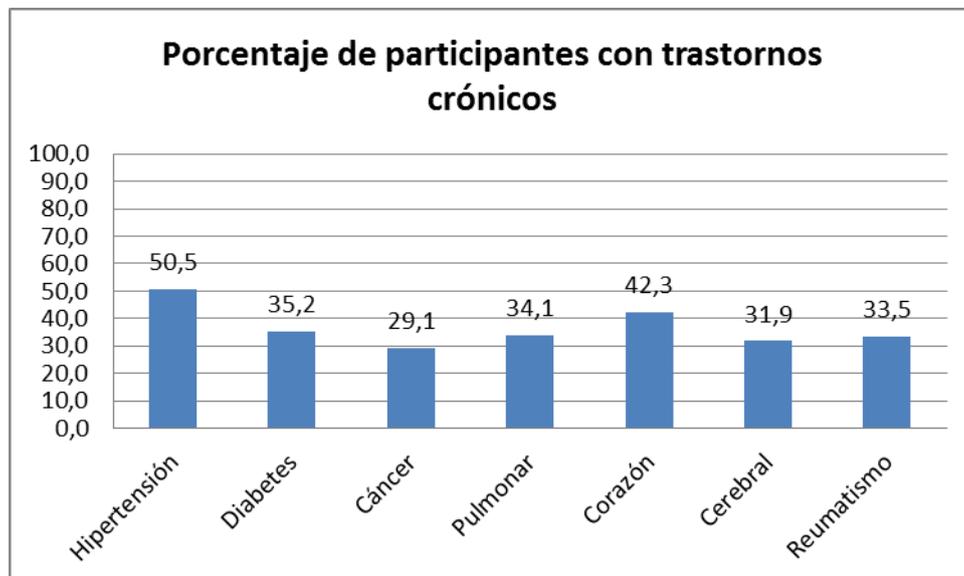
Salud percibida.

Con respecto a la salud, 50,5% de los participantes describieron su salud como buena y 29,7% como regular. Se puede observar una distribución tendiente a lo normal existiendo una división a grandes rasgos entre buena y regular siendo más frecuentes los valores intermedios y menos los valores extremos.



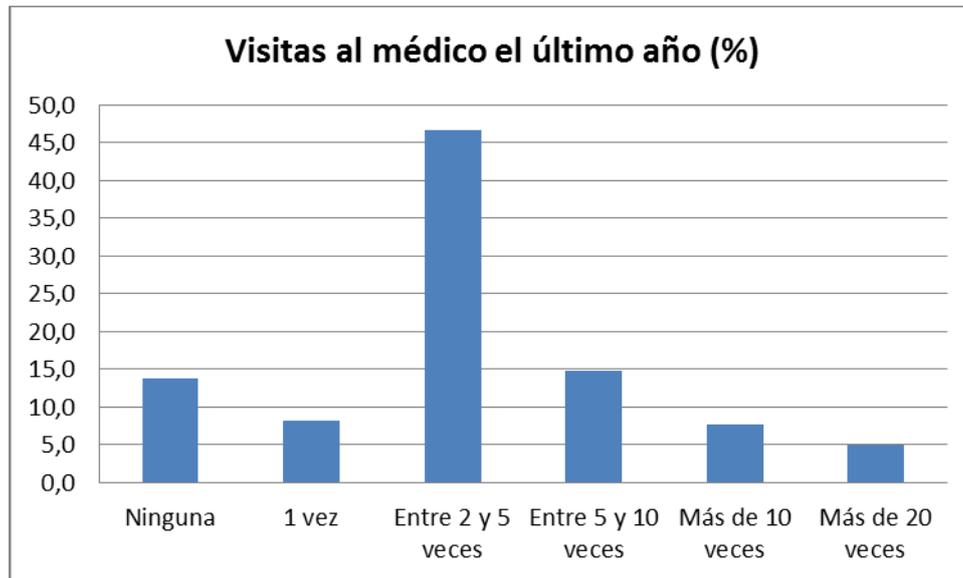
Número de trastornos crónicos

Los participantes respondieron haber sido diagnosticados con una media de $\bar{X}=3,1$; $DT=1,53$ trastornos crónicos entre los que se podían encontrar: diabetes, tensión arterial, neoplasias, enfermedades pulmonares, accidentes vasculares, reumatismo y osteoporosis.



Número de visitas al médico

Cerca de la mitad de la muestra (46,7%) fue al médico entre 2y 5 veces el año pasado y 27,5% de los participantes fueron más de 5 veces.

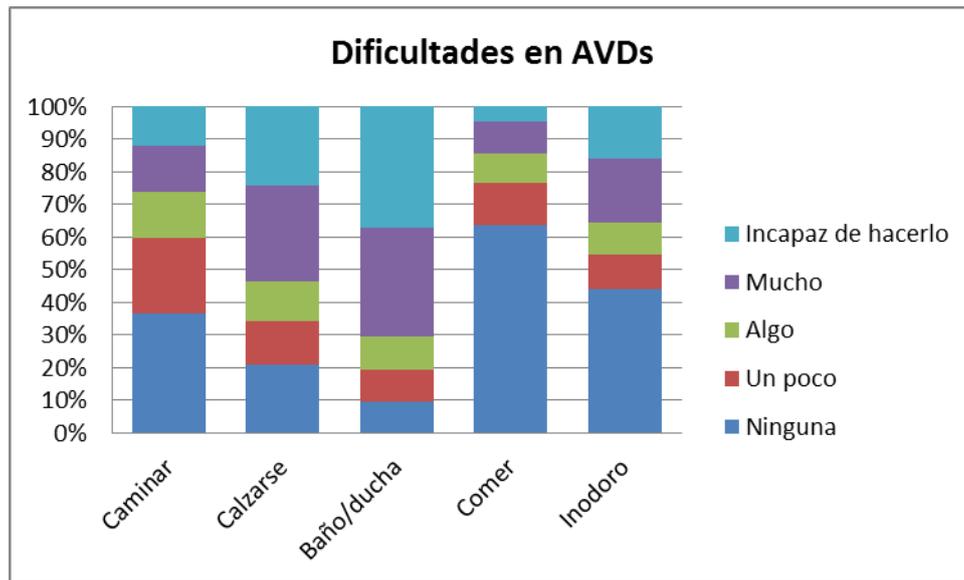


Número de ingresos hospitalarios

El 33,5% de los participantes tuvo al menos 1 ingreso hospitalario durante el año anterior (rango 1-17 veces). El promedio de ingresos de las personas que ingresaron al menos 1 vez fue $\bar{X}=2$; $DT=2,19$.

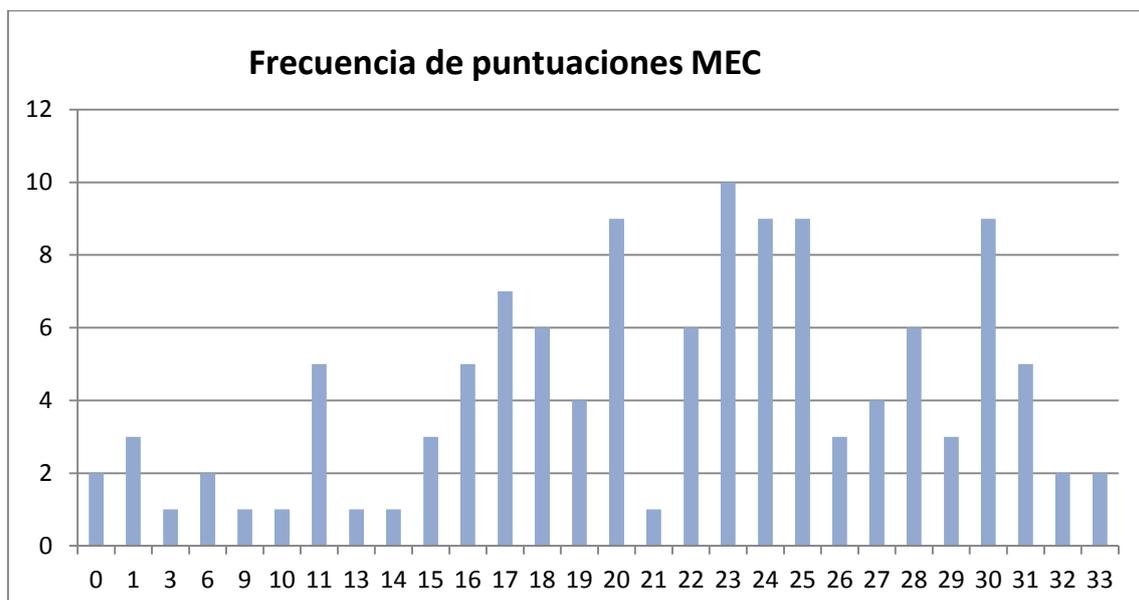
Grado de deterioro físico

Las dificultades en actividades de la vida diaria se observaron especialmente a la hora de utilizar el baño y la ducha (cerca del 70% de los participantes mostraron grandes dificultades o se veían incapaces de utilizarlo por sí mismos) y a la hora de calzarse y vestirse.



Grado de deterioro cognitivo

Los participantes mostraron un deterioro cognitivo con media $\bar{X}=21,22$ (0-33); $DT=7,6$, lo que significaría que en la muestra hay diferentes grados de deterioro, existiendo variabilidad, pero siendo el deterioro cognitivo una variable relevante, encontrándose la puntuación media en un deterioro cognitivo moderado. En el siguiente gráfico se puede observar que la muestra se encontraría distribuida con mayor frecuencia en las puntuaciones entre 15 y 20 que sería un deterioro moderado y 22 a 25 que sería un deterioro cognitivo leve. Los casos de deterioro cognitivo grave serían menos frecuentes.

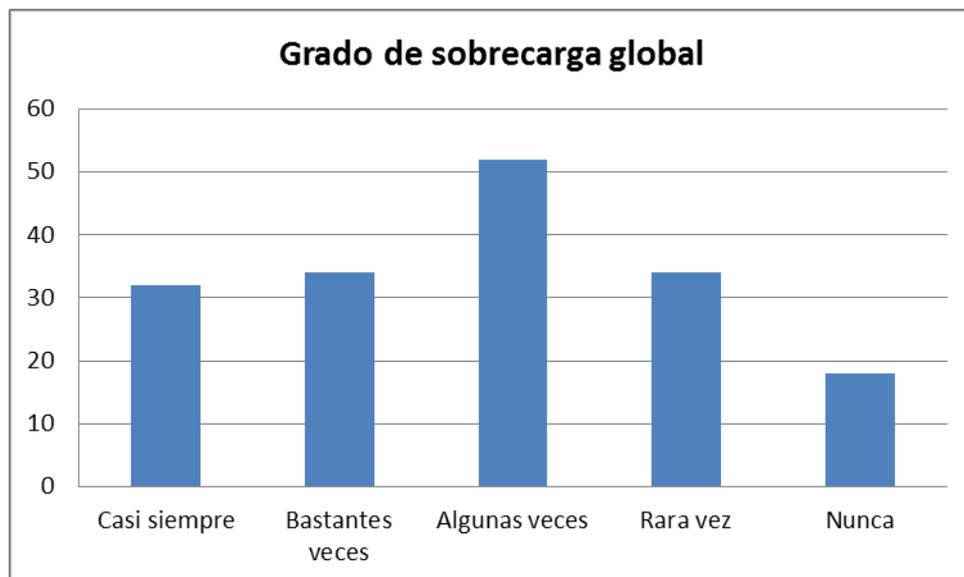


Número de fármacos

Las personas toman en línea base entre 0 y 15 fármacos con un promedio de 7,18 fármacos por persona. La administración de los fármacos es principalmente por vía oral. En este momento del estudio el análisis de los fármacos se realiza exclusivamente en términos de promedio siendo, por las características exhaustivas de la recogida de información farmacológica, objeto de estudio en profundidad en la fase post del proyecto para realizar comparaciones pre-post.

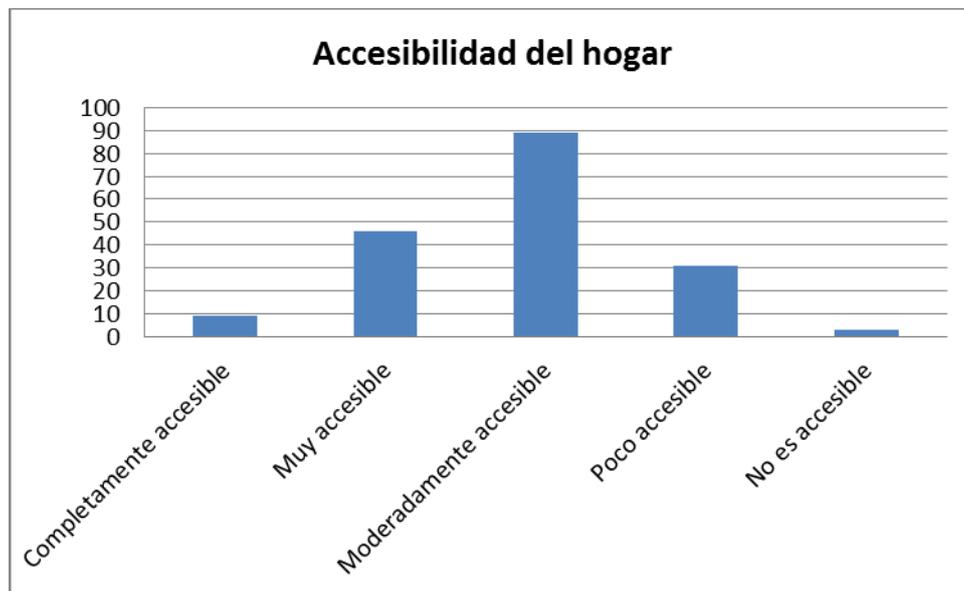
Grado de carga del cuidado

En la valoración global de la carga del familiar a través del ítem 22 (“Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar de su familiar?”) de la escala de Zarit se puede observar que gran parte de la muestra percibe estar sobrecargada algunas veces (o con un grado de sobrecarga intermedio). El 64,8% de la muestra de cuidadores se encuentra con un grado de sobrecarga global por encima de moderado.



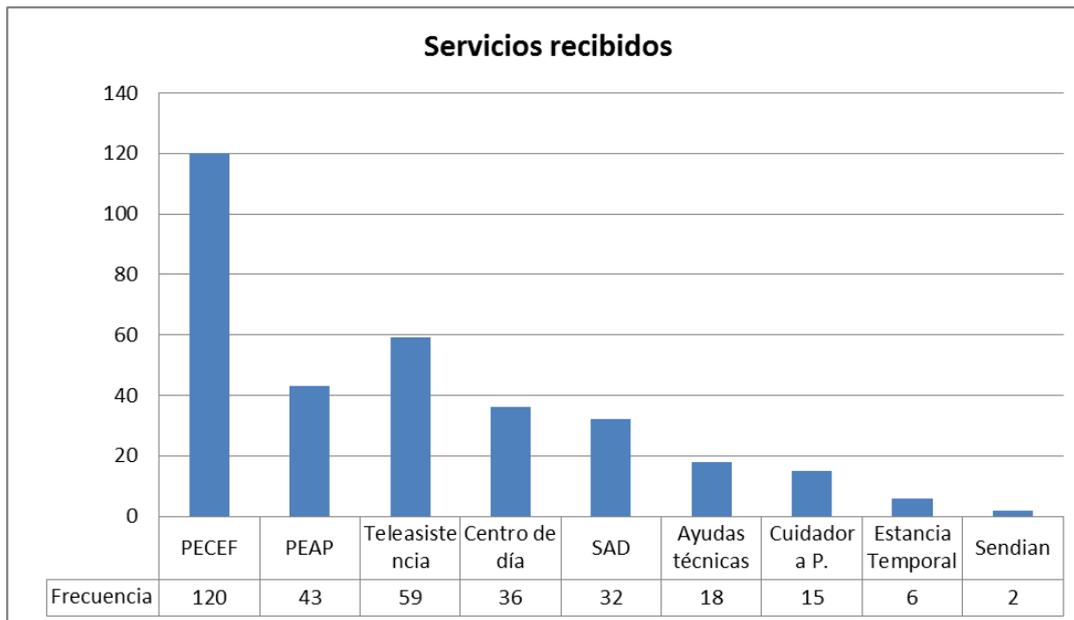
Accesibilidad

El hogar de los participantes se encuentra en general entre moderadamente y muy accesible, sólo 4,9% de los hogares de las personas mostraron accesibilidad completa y 18,7% de los hogares se consideraron entre poco accesible y nada accesibles.



Servicios recibidos

Los participantes disponían de variedad de servicios ($\bar{x}=1,82$ por persona) normalmente recibidos en combinación (0 y 4 servicios con distinta intensidad). El servicio más frecuentemente recibido fue la PECEF, seguido por la Teleasistencia (sin diferenciar básica o avanzada) y la PEAP.



VALORACIÓN DE LOS DATOS EN CONJUNTO

De los datos analizados en su conjunto puede extraerse un perfil de participantes con base en la frecuencia. Este sería un perfil compuesto principalmente por mujeres, de cerca de 83 años, que viven con la pareja, o viudas o con alguna hija o hijo, en la casa familiar no totalmente accesible. Las participantes tienen un perfil educativo relativamente bajo aunque sabiendo leer y escribir.

Con respecto a la salud, a pesar de ser personas con un grado de dependencia moderado (criterio de inclusión en el estudio), señalar tener dificultades importantes en varias actividades básicas de la vida diaria y cerca de 3 trastornos o enfermedades crónicas, valoran su salud entre regular y buena. En esta situación las participantes visitan al médico con gran frecuencia y al menos una tercera parte de la muestra ha ingresado en el hospital durante el año pasado.

Con respecto al deterioro cognitivo parecen ser personas con un grado entre ligero y moderado siendo una parte menor, pero no descartable, de la muestra las personas con un deterioro más grave.

Estas personas en su mayor parte convivirían con una persona cuidadora principal informal al cargo de su cuidado que experimenta un grado de sobrecarga entre moderado y muy elevado.

Hay que tener en cuenta que aunque este sea un perfil promedio la muestra es heterogénea y probablemente se puedan definir perfiles más específicos de participantes de acuerdo a su combinación de características en relación con el deterioro cognitivo y motor, el apoyo familiar del que disponen, y las enfermedades crónicas. Siendo así, el perfil principal nos sirve para conocer algunas características que se repetirán en la muestra con cierta frecuencia en muchos casos relacionadas entre sí y con particularidades específicas de la persona en interacción con su entorno físico, social y de coordinación de servicios. No hay que olvidar las características con puntuaciones más extremas que aunque se repitan con menor frecuencia son lo suficientemente frecuentes como para requerir un análisis específico y búsqueda de soluciones adaptadas, normalmente más exigentes que las que requerirán perfiles más frecuentes pero más moderados, siendo este el caso de las personas que viven solas, que tienen mayor deterioro cognitivo o motor, que no disponen de servicios, o cuyo entorno por ser inaccesible las confina en casa sin poder realizar una vida normalizada.

7.2. COORDINACIÓN TÉCNICA PARA LA PUESTA EN MARCHA y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO EN LOS TRES MUNICIPIOS

Iniciada la puesta en marcha del proyecto a finales de año de 2017, durante el 2018 la coordinación técnica se ha desarrollado en las etapas nombradas de valoración, definición y consenso de Planes de Atención y Vida (PAyV a partir de ahora) e implementación de los mismos. En todo este proceso la coordinación se ha dado en diferentes ámbitos, foros y equipos, según objetivos y funciones de cada uno de ellos.

Seguidamente se describirán las diferentes acciones para la coordinación técnica, desarrollo y seguimiento del proyecto Etxean Bizí, haciendo referencia a los diferentes ámbitos, foros y/o equipos.

1- **EQUIPO MOTOR.** La Diputación Foral de Gipuzkoa, desde su departamento de Políticas Sociales, la Universidad de Deusto (ORKESTRA), asumiendo el estudio de coste-efectividad, Delegación Territorial de Salud de Gipuzkoa, representantes políticos, las responsables técnicas, gestoras de caso, y el equipo de Matia.

Durante el año se han realizado 4 reuniones de seguimiento y puesta al día del proyecto. En las mismas se ha analizado la situación de contexto del proyecto en general, fase, resultados generales, participación de los diferentes agentes y en qué nivel y situación concreta de cada uno de los municipios.

Puesta en marcha la fase de valoración de las personas participantes en el proyecto en enero, las reuniones de contraste y seguimiento con representantes todos los agentes implicados han sido 4: el 24 de abril, el 21 de junio, 13 de septiembre y 8 de noviembre.

En las mismas se han compartido datos generales del momento del estudio de investigación, relación y coordinación entre agentes, situación particular de cada uno de los municipios.

Además se han tratado temas troncales a consensuar entre los diferentes agentes para el desarrollo del proyecto.

2- REUNIONES DE COORDINACIÓN CON REPRESENTANTES DE AYUNTAMIENTOS.

Estos encuentros para la puesta en marcha de las valoraciones, tanto del grupo experimental como del grupo control, se han realizado en los tres municipios.

Aunque el trabajo diario y seguimiento más cercano se ha hecho con las gestoras de caso, las responsables de departamento de los tres municipios han sido parte de la evolución del proyecto en todas sus fases aunque de forma diferente. La propia organización de los departamentos ha hecho que la relación se haya planteado de diferente manera.

Esta coordinación ha ido dirigida a la definición del marco de intervención de Etxean Bizi, dentro de la organización del propio Ayuntamiento. Los temas tratados entre otros han sido: la organización de las presentaciones en los centros de salud de cada municipio, la puesta en marcha de acciones relacionadas con voluntariado o agentes comunitarios, organización de las presentaciones en los municipios, servicios y apoyos nuevos planteados en los PAyV, su gestión y financiación...

3- ACOMPAÑAMIENTO, REUNIONES Y CONTACTOS DE COORDINACIÓN TÉCNICA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA CON LAS GESTORAS DE CASO.

Este acompañamiento se ha realizado desde el inicio de proyecto y en todas las fases según ha ido requiriendo el momento y la necesidad en cada municipio.

En todo momento ha sido un proyecto en construcción conjunta. Construcción desde el aprendizaje de lo que generaba cada paso en el desarrollo de Etxean Bizi.

La incorporación de los municipios al proyecto ha sido gradual, y el acompañamiento se ha acompasado a los ritmos requeridos por cada uno de ellos en fases y requerimientos de cada momento.

Seguidamente se describe con mayor detalle la coordinación y trabajo conjunto realizado a lo largo de las diferentes fases del proyecto durante el año:

3.1. Fase de valoración

Tras un trabajo inicial interno en la definición de las herramientas de valoración inicial y final valoración de persona mayor, persona cuidadora y valoración de la gestora del caso por parte del equipo de Matia, su pilotaje y ajuste, éstas son compartidas con las gestoras de caso, incorporando sus aportaciones en las tres valoraciones.

Concretamente la definición de la valoración de las gestoras de caso es construida en su totalidad de forma conjunta con las de Elgoibar, las que se incorporan en primer lugar al proyecto ya en el mes de enero.

Una vez definidas y consensuadas las herramientas de evaluación y definidas las muestras tanto del grupo experimental como del control de Elgoibar, las valoraciones se configuran en formato informático para poder facilitar la elaboración de las valoraciones y obtención de datos online. Esta labor se realiza por parte del equipo de Matia.

Una vez acordadas las valoraciones, se establece su distribución. Las gestoras realizan la valoración que les corresponde a las personas del grupo experimental, y las trabajadoras sociales referentes de los casos de las personas que participan en el grupo control.

Desde el equipo de Matia se realizan las valoraciones de la persona mayor y persona cuidadora referente en los dos grupos, tanto el experimental como el grupo control.

Para poder gestionar adecuadamente las agendas y hacer una buena coordinación de las valoraciones se genera un calendario compartido para la planificación de las dos visitas de valoración a cada uno de los municipios. Primeramente se ha realizado la valoración de la gestora de caso, con la firma del consentimiento informado (ANEXO I) y confirmación de participación en el proyecto tanto del grupo experimental como del grupo control. Una vez realizada esta primera visita, se ha programado y realizado la segunda para proceder a la valoración de persona mayor y persona cuidadora.

Una vez iniciada la fase de valoración a finales de enero en Elgoibar, se incorporan a esta fase a primeros de marzo Errenteria y a finales del mismo mes Pasaia .

Esta fase de valoración ha ido a diferentes ritmos en los tres municipios, teniendo que actualizar muestras por fallecimiento en algunos casos y en otros por haber decidido no participar en el equipo.

La fase se ha finalizado de forma gradual entre mediados de junio e inicio de agosto.

Durante este período los encuentros y seguimiento han sido continuos en los tres municipios. Ajustando criterios de recopilación de información y registro de la misma, identificación de situaciones en riesgo y valorando respuestas.

El acompañamiento metodológico y de marco conceptual en cuanto a criterios de la gestión de casos, la atención personalizada y atención integral en toda la fase ha sido realizada por el equipo técnico de Matia. En cuanto al acompañamiento diario en relación a los casos, también ha sido realizado por el equipo Matia en los tres municipios, siempre desde el rol de acompañamiento, orientación y construcción conjunta con las correspondientes gestoras de casos.

Según se realizaban las valoraciones y se obtenía la información necesaria para conocer la situación de las personas, se ha ido elaborando en paralelo el diseño de la herramienta de gestión de esta información. Herramienta que logra identificar los aspectos que habría que mejorar o plantear una intervención para garantizar el bienestar de la persona en su continuidad en el domicilio. También identificar aquellos aspectos potenciales a favorecer o intensificar. Y por último las situaciones que pueden ser de riesgo de cara al futuro, en las que poder intervenir de forma preventiva.

3.2. Elaboración de propuestas de PAyV y consenso para su implementación

Una vez realizadas todas las valoraciones tanto en el grupo experimental como en el grupo control, se inicia la segunda fase del proyecto.

Las personas que participan en el grupo control siguen su procedimiento habitual de relación con la administración, percibiendo los recursos y prestaciones asignados en su PIA.

En el caso de las personas que participan en el grupo experimental, se inicia el proceso de elaboración de propuestas de PAyV entre las gestoras de caso de cada municipio con el apoyo y asesoramiento del equipo de Matia.

Además, se cuenta con el contraste de médico y/o enfermera referente de cada persona en el centro de salud de referencia para valorar y acordar la necesidad de la coordinación sociosanitaria (atención acordada en las sesiones de presentación del proyecto que se describe en un punto posterior).

Para esta elaboración se accede a la información de todos los aspectos valorados en la fase anterior y tras su análisis, se realizan propuestas de intervención siguiendo los principios de:

Los Planes de Atención cumplen los siguientes criterios:

- **La integralidad de la atención:** se tienen en cuenta los 4 ámbitos que caracterizan la gestión de caso.
 - La **situación de la persona mayor** sujeto de la intervención.
 - La **situación de su familiar referente** y red de apoyo informal.
 - La relación y **coordinación con servicios sanitarios**, desde cualquiera de sus recursos de atención: atención primaria o especializada.
 - El **entorno, en cuanto a amigabilidad y apoyo comunitario, accesibilidad e idoneidad de la vivienda**, así como todos los **servicios de proximidad** que el municipio y/o comarca facilita o puede facilitar.
- **La personalización (Atención Centrada en la Persona):** la información principal de la valoración de la gestión de caso se dirige a conocer la singularidad de la persona. Las preferencias de la misma, los valores y directrices vitales que dan significado a sus vidas. Esto significa que no hay dos planes iguales y que dan respuesta a la singularidad de cada persona.
- **Apertura a todo tipo de servicios:** en coherencia con la esencia conceptual de la gestión de casos, en este proyecto, la profesional responsable de cada caso asume la necesidad de incorporar e integrar todas las posibilidades y opciones que pueden ayudar a la persona y su entorno, con independencia de su procedencia: ámbito público, privado o comunitario (participación ciudadana y de acción organizada de voluntariado). En consecuencia, se realizan propuestas que están fuera de la cartera de servicios que las distintas administraciones ofrecen.

Este último punto genera incertidumbre al ser algo novedoso a poner en marcha. Se definen servicios de acompañamiento que no se contemplan en la oferta definida, servicios de salidas con apoyo de profesionales (DYA) no financiados hasta el momento... Tema que se trata en los foros del grupo motor y resuelve entre las representantes de los municipios y responsables del programa de Diputación Foral de Gipuzkoa.

Los recursos que se han solicitado mayoritariamente son: los productos de apoyo, apoyo psicológico individualizado para el familiar referente, acompañamientos más allá del SAD o cuidados contratados (alternativa a estancia temporal en domicilio...). También la participación en sesiones dirigidas a personas cuidadoras formales como informales en temas relacionados con cuidados...

Aunque la elaboración de los PAyV deberían realizarse desde un principio conjuntamente con la persona usuaria y, si ella lo desea, con su entorno de confianza, que constituiría lo que se conoce como “grupo de consenso”, en esta ocasión, por cuestiones de tiempo y también de falta de experiencia suficiente para afrontarlo de esta forma, se decidió, elaborar por parte de los equipo técnicos (gestora y técnicas de Matía) una propuesta previa de PAyV para trasladarla posteriormente a las personas y sus familias y consensuar el Plan definitivo de atención y vida. Siempre desde el máximo respeto a los deseos y preferencias de estas personas, lo que ha supuesto en ocasiones, la incorporación de propuestas no previstas o la eliminación de lagunas de las realizadas por el equipo técnico

El periodo de elaboración de propuestas se ha desarrollado entre finales de junio e inicio de noviembre. También de forma gradual iniciando con las personas que fueron valoradas en primer lugar.

3.3. Valoraciones intermedias iniciales.

Según criterios de investigación y temporalización de las fases, tras la valoración inicial completa, se programan valoraciones intermedias para conocer la evolución de las personas a lo largo del proyecto de investigación. La primera valoración intermedia se realiza por lo tanto antes de iniciar la implantación del PAyV consensuado con el objetivo de recoger la línea de deterioro natural de las personas participantes antes de la intervención.

Las valoraciones intermedias siguen un protocolo diferente al inicial (más reducido) para evitar sobrecargar a la muestra con las sucesivas valoraciones. El objetivo es recoger el desarrollo longitudinal de las variables más relevantes.

En el caso del grupo experimental, la valoración intermedia inicial se realiza por parte de la gestora de caso en la visita que se realiza para el contraste y consenso del PAyV. Primeramente, antes de pasar a hablar del Plan se realiza la valoración intermedia (ver ANEXO V).

El grupo control recibe la misma valoración. En este caso es realizada telefónicamente por el equipo Matia, siguiendo la programación a los dos meses de la valoración inicial. Como se ha señalado anteriormente, las personas siguen su procedimiento habitual de desarrollo.

La realización de las valoraciones intermedias facilita la actualización sobre la evolución de cada caso.

Las valoraciones intermedias se van realizando según diseño y disponibilidad de los participantes cada 2-3 meses.

3.4. Puesta en marcha de la intervención

La puesta en marcha de las intervenciones se realiza una vez acordado el PAyV, tras la visita de consenso. La ejecución y coordinación para su desarrollo es liderado por la gestora del caso. Esta última fase se ha iniciado en julio en los tres municipios en unos pocos casos. La generalización de todos los planes se está finalizando actualmente.

En Elgoibar a mediados de diciembre todos los PAyV están en proceso de implementación. El cambio de gestora del caso, por traslado a la Diputación de Guipuzkoa ha ralentizado un poco el ritmo del desarrollo del proyecto. Actualmente, la persona que ha asumido sus tareas ya domina el proyecto perfectamente y todo vuelve a la normalidad después de haber visitado en su domicilio a todas las personas participantes en el grupo experimental para revisión y seguimiento de la implementación de los PAyV.

En Errenteria, para finales de noviembre todas los PAyV están en marcha con la excepción de dos casos que pasan el periodo vacacional fuera del municipio y su regreso al mismo se alarga hasta fechas navideñas.

En Pasaia, a finales de diciembre se consensuan 15 PAyV y se inicia la fase de intervención.

3.5. Otros:

Cara a la planificación del 2019, durante el último mes del año y coincidiendo con la puesta en marcha de los planes, en los tres municipios se ha iniciado con la calendarización de las sesiones y jornadas de carácter grupal y comunitarias.

Es un proceso de identificación de temas de sensibilización a trasladar al municipio en general como a grupos de interés.

En Elgoibar se ha establecido fecha para la sesión de trabajo en torno al tema de cuidados dirigido a familiares referentes y profesionales del cuidado de atención directa.

4- PRESENTACIÓN DEL PROYECTO Y ACUERDOS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA CON LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ELGOIBAR, ERRETERIA Y PASAIA.

Previa preparación se presenta el proyecto y propone trabajo colaborativo en el ámbito de coordinación sociosanitaria en los centros de salud de referencia de los tres municipios:

A partir de mayo se comenzó a establecer contactos y reuniones con las OSIS de referencia de los tres municipios: Donostialdea y Debabarrena Mendara. Tanto sus responsables como los profesionales (médicos y enfermeras) afectados muestran interés por colaborar, trasladando el proyecto a los centros de salud de referencia.

A modo de ejemplo en **Elgoibar**, se realiza una presentación en la que participan todos los médicos y enfermeras de referencia de las personas que integran el grupo experimental y JUAP del centro de salud. En la misma ya se generan los contactos para materializar el seguimiento sociosanitario, superando progresivamente un distanciamiento que desde hace tiempo dificultaba la relación entre Servicios Sociales y Sanitarios.

En **Pasaia**, municipio que cuenta con tres centros de salud, se han realizado dos reuniones de presentación. Una presentación en el centro de salud de Trintxerpe, donde acudieron representantes del centro de Donibane y San Pedro. Acudieron médicos del ambulatorio compartido entre San Pedro y Trintxerpe y la médico referente de las personas del grupo experimental de Donibane. Muy buena acogida e interés por el proyecto.

La segunda presentación tuvo lugar la reunión en el otro centro de salud de **Pasaia**, el centro de salud de Antxo. En la reunión participó M. Jose Goñi como responsable de la OSI Donostialdea. Acudieron médicos y enfermeras del ambulatorio, entre los que se incluye la médico referente de los participantes del grupo experimental de Antxo. La acogida también fue muy buena. En ambas reuniones por parte de Etxean Bizi participan la gestora de caso de Pasaia y una técnico de Matia.

En el municipio de **Erreterria**, también se han realizado dos reuniones de presentación y propuesta de colaboración. Las personas que participan en el grupo experimental cuentan con sus médicos de referencia en los dos centros de salud del municipio.

La primera reunión tuvo lugar en el centro de salud de Beraun. En la misma participaron todos los médicos y enfermeras de referencia de las personas participantes en el grupo experimental y JUAP del centro. Por parte de Etxean Bizi participa la gestora de caso y una técnico de Matia. Una vez superada la resistencia del desconocimiento del proyecto hay muy buena predisposición para la coordinación y se establece el vínculo necesario para coordinar la atención sociosanitaria necesaria en los casos que así lo precisen.

Como en las sesiones anteriores en el centro de Iztietia, donde se realiza la segunda presentación, participan todos los médicos y enfermeras de referencia de las personas participantes en el grupo experimental y JUAP del centro transmitiendo interés y buena acogida. Además este centro de salud cuenta con la figura de trabajadora social que se coordina con los médicos y enfermeras para las intervenciones. En el caso del proyecto se decide establecer relación directa con la gestora del caso.

5- FORMACIÓN TÉCNICA Y DE COHESIÓN DE EQUIPO ETXEAN BIZI.

A lo largo de todo el proceso de valoración e implementación se han desarrollado sesiones de formación técnica en relación a aspectos relacionados con el método de gestión de casos y sesiones de cohesión de equipo.

La parte técnica ha ido dirigida a integrar los aspectos necesarios de la gestión de casos: metodología basada en el acercamiento a la persona, a su cotidianeidad y la intervención desde la integralidad, desde el respeto y foco en la autonomía en la toma de decisiones de la persona. En la misma línea se ha trabajado sobre la línea de elaboración de los PAyV de forma participada, donde la persona mayor es protagonista de su propio plan.

Para poder hacer un buen desarrollo de esta metodología de trabajo, se considera necesario el autoconocimiento, conciencia de los hábitos de funcionamiento en las relaciones, la capacidad de escucha (hacia fuera y hacia dentro) y para todo ello el soporte del equipo.

Se ha procurado dar importancia a esta faceta de acompañamiento técnico y conceptual de la experiencia: realizando sesiones de formación presencial, muy centradas en el rol de las gestoras de los casos, sus competencias y habilidades. En todo momento, se ha trabajado en base a los casos del grupo experimental para que las gestoras pudieran ver y aplicar directamente los conocimientos transferidos.

Además de la parte técnica se han realizado tres sesiones de cohesión de equipo, en las que han participado las gestoras de caso de los tres municipios . Las sesiones han sido lideradas por Raquel Lázaro, responsable de desarrollo de liderazgo de Matia Fundazioa. En estas sesiones se han trabajado distintos aspectos del cuidado de la propia persona para estar a disposición de quienes participan en el proyecto.

Se han realizado tres encuentros de cohesión de equipo en torno a temas como::

- 16 de marzo. Se trabaja el conocimiento mutuo para la creación de un equipo basado en la confianza. Se realiza en las oficinas de Matia Fundazioa.
- 27 de junio. La segunda sesión se realiza en la casa de cultura de Elgoibar. Donde se trabaja la escucha tanto interna como interna.
- 29 de noviembre. Sesión dirigida a las necesidades de las componentes del equipo para la cohesión, donde se da la bienvenida a Amaia Nafarrate como nueva componente del equipo

Estas sesiones se seguirán programando el tiempo que dure el programa. Se considera un aspecto necesario a trabajar en entornos de desarrollo de acompañamiento a otras personas con el objetivo de hacerlo con plena escucha, estar disponible y ser responsable del propio cuidado y disposición para hacerlo adecuadamente.

6- PRESENTACIÓN DE ETXEAN BIZI EN LOS MUNICIPIOS

La presentación del proyecto en los municipios es otro elemento muy importante en la socialización del mismo. La difusión es necesaria para sembrar en las personas participantes de la comunidad, la semilla de poder crear de forma conjunta un municipio que se responsabiliza de los cuidados.

En los tres municipios se ha realizado un acto público de presentación en un espacio abierto a la ciudadanía y grupos de interés. Además se ha grabado un vídeo por municipio, reflejo de la esencia del proyecto Etxean Bizi desde el ámbito de cambio de paradigma de la mirada profesional como de las vivencias de las personas y familiares que participan en el proyecto.

Los tres actos de presentación han tenido un impacto importante, contando con la presencia de profesionales de los ámbitos sanitario y social, mundo asociativo, practicantes en el proyecto y sus familias y ciudadanía. La participación en todos los casos ha sido alta.

Las presentaciones han sido organizadas mayoritariamente por parte de los Ayuntamientos y el departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Desde Matia se ha apoyado en la identificación de destinatarios o grupos de interés a los que dirigir la invitación, redacción de carta de presentación, orientación en la definición de contenidos de videos...

Las presentaciones se han realizado en las siguientes fechas:

- **Elgoibar**, 23 de marzo en el auditorio de la Escuela de Música de Elgoibar. En la presentación participan, Ane Beitia alcaldesa de Elgoibar, Mayte Sancho directora de planificación de Matia Fundazioa ,Idoia Uribarri, gestora de caso del proyecto Etxean Bizi en Elgoibar y Mayte Peña, Diputada de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa que cierra el acto.
- **Pasaia**, 7 de noviembre en el auditorio de Itsas Etxea. En la presentación participan, Izaskun Gomez Alcaldesa de Pasaia, Mayte Sancho directora de Planificación de Matia Fundazioa y Maitane Irurieta, gestora de caso del proyecto Etxean Bizi en Pasaia. Cierra el acto Markel Olano, Diputado General de la Diputación Foral de Gipuzkoa
- **Errenteria**, 21 de noviembre en el espacio de Merkatuzar. En la presentación participan Julen Mendoza alcalde de Errenteria, Mayte Sancho directora de planificación de Matia Fundazioa y Amaia Korta, gestora de caso del proyecto Etxean Bizi en Errenteria.Cierra el acto Mayte Peña, Diputada de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

7.3. SITUACIÓN ACTUAL DE CADA MUNICIPIO

Como se ha comentado anteriormente durante el 2018 se han llevado a cabo la fase, valoración inicial y elaboración de PAyV de las personas, así como la puesta en marcha de las primeras intervenciones con el experimental. También se ha iniciado el proceso de valoraciones intermedias a las personas participantes tanto del grupo control como del experimental.

1. CONTRASTE Y CONSENSO DE LOS PLANES DE ATENCIÓN Y VIDA CON LAS PERSONAS.

Elgoibar: el 100% de las propuestas están contrastadas y consensuadas con las personas del grupo experimental y todas las personas están recibiendo intervención en función de cada plan de atención. La intervención se ha realizado en dos fases: en la primera de ellas se han planteado todas aquellas que dependen de los recursos y servicios de la administración pública. En una segunda fase, que se inicia con la incorporación de Amaia Nafarrate (noviembre 2018), se identifica la necesidad de reorientar algunos planes de intervención y se plantean los servicios que actualmente están fuera de las prestaciones suministradas por la administración pública (acompañamientos, fisioterapia, adecuación del entorno...). Se ve la dificultad en articular servicios privados por parte del Ayuntamiento, para realizar acompañamientos a las personas, optando por hacerlo a través de su Servicio de Ayuda a Domicilio. Se identifica la dificultad de contar con voluntariado en el apoyo en domicilios, comprobando que las personas voluntarias actuales están sobre cargadas y tienen poca experiencia de acompañamientos en domicilios. (Las mismas personas para mucho tipo de requerimiento y no relevo intergeneracional). Ante esta situación se procurará dar respuesta a través de iniciativas de sensibilización y captación de voluntariado en el 2019.

Errenteria: 100% de las propuestas contrastadas y consensuadas con las personas.

Todas las personas del grupo experimental están en la fase de intervención. En este momento, todas las propuestas acordadas que derivan de la administración pública están tramitadas y se están poniendo en marcha. En cuanto a los recursos y servicios que surgen a raíz del proyecto Etxean Bizi y no bajo el contexto de los recursos públicos, y que suponen un coste añadido, se está realizando una estimación de dicho coste, cuya estimación ronda los 30.000€ anuales.

Debemos aclarar que no todas las personas requieren este tipo de servicios, en esta localidad son 10 las que consideran que pueden mejorar su bienestar con estos servicios. Algunos ejemplos son: acompañamiento y capacitación para una empleada de hogar, servicio de fisioterapia a domicilio, servicio de la DYA para salir a la calle, capacitación a persona cuidadora, adaptación de terraza y ampliación de SAD, etc.

Pasaia: 50% de las propuestas contrastadas y consensuadas con las personas. En esta localidad, la realidad es que no todos los recursos planteados se están aceptando por las personas. Se ve especial interés por recibir apoyos relacionados con ayudas técnicas, que ya están en marcha. Una de las propuestas que surge en el marco de este proyecto y considerada de gran necesidad por las personas en este pueblo, es la de sustituir la estancia temporal en un centro por el acompañamiento en el propio domicilio con el objetivo de facilitar el descanso del familiar referente. Otro de los recursos de gran interés, es el del apoyo psicológico individual para familiares cuidadores. Los familiares interesados en recibir apoyo psicológico individualizado y también la participación en grupo, han sido orientados al programa Sendian (programa de apoyo a cuidadores informales). Programa que pretende favorecer el bienestar de las personas cuidadoras familiares para facilitar un cuidado más amable para la persona que precisa cuidados y también para la que presta.

Una vez realizados los Planes de Atención, representantes de los tres municipios, se han reunido para compartir y consensuar la forma de proceder en relación a la financiación de los servicios que se generan en el marco del proyecto y suponen un coste añadido o una gestión diferente a la habitual. En esta reunión, entre otras se plantean los siguientes temas:

- Voluntariado: se optó porque el acompañamiento se haga a través de profesionales de SAD y a lo largo del 2019 se trabajará en los municipios la generación de sensibilización y captación del movimiento voluntario.
- Financiación de servicios: se considera necesario acordar un criterio de copago (administración y persona) para todos aquellos servicios y recursos que surgen en el marco de Etxean Bizi y suponen un gasto añadido, hasta ahora no financiado por parte de la administración pública.

2. DESARROLLO DE INTERVENCIONES EN LOS PLANES DE ATENCION Y VIDA

A continuación se presentan las acciones y servicios que se derivan de la implementación de los planes en los tres municipios.

Servicios:

- Ampliar el horario en que se recibe el Servicio de Ayuda a Domicilio así como ajustar mejor el momento de necesidad real de la persona al horario establecido. Personas que ya contaban con el SAD municipal han optado por ampliar el servicio para mejorar el acompañamiento con diferentes funciones: apoyo para la realización de tareas domésticas cotidianas, acompañamiento en cuidados personales y acompañamiento personal.

- Apoyar en la gestión para contratar un asistente personal, en casos donde el apoyo que recibe hasta el momento no es suficiente. En ciertos casos esta contratación se deriva del cambio de prestación económica. Situaciones en las que en la unidad familiar se percibía la prestación PECEF (dirigida a los Cuidados en el Entorno Familiar) y se decide pasar a la PEAPS (Prestación Económica para la Asistencia Personal). La persona pasa de tener cuidados informales aportados desde la familia a tener apoyo de cuidados formales profesionales.
- Puesta en marcha del servicio de Centro de día: hay personas que comienzan a utilizar este recurso, favoreciendo una descarga importante para la persona cuidadora y el mantenimiento de la persona en su propio domicilio.
- Puesta en marcha de estancias temporales en residencia.
- Posibilidad de sustituir estancias temporales en residencia por la contratación de un asistente personal en el domicilio en el mismo período de tiempo, en casos donde la experiencia de estancia temporal en residencia no ha sido positiva para la persona. *Esta propuesta no se ha llevado a cabo en la actualidad, pero se está gestionando para poder llevarse a cabo, analizando en estos momentos el aspecto económico de dicha intervención.*
- Puesta en marcha del servicio de comida a domicilio.
- Revisión valoración de dependencia y discapacidad: solicitudes de revisión en los casos que tras valoración de Etxean Bizi se ha estimado la no coincidencia entre el resultado de la valoración de dependencia del momento y situación real. También se han tramitado valoraciones de discapacidad en los casos que se podían beneficiar de los derechos derivados de la misma.
- Solicitud de valoración de teleasistencia personalizada. Desde BiziOn, realizan la valoración para dotar al domicilio con los dispositivos necesarios para una cobertura adecuada y personalizada. En algunos casos, las personas están valorando la posibilidad de contar con teleasistencia personalizada, concretamente contar con sensores de movimiento que permitan supervisar el bienestar de la persona.

Entorno:

- Orientación para cambio de vivienda: en casos donde las barreras arquitectónicas y la situación de la vivienda en general, supone un gran problema para la persona a nivel de salud física, relacional y emocional, (cuestas importantes, escaleras que por la situación física de la persona y de la persona cuidadora, no se pueden subir, ausencia de acera con acceso directo a la carretera) suponiendo gran impedimento para que la persona pueda salir a la calle, se orienta y acompaña a la persona cuidadora para que realice las gestiones necesarias para solicitar un cambio de vivienda.
- Orientación para adaptación de vivienda (especialmente adaptación del baño) y orientaciones de mobiliarios, espacios... que favorecen la seguridad en el hogar. Para ello y como complemento de la orientación personalizada, se elabora un folleto gráfico y sencillo con este fin.
- Incorporación de productos de apoyo: oruga, grúa, sillón incorporador, silla para baño, cama articulada, etc. Principalmente se están gestionando productos que existen en el catálogo de Diputación.
- Acción comunitaria: gestión con profesionales de servicios comunitarios (biblioteca, asociaciones de mujeres...) para apoyar la participación de las personas mayores en programas que ya existen en la comunidad.
- **Acciones de voluntariado**
 - Salidas a la playa donde las personas tienen posibilidad de darse un baño o disfrutar de un día de playa, contando con un servicio que les recoge en casa y con un acompañante personal. Servicio gestionado por Cruz Roja Gipuzkoa.
 - Salidas en triciclo gestionadas por la iniciativa "Cycling Without Age" CWA – Donosita dentro del programa "Biziketaz Adinik ez" (En bici sin edad). Permiten a las personas dar un paseo por la localidad y visitar lugares a los que hace mucho tiempo no han accedido, disfrutando de un acompañante personal, y potenciando su red social.

- Orientación para gestión de salidas adaptadas al monte para personas con interés en este ámbito.
- Participación en actividades significativas cumpliendo deseos: como ejemplo, acudir a un programa de televisión de especial interés para la persona, estando presente como público y conocer cómo es la televisión por dentro.
- Activación del **servicio de orientación para la actividad física**, que ya existen en la localidad, pero en este caso, para personas que no salen habitualmente del domicilio, y están interesadas o realizan actividad física en el domicilio sin asesoramiento.

Coordinación sociosanitaria:

- Recibir el Blíster farmacéutico para garantizar la correcta administración de la medicación.
- Fisioterapia a domicilio: se está gestionando la posibilidad de que un fisioterapeuta acuda al domicilio para orientar y realizar ejercicios de rehabilitación en casa, para evitar el trastorno y gran esfuerzo que en múltiples aspectos supone desplazarse del domicilio.
- Coordinación y seguimiento de casos con médico y/o enfermera de atención primaria, y especializada. En función a la valoración personalizada, se establecen distintos niveles de atención conjunta entre la gestora del caso y profesionales de referencia de salud. Mayoritariamente el seguimiento sanitario se valora como adecuado y con los niveles de atención requeridos. Cuando se identifica una necesidad por parte de la gestora de caso o profesionales de la salud se establece el contacto para trabajar conjuntamente y dar una respuesta integral a la persona.

8. A MODO DE CONCLUSIONES

A lo largo de este año 2018 el proyecto Etxean Bizi ha ido madurando y convirtiéndose en referente en Guipúzcoa para avanzar en la identificación de un modelo de atención y provisión de apoyos a las personas en situación de fragilidad o dependencia que desean seguir viviendo en su domicilio habitual. El informe que se cierra con este apartado es una muestra clara de este proceso.

Sin entrar en todos los datos e informaciones ya descritas, compartimos algunas reflexiones derivadas de la experiencia en este periodo que, por su carácter más cualitativo, deben ser interpretadas como una invitación a la reflexión y avance para el 2019. Es por ello que comenzamos por las múltiples limitaciones con las que nos encontramos en el día a día.

Dificultades que genera la puesta en marcha.

- El proceso de esta experiencia está siendo mucho más lento de lo previsto. Quizás la razón más clara reside en que cuando se diseña un proyecto como éste, no solemos tener en cuenta el tiempo inevitable que cada fase requiere para aspectos como: identificar los municipios y su compromiso potencial con el proyecto, acompañar el proceso de elección de gestoras de los casos entre las profesionales de los servicios sociales de base, captar la muestra, explicar el proyecto a diferentes grupos de profesionales, a los usuarios, a sus familias...
 - Todo este proceso se enlentece ante la necesidad de realizar valoraciones exhaustivas de las personas en su domicilio, con todo lo que eso supone para garantizar que tanto ellas como sus cuidadoras se sientan cómodas y en un entorno de confianza.
 - Además, el enfoque metodológico basado en la atención integral y centrada en la persona, impone un respeto absoluto a los diferentes modos de vida de los participantes en la experiencia y de sus cuidadores, lo cual en ocasiones dilata bastante los proyectos.

- Por otra parte, un proyecto en el que se vislumbra un cambio muy importante en el modelo de atención, lógicamente es recibido con cierta resistencia (a veces incredulidad) por los responsables políticos y técnicos de los municipios, que lógicamente expresan dudas y temores ante potenciales incrementos de gasto público no previsto. Asimismo, las profesionales perciben que necesitan introducir cambios importantes en sus rutinas y metodologías cuya puesta en práctica no siempre está respaldada con los tiempos que exigen estos cambios.
- Por último, en lo que se refiere a este tipo de limitaciones, es obligado señalar que en algunos momentos se ha observado cierta desconexión entre las profesionales que están ejerciendo de gestoras de los casos y el resto del equipo de los servicios sociales. Situación perfectamente comprensible, dado que el sistema municipal de servicios sociales debe dar respuesta a muchas y variadas demandas, pero desde la mirada de un proyecto de cambio, genera cierta inseguridad para el futuro y su potencial generalización si no está suficientemente integrado en la dinámica del sistema.

Percepciones generales.

Al final de este proyecto se realizará una evaluación cualitativa que aflorará múltiples aspectos no recogidos en un diseño cuasi-experimental como el que estamos realizando.

Sin embargo, la mera observación del proceso nos conduce a apreciaciones como las siguientes:

Las personas que necesitan ayuda y sus cuidadores familiares

Recordamos en este caso las principales características

- El perfil general sería principalmente el de una mujer, de cerca de 83 años, que vive con la pareja, o estando viuda con alguna hija o hijo, en una casa familiar con dificultades de accesibilidad. El perfil educativo es bajo según lo esperable por las características de cohorte, aunque saben leer y escribir.

- Con respecto a la salud, las personas tienen dificultades importantes en varias actividades básicas de la vida diaria, cerca de 3 enfermedades crónicas, deterioro cognitivo entre leve y moderado, visitan al médico con frecuencia y una tercera parte han ido al hospital durante el año previo. A pesar de esto su valoración de su salud es entre regular y buena.
- En términos generales, observamos que las personas que forman parte de la muestra de este proyecto están bien atendidas tanto desde los servicios profesionales como desde el ámbito familiar.
- En contrapartida, encontramos a cuidadoras y cuidares familiares que presentan una sobrecarga importante que, si no se interviene sobre ella, dificultaría mucho el futuro de los cuidados que realizan en las condiciones actuales. El impacto de esta situación en su salud podría acarrear consecuencias en la aparición temprana de situaciones de dependencia, dada la edad de gran parte de estos cuidadores.
- Se valora la necesidad de intensificar las intervenciones de apoyo a las personas cuidadoras allí donde se genera la necesidad y dando respuesta a la diversidad de estas: apoyo psicológico en el domicilio, orientación sobre cuidados específicos, consejos sobre accesibilidad, problemas relaciones y de conducta, etc. En 2019, se intentará implantar el programa: “Acompaña”, valorado muy positivamente en la experiencia Etxean Ondo por las familias cuidadoras.

Las profesionales

- Merece mención especial el compromiso y dedicación de las trabajadoras sociales que ejercen el rol de gestoras de los casos. Podemos afirmar que ellas son las mejores predictoras de la calidad de este modelo de atención, mucho más trabajoso, pero, desde su experiencia, mucho más gratificante a la vista de los resultados que cada día van aflorando en este proceso.
- De la transición que se produce desde la cultura de realización de tareas, en muchos casos con alta carga burocrática a la de atención a las personas, a sus deseos y preferencias, a la facilitación de pequeños sueños no cumplidos hasta el momento, genera un alto grado de responsabilidad, entrega y compromiso con el proyecto no previsto inicialmente.

- La coordinación entre los profesionales sociales y sanitarios, una vez superada la desconfianza inicial, está resultando mucho más sencilla de lo previsto, gratificante para todos y eficaz para los usuarios. Debería generar una reflexión sobre los procesos que utilizan metodología *Bottom up* o de abajo a arriba que, una vez más, simplifica la coordinación, al margen de pactos y acuerdos macro entre los sistemas, mucho más dificultosos.
- La necesidad de que las trabajadoras de los servicios domiciliarios, cualquiera que sea su modalidad (SAD, asistentes personales, empleadas de hogar...) reciban formación y acompañamiento en el proceso de cuidados es indiscutible. Desde este proyecto está previsto trabajar en 2019.

Necesidades y demandas

- En páginas anteriores se describen con detalle los diferentes servicios y prestaciones que deberán incrementarse o mejorarse. En síntesis:
 - Diversificando más los servicios y apoyos.
 - Reformulando alguno de ellos, como es el caso de las estancias temporales que habrá que valorar su impacto si se realizan en una residencia o en su propia casa con la compañía de un asistente personal.
 - Reforzando servicios que no suponen un coste importante y pueden mejorar el bienestar de las personas, como es el caso de la teleasistencia personalizada.
 - Necesidad de una mayor armonización entre los momentos de necesidad real de atenciones y los momentos de recepción de apoyo. Es un problema endémico, de difícil solución, pero cuyo impacto en el bienestar de las personas es tan grande que justifica su abordaje para identificar posibles soluciones.

- Se destacan especialmente las necesidades relacionadas con la accesibilidad en la vivienda y en el entorno cercano. En unos casos estos problemas se pueden solucionar o mejorar a través de una concesión ágil de productos de apoyo o de realización de pequeñas obras de acondicionamiento. Pero en otros casos, se constata la necesidad de desarrollar políticas alternativas de vivienda, ágiles y adaptadas a sus características idiosincráticas.
- Resulta especialmente relevante la demanda por parte de los usuarios de pequeños apoyos y atenciones que, por su carácter cualitativo, no requieren grandes gastos: ir a la iglesia, jugar la partida, salir... Por todo ello, se observa un déficit muy importante en el desarrollo de organizaciones de voluntariado que puedan cubrir este tipo de necesidades. Su carácter cualitativo y, en consecuencia, su fuerte componente afectivo, justifica sobradamente el que este tipo de iniciativas sea lideradas desde la acción voluntaria, con independencia de la implicación económica que esto supone.

No podemos finalizar esta síntesis, sin destacar la alta satisfacción con el proyecto que nos transmiten las personas que participan en el grupo experimental y sus familias.

El sólo hecho de percibir interés por su situación, acudiendo a su domicilio, escuchándoles y transmitiendo sensación de tranquilidad y ausencia de “prisas” tiene un impacto positivo sobre los protagonistas de esta experiencia que se traduce en una receptividad posterior que sin duda facilitará la implantación definitiva de este proyecto en 2019.

9. ANEXOS

- I. Consentimiento informado
- II. Protocolo valoración persona mayor
- III. Protocolo valoración persona cuidadora
- IV. Protocolo administración gestora de casos
- V. Valoración intermedia



ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: ETXEAN BIZI

Institución: MATIA INSTITUTO

**Financiado por: Diputación Foral de Gipuzkoa. Área del Diputado General.
Dirección General de Estrategia de Gestión.**

Colaborador: Ayuntamiento de xxxx

Nombre del participante: _____

D.N.I:

El proyecto que se describe en este texto se denomina ETXEAN BIZI, y está financiado por la Dirección General de Estrategia de Gestión de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

Esta hoja de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. En ese caso, le rogamos pregunte a la Gestora de caso o a cualquier personal del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda con exactitud. Puede llevarse una copia de este consentimiento para pensárselo antes de tomar una decisión. Buscamos asegurar en todo momento el cumplimiento de la Ley Básica Reguladora 41/2002, de 14 de Noviembre de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

I. INTRODUCCIÓN:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio piloto. Antes de decidir si quiere participar o no, le rogamos lea atentamente este consentimiento. Formule todas las preguntas que le surjan para asegurarse de que entiende todos los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios.

II. PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El principal objetivo de ETXEAN BIZI es, entre otros, Mejorar la calidad de vida de personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia.

Dar apoyo (información, formación, asesoramiento, respiro) a familiares y empleadas cuidadoras. Probar la eficacia del modelo de atención integral centrada en la persona. Hacer más eficiente la intervención sanitaria y social. Y Probar la eficacia de las figuras de gestores de casos y de los profesionales de referencia.

III. PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Se le pide su participación voluntaria en este estudio piloto. Este consentimiento informado incluye información sobre el mismo. Queremos asegurarnos de que está perfectamente informado sobre el propósito de este estudio y lo que implica para usted su participación en el mismo.

Le rogamos nos pida cualquier aclaración sobre cualquier punto de esta hoja de información. No firme antes de tener la seguridad de entender todos los aspectos del estudio y sus objetivos.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Puede retirarse del mismo en cualquier momento sin ser penalizado.

Los participantes serán una muestra de personas mayores de 65 años cuya valoración de la dependencia corresponde a un Grado II de la localidad de XXXXXX, que no estén en lista de espera para entrar en residencia.

IV. PROCEDIMIENTOS:

En este estudio piloto de atención domiciliaria integral, se evaluarán distintas fórmulas para determinar con qué servicios y con qué modelo de intervención se garantiza la permanencia de las personas con necesidad de apoyos en su domicilio habitual en las mejores condiciones para su calidad de vida, lo mismo que su plena participación e inclusión social.

Para poder llegar a ese objetivo, a cada uno de los participantes se le asignará una persona que será la encargada de relacionarse con Vd, y a la cual se le llamará Gestora de caso.

La gestora de caso le visitará en su domicilio y recogerá mediante una entrevista personal datos relacionados con su vida, sus costumbres, aficiones y valores. Asimismo, esta persona tendrá acceso a su expediente social y solicitará a Osakidetza la información referente a su historial clínico. En paralelo, será necesario recoger información relativa a su estado cognitivo, social, emocional, y accesibilidad de la vivienda, con objeto de tener una visión integral de su estado. Para ello un evaluador le visitará en su domicilio y se realizará unas preguntas relacionadas con las áreas que se han mencionado anteriormente. Es importante que se encuentre con usted un familiar, a ser posible quien más tiempo pasa con usted, ya que a esa persona también se le realizarán algunas preguntas. Igualmente, en el caso que sea necesario, se le realizará la valoración de la dependencia.

Una vez se tenga toda esta información y conste en su expediente social municipal, la gestora de caso junto con usted y sus familiares es posible que programe una serie de servicios que redundarán en una mejor calidad de vida para usted. A esta programación se le llamará el Plan de Atención y Vida y durará mientras dure el estudio piloto.

Al tratarse de un estudio piloto y por tanto tener que demostrar la efectividad de este nuevo modelo de cuidado, cabe la posibilidad que usted participe en el grupo que recibirá los programas o no, esto es una práctica habitual en este tipo de estudios. Las personas que finalmente formen parte del grupo experimental se relacionarán durante la duración del estudio con la Gestora de Caso asignada, y las personas que formen parte del grupo control se relacionarán con la trabajadora social habitual del Servicio Social de Base municipal. En cualquier caso, al final del estudio usted tiene derecho a recibir información acerca de los resultados obtenidos en las diferentes áreas valoradas, si así lo desea.

V. RIESGOS O INCONVENIENTES:

No se prevé ningún riesgo.

VI. BENEFICIOS:

En el caso de que se le proporcione algún servicio añadido con motivo de la participación en este estudio, será limitado a la duración del mismo, pudiendo ser retirado a la finalización de este. En cualquier caso, los datos recogidos en el mismo podrán derivar en un mayor conocimiento e intervención posterior con personas mayores.

VII. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

La información será procesada durante el análisis de datos obtenidos y aparecerá en los informes pero de manera que no será posible identificar la fuente de donde procede la información, asegurando en todo momento el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

“En cumplimiento con dicha ley le informamos que los datos personales que nos facilite mediante la cumplimentación del presente formulario y con la documentación que aporte al equipo de proyecto ETXEAN BIZI pasarán a formar parte de un fichero automatizado, y se utilizarán únicamente para su gestión y administración. Asimismo usted consiente expresamente que sus datos puedan ser usados con fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación y de docencia”.

Ninguna de las personas que trabajan en El estudio ETXEAN BIZI pero que no estén trabajando en el estudio tendrá acceso ni a la base de datos, ni a los protocolos de valoración.

Los resultados de esta investigación se podrán publicar en revistas científicas, siempre garantizando el completo anonimato.

La autorización para el uso y acceso de la información para el propósito del estudio es totalmente voluntaria. Esta autorización estará vigente hasta el final del proyecto piloto a no ser que usted la cancele antes.

Si en algún momento usted decide denegar su consentimiento, le rogamos contacte con su gestora de caso y le haga saber su intención de abandonar el estudio piloto.

Usted puede contactar con la gestora de caso en la siguiente dirección:

NOMBRE GESTORA CASO

DIRECCIÓN POSTAL

TELEFONO

Desde el momento de su retirada del estudio, sus datos no serán utilizados en ninguna fase posterior del proyecto piloto. Sin embargo, no será posible alterar los documentos ya publicados o partes del estudio ya terminados.

VIII. PERSONAS DE CONTACTO

Para mayor información sobre sus derechos como participante en el estudio piloto, o si no está satisfecho con la manera de realizar este estudio, o si tiene cualquier pregunta o queja durante el curso del mismo, le rogamos contacte con su Gestora de caso:

NOMBRE GESTORA CASO

DIRECCIÓN POSTAL

TELEFONO

IX. CONFIRMACIÓN:

Su participación en este estudio es posible sólo si firma de manera independiente este consentimiento que nos autoriza a usar la información tanto personal como de las áreas mencionadas anteriormente que usted nos facilite. Si no desea hacerlo, le rogamos no participe en este proyecto.

He leído la información escrita en este consentimiento o me ha sido leída adecuadamente. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación en el mismo han sido contestadas.

Marque uno de los siguientes:

- He leído toda la información contenida en este formulario.
- La información contenida en este formulario me ha sido leída por:

Todas las preguntas que me surgieron fueron contestadas por _____

Autorizo el uso y difusión de mis respuestas a las entidades arriba mencionadas y para los fines arriba indicados. La firma de este consentimiento no implica la renuncia a ningún derecho legal. Acepto, de forma voluntaria, participar en este estudio piloto denominado ETXEAN BIZI, llevado a cabo por Matia Instituto, en colaboración con el Ayuntamiento, para la Diputación Foral de Gipuzkoa. Entiendo que tengo derecho, y se me dará, una copia de este Consentimiento Informado.

Nombre y Apellidos del participante: _____

Fecha: _____

Firma del participante:

(Sólo si es necesario, en caso de incapacidad legal):

Nombre y Apellidos del representante legal: _____

Relación con el participante: _____

Fecha: _____

Firma del participante:

ANEXO II

Protocolo de valoración Etxean Bizi



-Persona Mayor-





Escalas incluidas en el protocolo de valoración de la persona mayor

Variables	Instrumentos
Historial de trastornos crónicos	Extraído y adaptado del estudio International Mobility in Aging Study (IMIAS)
Agudeza visual	Prueba estandarizada de valoración de agudeza visual
Capacidad auditiva	Valoración subjetiva de capacidad auditiva, extraída y adaptada del del estudio International Mobility in Aging Study (IMIAS)
Registro de medicamentos	Extraído y adaptado del proyecto Etxean Ondo
Depresión	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión CESD-20
Actividades Básicas de la Vida diaria	Extraído y adaptado del estudio International Mobility in Aging Study (IMIAS)
Estado cognitivo	Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)
Estado motor	Escala breve de capacidad física: <i>Short physical performance battery (SPPB)</i>
Caídas	Escala de autoeficacia relacionada con caídas (FES-I) Historial de caídas, extraído y adaptado del estudio International Mobility in Aging Study (IMIAS)
Calidad de vida	Escala de Calidad de Vida para personas mayores: <i>Quality of life in early old age – 12</i>
Soledad	Escala de Ucla de valoración de la soledad
Satisfacción con los cuidados	Escala de Satisfacción con el cliente: Client Satisfaction Questionnaire CSQ-8
Características de la vivienda en relación con las necesidades	Extraído y adaptado de la Escala en proceso de validación EVA

PROTOCOLO DE VALORACIÓN PARA LA PERSONA MAYOR

Instrucciones de administración:

Realice las preguntas según están escritas, en caso de que la persona requiera aclaración pruebe a leerla de nuevo según está escrita antes de proceder a explicarla. Se recomienda tener a mano las opciones de respuesta imprimidas en una fuente de tamaño grande para poder mostrarlas en caso en el que la persona tenga dificultades para retener las diversas opciones o dude sobre varias opciones.

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

Registre el código de la persona según el protocolo establecido (ej: EB_Elgoibar_0001). Los datos personales de la persona se encontrarán vinculados a este código en un fichero encriptado para mantener el anonimato de la persona.

No se olvide de recoger el consentimiento informado de la persona en los documentos adjuntos.

Código del participante.	
Fecha de valoración	
Hora de comienzo de valoración	
Hora de finalización de valoración	
Nombre de la persona valoradora	
Comentarios	

1. VALORACIÓN SUBJETIVA DE LA SALUD

¿Podría decirme cómo se encuentra de salud?

HISTORIAL DE TRASTORNOS CRÓNICOS

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud

1	¿Diría usted que su salud es muy buena, buena, regular, mala o muy mala?	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde
2	¿Ha perdido 5 kg (10 lbs) o más de manera involuntaria en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde

Si la respuesta es sí, ¿con qué fecha?

3	¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo que tiene hipertensión o la presión sanguínea alta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde	
4	¿Alguna vez un médico o enfermera le ha dicho que tiene diabetes o altos niveles de azúcar en la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde	
5	¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo que tiene cáncer o un tumor maligno, excluyendo tumores pequeños de la piel?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde	
6	¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo que tiene alguna enfermedad pulmonar crónica tal como asma, bronquitis o enfisema?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde	
7	¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo que ha tenido un ataque al corazón, enfermedad coronaria, angina, insuficiencia cardíaca congestiva u otros problemas del corazón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde	

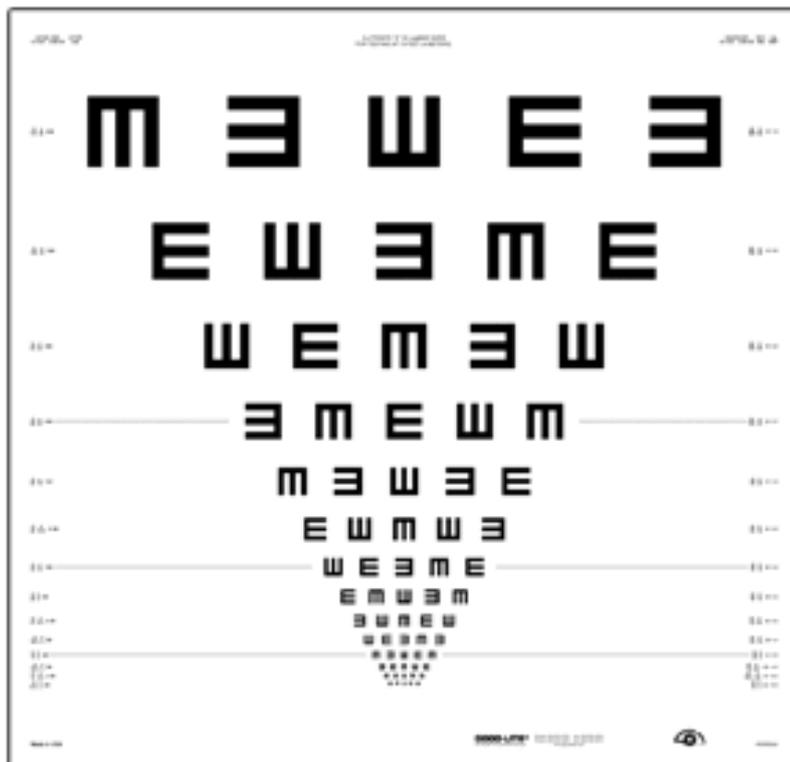
8	¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo que ha tenido un derrame, una embolia, un ataque o trombosis cerebral?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe 4 <input type="checkbox"/> No responde	
9	¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo que tiene artritis, reumatismo u osteoartritis?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe 4 <input type="checkbox"/> No responde	
10	¿Alguna vez un médico o enfermera le dijo que tiene osteoporosis?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe 4 <input type="checkbox"/> No responde	



SALUD VISUAL

AGUDEZA VISUAL

1. Evalúe al paciente con las gafas o lentes de contacto que utiliza normalmente para ver de lejos.
2. La carta (tarjeta) debe ser utilizada a una distancia de 2 metros (dos metros de la cara de la persona a la carta).
3. La tarjeta debe ser utilizada en una habitación totalmente iluminada.
4. Se evalúan los dos ojos juntos (binocular). No realice la prueba con cada ojo por separado.
5. Empiece en la primera línea, pida a la persona que indique la dirección hacia la que apuntan (señalan) los brazos de cada E (derecha, izquierda, arriba o abajo).
6. Utilizando una hoja de puntuación idéntica a la carta, haga un círculo en cada E que la persona lea correctamente. Al final de la prueba, se cuenta el número total de E correctas.
7. Detener la evaluación: Si la persona falla 4 de los 5 E en cualquier línea de manera errada (se equivocó 4 veces) se detiene la prueba.
8. Si una persona dice que no puede ver ninguna E, pídale que lo intente hasta que cometa 4 errores en una línea (procedimiento de elección forzada).
9. Si una persona no hace la prueba escriba 99
10. Si una persona no puede leer las E en la primera línea de la tabla, siga el procedimiento normal de suspensión (pare después de la primera línea).



Cuántas respuestas correctas con gafas? _____



SALUD AUDITIVA

PERDIDA AUDITIVA

Utiliza ayudas para oír?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe 4 <input type="checkbox"/> No responde
Puede oír suficientemente bien para usar el teléfono?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe 4 <input type="checkbox"/> No responde
Puede oír suficientemente bien para mantener una conversación en una habitación llena de gente?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe 4 <input type="checkbox"/> No responde
Siente que sus problemas auditivos le dificultan su vida personal o social?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe 4 <input type="checkbox"/> No responde



MEDICAMENTOS

A continuación se le pide a la persona que disponga en la mesa aquellos medicamentos que la persona esté tomando diariamente y ocasionalmente. “Estamos interesados en saber los medicamentos que ha tomado durante las últimas dos semanas ¿Por favor podría poner los medicamentos que esté tomando actualmente en la mesa? Cualquier medicamento, sea con receta o no, suplementos, pomadas, gotas, aerosoles, etc.

1. Traiga los medicamentos que toma actualmente.

Nombre Fármaco	Mg de principio activo	Frecuencia Dosificación	Vía
		Cada hora(C/H) C/24H 2C/24H 3C/24H 4C/24H 5C/24H 1/semana 1/Mes	1. Oral (VO) 2. Sublingual (SL) 3. Intramuscular(IM) 4. Intravenosa(IV) 5. Subcutanea(SC) 6. Rectal 7. Tópica 8. Inhaladores 9. Sonda Enteral 10. Otros
		Cada hora(C/H) C/24H 2C/24H 3C/24H 4C/24H 5C/24H 1/semana 1/Mes	1. Oral (VO) 2. Sublingual (SL) 3. Intramuscular(IM) 4. Intravenosa(IV) 5. Subcutanea(SC) 6. Rectal 7. Tópica 8. Inhaladores 9. Sonda Enteral 10. Otros
		Cada hora(C/H) C/24H 2C/24H 3C/24H 4C/24H 5C/24H 1/semana 1/Mes	11. Oral (VO) 12. Sublingual (SL) 13. Intramuscular(IM) 14. Intravenosa(IV) 15. Subcutanea(SC) 16. Rectal 17. Tópica 18. Inhaladores 19. Sonda Enteral 20. Otros

Nombre Fármaco	Mg de principio activo	Frecuencia Dosificación	Vía
		Cada hora(C/H) C/24H 2C/24H 3C/24H 4C/24H 5C/24H 1/semana 1/Mes	21. Oral (VO) 22. Sublingual (SL) 23. Intramuscular(IM) 24. Intravenosa(IV) 25. Subcutanea(SC) 26. Rectal 27. Tópica 28. Inhaladores 29. Sonda Enteral 30. Otros
		Cada hora(C/H) C/24H 2C/24H 3C/24H 4C/24H 5C/24H 1/semana 1/Mes	11. Oral (VO) 12. Sublingual (SL) 13. Intramuscular(IM) 14. Intravenosa(IV) 15. Subcutanea(SC) 16. Rectal 17. Tópica 18. Inhaladores 19. Sonda Enteral 20. Otros
		Cada hora(C/H) C/24H 2C/24H 3C/24H 4C/24H 5C/24H 1/semana 1/Mes	31. Oral (VO) 32. Sublingual (SL) 33. Intramuscular(IM) 34. Intravenosa(IV) 35. Subcutanea(SC) 36. Rectal 37. Tópica 38. Inhaladores 39. Sonda Enteral 40. Otros
		Cada hora(C/H) C/24H 2C/24H 3C/24H 4C/24H 5C/24H 1/semana 1/Mes	21. Oral (VO) 22. Sublingual (SL) 23. Intramuscular(IM) 24. Intravenosa(IV) 25. Subcutanea(SC) 26. Rectal 27. Tópica 28. Inhaladores 29. Sonda Enteral 30. Otros

Medicamentos auto prescritos y suplementos

Copie los nombres de los medicamentos, tal como está escrito en el paquete, frasco, caja, tubo, etc.

Nombre Fármaco	Mg de principio activo	Frecuencia Dosificación	Vía
		Cada hora(C/H) C/24H 2C/24H 3C/24H 4C/24H 5C/24H 1/semana 1/Mes	41. Oral (VO) 42. Sublingual (SL) 43. Intramuscular(IM) 44. Intravenosa(IV) 45. Subcutanea(SC) 46. Rectal 47. Tópica 48. Inhaladores 49. Sonda Enteral 50. Otros
		Cada hora(C/H) C/24H 2C/24H 3C/24H 4C/24H 5C/24H 1/semana 1/Mes	31. Oral (VO) 32. Sublingual (SL) 33. Intramuscular(IM) 34. Intravenosa(IV) 35. Subcutanea(SC) 36. Rectal 37. Tópica 38. Inhaladores 39. Sonda Enteral 40. Otros
		Cada hora(C/H) C/24H 2C/24H 3C/24H 4C/24H 5C/24H 1/semana 1/Mes	51. Oral (VO) 52. Sublingual (SL) 53. Intramuscular(IM) 54. Intravenosa(IV) 55. Subcutanea(SC) 56. Rectal 57. Tópica 58. Inhaladores 59. Sonda Enteral 60. Otros
		Cada hora(C/H) C/24H 2C/24H 3C/24H 4C/24H 5C/24H 1/semana 1/Mes	41. Oral (VO) 42. Sublingual (SL) 43. Intramuscular(IM) 44. Intravenosa(IV) 45. Subcutanea(SC) 46. Rectal 47. Tópica 48. Inhaladores 49. Sonda Enteral 50. Otros



DEPRESIÓN

A continuación le presentare una serie de frases sobre cómo se ha sentido o comportado la semana pasada. Por favor dígame con qué frecuencia se ha sentido así la semana pasada. **UTILICE LA TARJETA DE AYUDA DE RESPUESTA.** Respóndame para cada frase con que frecuencia se ha sentido así: nunca, a veces, con frecuencia o siempre.

1. Nunca o casi nunca: menos de un día
2. A veces: 1 o 2 días
3. Con frecuencia: 3-4 días
4. Siempre: 5-7 días

CESD-20

	Durante la semana pasada con que frecuencia...	Nunca 1	A veces 2	Con frecuencia 3	Siempre 4
1	Me molestaron cosas que normalmente no me molestan				
2	No tenía ganas de comer, casi no tenia hambre				
3	Ni siquiera la ayuda de mi familia o de mis amigos han logrado que no estuviera triste				
4	Sabía que era tan competente (tan bueno) como cualquiera				
5	Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo				
6	Me sentí deprimido				
7	Me costaba mucho hacer cualquier cosa				
8	Me sentía optimista sobre el futuro				
9	Pensé que mi vida había sido un fracaso				
10	Tenía miedo				
11	No podía dormir bien				
12	Estaba contento				
13	Hablé menos que de costumbre				
14	Me sentí solo				
15	La gente a mi alrededor parecía distante y antipática				
16	Disfruté la vida				
17	He llorado				
18	Me sentí triste				
19	Sentía que no le caía bien a la gente				
20	No tenía ganas de hacer nada				



ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

DISCAPACIDAD (ADL)

Tengo aquí una lista de actividades de la vida diaria. Por favor, dígame si tiene alguna dificultad con ellas por problemas físicos o de salud

“Excluye las dificultades que Ud. espera duren menos de tres meses”

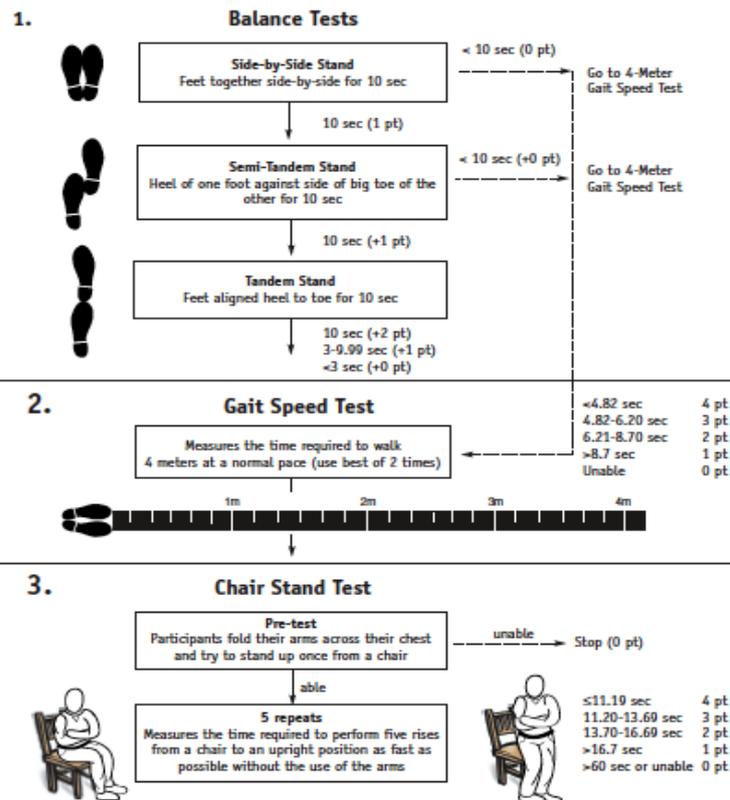
ADL1. Tienen alguna dificultad para caminar en su cuarto?	1 <input type="checkbox"/> Ninguna 2 <input type="checkbox"/> Un poco 3 <input type="checkbox"/> Algo 4 <input type="checkbox"/> Mucha 5 <input type="checkbox"/> Incapaz de hacerlo
Tiene dificultades para vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y medias)?	1 <input type="checkbox"/> Ninguna 2 <input type="checkbox"/> Un poco 3 <input type="checkbox"/> Algo 4 <input type="checkbox"/> Mucho 5 <input type="checkbox"/> Incapaz de hacerlo
Tiene dificultades para tomar un baño o ducha (incluyendo entrar y salir de la ducha)?	1 <input type="checkbox"/> Ninguna 2 <input type="checkbox"/> Un poco 3 <input type="checkbox"/> Algo 4 <input type="checkbox"/> Mucho 5 <input type="checkbox"/> Incapaz de hacerlo
Tiene alguna dificultad para comer (incluyendo cortar, utilizar el tenedor, llenar un vaso, etc.)?	1 <input type="checkbox"/> Ninguna 2 <input type="checkbox"/> Un poco 3 <input type="checkbox"/> Algo 4 <input type="checkbox"/> Mucho 5 <input type="checkbox"/> Incapaz de hacerlo
Tienen alguna dificultad para utilizar el sanitario (incluyendo sentarse e incorporarse del inodoro)?	1 <input type="checkbox"/> Ninguna 2 <input type="checkbox"/> Un poco 3 <input type="checkbox"/> Algo 4 <input type="checkbox"/> Mucho 5 <input type="checkbox"/> Incapaz de hacerlo



CAPACIDAD MOTORA

SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)

Short Physical Performance Battery



A. Un pie al lado del otro

Mantiene 10 seg. 1 punto

No mantiene 10 seg. 0 puntos

No lo Intenta 0 puntos

Si 0 puntos termine la prueba de equilibrio

Si el participante no intentó la prueba o falló, señale por qué:

- | | |
|--|---|
| Intentó pero no fue capaz | 1 |
| No puede mantener la posición sin ayuda | 2 |
| No lo intentó, Ud. se sintió inseguro | 3 |
| No lo intentó, el anciano se sintió inseguro | 4 |
| El anciano no entiende las instrucciones | 5 |
| Otros (especificar) _____ | 6 |

Se negó

Número de segundos que mantuvo la posición si es < 10: ____ . ____ seg.

B. Posición Semi-Tandem

- Mantiene 10 seg. 1 punto
- No mantiene 10 seg. 0 puntos
- No lo Intenta 0 puntos

Si 0 puntos termine la prueba de equilibrio

Número de segundos que mantuvo

la posición si es < 10: ____ . ____ seg

C. Posición Tandem

- Mantiene 10 seg. 2 puntos
- Mantiene de 3 a 9.99 seg 1 puntos
- Mantiene < 3 seg. 0 puntos
- No lo intenta 0 puntos (especifique la razón arriba)

Número de segundos que mantuvo la posición si es < 10: ____ . ____ seg

D. Puntaje total prueba de equilibrio _____(sume los puntos)

Comentarios:

2. PRUEBA DE VELOCIDAD DE LA MARCHA

Distancia para la prueba: Cuatro metros Tres metros

A. Tiempo de la primera prueba (seg.)

1. Tiempo para caminar 3 o 4 metros _____. _____seg.

2. Si el participante no intentó la prueba o no la completó, señale por qué:

Intentó pero no fue capaz	1
No podía caminar sin ayuda	2
No lo intentó, Ud.(entrevistador) se sintió inseguro	3
No lo intentó, el participante se sintió inseguro	4
No pudo entender las instrucciones	5
Otros (especificar) _____	6
Se negó	7

3. Ayudas para caminar primera prueba: Ninguna Bastón Otra

Comentarios:

B. Tiempo de la segunda prueba (seg.)

1. Tiempo para caminar 3 o 4 metros _____. _____ seg.

2. Si el participante no intentó la prueba o no la completó, señale por qué:

Intentó pero no fue capaz	1
No podía caminar sin ayuda	2
No lo intentó, Ud.(entrevistador) se sintió inseguro	3
No lo intentó, el participante se sintió inseguro	4
No pudo entender las instrucciones	5
Otros (especificar) _____	6
Se negó	7

3. Ayudas para caminar segunda prueba Ninguna Bastón Otra

Comentarios:

¿Cuál es el menor tiempo (el más rápido) de los dos?

Anote el menor tiempo _____. _____ seg.

[Si sólo se hizo una vez, anote el tiempo] _____. _____ seg.

Si el participante fue incapaz de caminar: 0 puntos

Para 4 metros:

- > 8,70 seg: 1 punto
- 6,21 a 8,70 seg: 2 puntos
- 4,82 a 6,20 seg: 3 puntos
- < 4,82 seg: 4 puntos

Para 3 metros:

- > 6,52 seg: 1 punto
- 4,66 a 6,52 seg: 2 puntos
- 3,62 a 4,65 seg: 3 puntos
- < a 3,62 seg: 4 puntos

3. PRUEBA DE INCORPORARSE DE UNA SILLA

Incorporarse una vez

A. Seguro de pie sin ayuda SI NO

B. Resultados:

No utiliza los brazos → Ir a las cinco repeticiones

Utiliza los brazos fin de la prueba →; puntuación de 0 puntos

No completo la prueba fin de la prueba →; puntuación de 0 puntos

C. Si no intentó la prueba o no la completó, señale el por qué:

Intentó pero no fue capaz	1	
No se podía incorporar sin ayuda	2	
No lo intentó, Ud.(entrevistador) se sintió inseguro	3	
No lo intentó, el participante se sintió inseguro	4	
No pudo entender las instrucciones	5	
Otros (especificar) _____		6
Se negó	7	

Incorporarse de forma repetida

A. Seguro para incorporarse 5 veces SI NO

B. Si completó la prueba registre el tiempo:

Tiempo para incorporarse 5 veces __ __. __ __ seg.

C. Si no intentó la prueba o no la completo, señale el por qué:

Intentó pero no fue capaz	1	
No se podía incorporar sin ayuda	2	
No lo intentó, Ud.(entrevistador) se sintió inseguro	3	
No lo intentó, el participante se sintió inseguro	4	
No pudo entender las instrucciones	5	
Otros (especificar) _____		6

PUNTAJE DE INCORPORARSE DE UNA SILLA

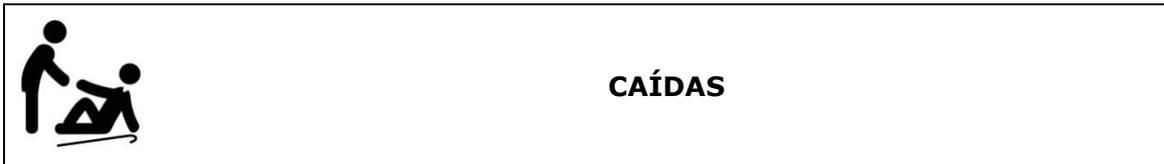
- Incapaz de completar 5 o lo completa en >60 seg: 0 puntos
16.70 seg. o más: 1 puntos
13.70 a 16.69 seg.: 2 puntos
11.20 a 13.69 seg.: 3 puntos
11.19 seg. o menos: 4 puntos

Puntaje SPPB

Puntaje de CADA PRUEBA

Equilibrio de pie _____ puntos
Velocidad de la marcha _____ puntos
Incorporarse de una silla _____ puntos

PUNTAJE TOTAL _____ puntos **(sume los anteriores)**



ESCALA DE AUTOEFICACIA RELACIONADA CON CAIDAS (FES-I)

Ahora le queremos hacer algunas preguntas relacionadas con su **preocupación sobre la posibilidad de caerse**. Para cada una de las actividades siguientes, indique la frase que más se aproxime a su opinión: cuanto le preocupa que pueda caerse al hacer esta actividad. Por favor conteste pensando en la manera habitual que tiene de realizarla. Pregunte aun si la persona no realiza la actividad.

		Nada	Poco	Regular	Mucho
1	Limpiar la casa (ej., barrer, pasar la aspiradora o limpiar el polvo)	1	2	3	4
2	Vestirse o desvestirse	1	2	3	4
3	Preparar comidas simples	1	2	3	4
4	Bañarse o ducharse	1	2	3	4
5	Ir a la compra	1	2	3	4
6	Sentarse o levantarse de una silla	1	2	3	4
7	Subir o bajar escaleras	1	2	3	4
8	Caminar por el barrio (o vecindad, fuera de casa)	1	2	3	4
9	Coger un objeto alto (por encima de su cabeza) o en el suelo	1	2	3	4
10	Ir a contestar el teléfono antes de que deje de sonar	1	2	3	4
11	Caminar sobre una superficie resbaladiza (ej., mojada o con hielo)	1	2	3	4
12	Visitar a un amigo o familiar	1	2	3	4
13	Caminar en un lugar con mucha gente	1	2	3	4
14	Caminar en una superficie irregular (ej., pavimento en mal estado, sin asfaltar)	1	2	3	4
15	Subir y bajar una rampa	1	2	3	4
16	Salir a un evento social (por ejemplo, religioso, reunión familiar o reunión social)	1	2	3	4

HISTORIAL DE CAÍDAS

En los últimos 12 meses (un año) se ha caído al piso? <i>Caída incluye caer al piso o a un nivel mas bajo de manera involuntaria.</i>	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe 4 <input type="checkbox"/> No responde
Cuántas veces se ha caído al piso en el último año? Cuál fue el problema más serio que tuvo a consecuencia de una caída?	_____ numero 1 <input type="checkbox"/> Nunca se lesionó 2 <input type="checkbox"/> Contusiones 3 <input type="checkbox"/> Cortadas 4 <input type="checkbox"/> Malestar /disconfort 5 <input type="checkbox"/> Fractura de pierna 6 <input type="checkbox"/> Fractura de muñeca 7 <input type="checkbox"/> Fractura vertebral /espalda 8 <input type="checkbox"/> Fractura de cadera 9 <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza Otra. Especifique _____
A causa de una caída se lesionó y necesitó tratamiento médico?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe 4 <input type="checkbox"/> No responde
Fue hospitalizado a causa de una caída?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe 4 <input type="checkbox"/> No responde
A consecuencia de un caída estuvo incapacitado para:	1 <input type="checkbox"/> Caminar en casa 2 <input type="checkbox"/> Hacer el trabajo en casa (como lo hace usualmente) 3 <input type="checkbox"/> Salir de casa (como lo hace usualmente)
Piense en su ultima caída, Donde estaba al momento de la última caída?	1 <input type="checkbox"/> En casa 2 <input type="checkbox"/> En la calle 3 <input type="checkbox"/> En un espacio publico 4 <input type="checkbox"/> Otro _____ 5 <input type="checkbox"/> Nunca se cayó
Piense en su ultima caída, Necesitó la ayuda de alguien para levantarse del piso?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe 4 <input type="checkbox"/> No responde
Piense en su ultima caída, Cuánto tiempo estuvo en el piso?	Minutos _____ segundos _____



CALIDAD DE VIDA

CASP12

¿Con qué frecuencia usted...?

	A menudo	A veces	Raramente	Nunca
Piensa que su edad le impide hacer las cosas que le gustaría hacer	4	3	2	1
Siente que lo que le ocurre está fuera de su control	4	3	2	1
Se siente excluido/a de lo que ocurre	4	3	2	1
Cree Ud. que puede hacer las cosas que quiere hacer	4	3	2	1
Cree Ud. que sus responsabilidades familiares le impiden hacer lo que quiere hacer	4	3	2	1
Cree Ud. que la falta de dinero le impide hacer las cosas que quiere hacer	4	3	2	1
Espera con ilusión cada día	4	3	2	1
Cree Ud. que su vida tiene sentido	4	3	2	1
Mira hacia el pasado en su vida con una sensación de felicidad	4	3	2	1
Se siente lleno/a de energía últimamente	4	3	2	1
Cree que la vida está llena de oportunidades	4	3	2	1
Cree que su futuro se presenta con buenas perspectivas	4	3	2	1

SOLEDAD

¿Te sientes solo o acompañado.?

	1.Nunca	2.Pocas veces	3.Muchas veces	4.Siempre
1. Me falta compañía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No tengo a nadie con quien pueda contar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me siento solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento excluido, olvidado por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me siento aislado de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento infeliz por estar tan aislado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique por favor, en un día normal, cuánto tiempo está solo (físicamente).

- 1. Casi nunca esta solo
- 2. Esta solo alrededor de una hora
- 3. Esta solo largos periodos de tiempo, por ejemplo, toda la mañana
- 4. Todo el tiempo



SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO

CSQ-8*

**Esta escala se encuentra en proceso de adquisición. Sirva la versión inglesa sólo para mostrar los ítems que se recogerían en la versión en español. La escala recoge intensidad de la satisfacción en 4 niveles tipo Likert.*

Dissatisfied
Mildly satisfied
Satisfied
Very satisfied

1. How would you rate the quality of the service you have received?
2. Did you get the kind of service you wanted?
3. To what extent did the program meet your needs?
4. If a friend were in need of similar help, would you recommend the program to him or her?
5. How satisfied are you with the amount of help you have received?
6. Have the services you received help you deal more effectively with your problems?
7. In an overall general sense, how satisfied are you with the services you have received?
8. If you were to seek help again, would you come back to the service?



ADAPTACIÓN DE LA VIVIENDA

Las siguientes cuestiones son observacionales, la persona valoradora o gestora deberá recorrer la casa y recoger el siguiente listado sin necesidad de preguntar a la persona.

ADAPTACIÓN DE LA VIVIENDA

Se valora la presencia o no de los siguientes elementos y áreas adaptadas:

- **Luz:**
 - Iluminación buena y similar en toda la casa (Si la iluminación en la cocina, cuarto de baño o habitación es mala, se puntúa como cero aunque el resto del hogar esté correctamente iluminado) (0-1)
 - Iluminación libre de brillo y reflejos especialmente sobre el mobiliario del hogar o en el suelo (0-1)

- **Mobiliario:**
 - Puertas con un ancho de paso libre: 80-100 cm (0-1)
 - Evitar colocación de pestillos o en el caso contrario con la posibilidad de desbloqueo. (0-1)
 - Pomos de “manivela” en las puertas. Altura 0.70 - 0.90 cm del suelo. (0-1)
 - Evitar moquetas y/o alfombras aseguradas al suelo o ausencia de ellas. (0-1)

- **Superficies**
 - Superficie libre de escalones o con ayudas técnicas para salvar los desniveles. (0-1)
 - No mobiliario en la zona de paso del hogar. Zona libre de obstáculos. (0-1)

- **Baño:**
 - Presencia de plato de ducha o bañera (no presencia de alfombras en interior) (0-1)
 - Asideros o barras de apoyo en inodoro y plato de ducha (para ducharse y para entrar y salir). (0-1)
 - Suelo y pavimentos antideslizantes (0-1)

- **Dormitorio:**
 - Altura de la cama de unos 45-50 cm. desde el suelo. (0-1)

- **Cocina:**
 - Suelo y pavimentos antideslizantes (0-1)
 - Productos tóxicos y/o peligrosos separados. (0-1)
 - Detector de humos (0-1)
 - Vitrocerámica / fogones protegidos (0-1)

Se suman la puntuación de todos los ítems (máximo 16) y se dividiría entre 4 para normalizar la puntuación

El hábitat no es accesible	El hábitat es poco accesible	El hábitat es moderadamente accesible	El hábitat es muy accesible	El hábitat es completamente accesible
0	1	2	3	4

ADECUACIÓN DEL EDIFICIO

Se valora la presencia de los siguientes elementos:

- Iluminación amplia e indirecta en las diferentes zonas del edificio (0-1)
- Existencia de rampas, ascensores u otro tipo de ayuda accesibles para salvar desniveles (0-1)
- Puertas fáciles de empujar (0-1) (puertas abatibles: fuerza menor a 30 N; puertas correderas: fuerza menor a 25 N).
- Aceras accesibles y con espacio de al menos 1,5 metros de ancho (0-1)

El edificio no es accesible	El edificio es poco accesible	El edificio es moderadamente accesible	El edificio es muy accesible	El edificio es completamente accesible
0	1	2	3	4

ORGANIZACIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO

Orden lógico de los elementos del hogar (ambiente físico):

- La ropa está en una única habitación y no en varias (0-1)
- Medicinas en un sitio asociado al momento u otro indicio en el que la tienen que tomar, con las cosas del desayuno, comida y medicinas ordenadas (0-1)
- Productos del aseo personal accesibles, (0-1)
- Accesorios de cocina accesibles (0-1)

El ambiente físico no está estructurado	El ambiente físico está algo estructurado	El ambiente físico está parcialmente estructurado	El ambiente físico está bastante estructurado	El ambiente físico está perfectamente estructurado
0	1	2	3	4

RESPECTO POR LAS PREFERENCIAS DE LAS PERSONAS

5.1. INTIMIDAD PROPORCIONADA POR EL AMBIENTE

Se evalúa (y puntúa positivamente) la presencia de ciertos aspectos (cada uno de ellos con un punto):

- La persona puede cerrar la puerta de su habitación por dentro. (0-1)
- La persona puede cerrar la puerta del cuarto de baño cuando lo usa. (0-1)
- Tiene en la casa espacios exclusivos para él (cajones, armarios, etc...) (0-1)
- No comparte su propia habitación. (0-1)

El hábitat no proporciona ningún grado de intimidad	La casa proporciona poca intimidad	La casa proporciona una intimidad moderada	La casa proporciona un alto nivel de intimidad	La casa proporciona la máxima intimidad
0	1	2	3	4



ANEXO III

Protocolo de valoración Etxean Bizi

-Persona Cuidadora-



MATIA
INSTITUTO GERONTOLÓGICO

Gipuzkoako
Foru Aldundia
Diputación Foral
de Gipuzkoa



**ETORKIZUNA
ERAIKIZ**
Construyendo el futuro
de Gipuzkoa.

MATIA
INSTITUTO GERONTOLÓGICO

Osakidetza

**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Deusto
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Gizarte eta Giza Zientzien Fakultatea

**Elgoibarko Udala
Ayuntamiento de Elgoibar**



elgoibar
bizI-bizIaI

PASAIKO UDALA

AYUNTAMIENTO DE ERRETERIA

Escalas incluidas en el protocolo de valoración de la persona mayor

Variables	Instrumentos
Sobrecarga del cuidador	Escala de Sobrecarga de Zarit
Satisfacción con los cuidados	Escala de Satisfacción con el cliente: Client Satisfaction Questionnaire CSQ-8
Salud Percibida	Ítem de valoración tipo Likert.
Valoración del cuidado	Extraída y adaptada del estudio Etxean Ondo en Domicilios
Calidad de vida	Escala Euro-QOL

PROTOCOLO PARA LA PERSONA CUIDADORA.

Instrucciones de administración:

Realice las preguntas según están escritas, en caso de que la persona requiera aclaración pruebe a leerla de nuevo según está escrita antes de proceder a explicarla. Se recomienda tener a mano las opciones de respuesta imprimidas en una fuente de tamaño grande para poder mostrarlas en caso en el que la persona tenga dificultades para retener las diversas opciones o dude sobre varias opciones.

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

Registre el código de la persona según el protocolo establecido (ej: EB_Elgoibar_0001). Los datos personales de la persona se encontrarán vinculados a este código en un fichero encriptado para mantener el anonimato de la persona.

No se olvide de recoger el consentimiento informado de la persona en los documentos adjuntos.

Código del participante.	
Fecha de valoración	
Hora de comienzo de valoración	
Hora de finalización de valoración	
Nombre de la persona valoradora	
Comentarios	

SOBRECARGA

Escala de Sobrecarga de Zarit

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	1	2	3	4	5
3. ¿Se siente agobiado/a por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	1	2	3	4	5
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	1	2	3	4	5
5. ¿Se siente enfadado/a cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	1	2	3	4	5
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	1	2	3	4	5
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	1	2	3	4	5
9. ¿Se siente tenso/a cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
13. ¿Se siente incómodo/a por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	1	2	3	4	5
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1	2	3	4	5
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	1	2	3	4	5
19. ¿Se siente indeciso/a sobre qué hacer con su familiar?	1	2	3	4	5
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	1	2	3	4	5
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	1	2	3	4	5
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5



SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO

CSQ-8*

**Esta escala se encuentra en proceso de adquisición. Sirva la versión inglesa sólo para mostrar los ítems que se recogerían en la versión en español. La escala recoge intensidad de la satisfacción en 4 niveles tipo Likert.*

Dissatisfied
Mildly satisfied
Satisfied
Very satisfied

1. How would you rate the quality of the service you have received?
2. Did you get the kind of service you wanted?
3. To what extent did the program meet your needs?
4. If a friend were in need of similar help, would you recommend the program to him or her?
5. How satisfied are you with the amount of help you have received?
6. Have the services you received help you deal more effectively with your problems?
7. In an overall general sense, how satisfied are you with the services you have received?
8. If you were to seek help again, would you come back to the service?

5. Qué aspectos resaltaría de su labor de cuidador/a?
1. Me hace sentirme útil
 2. No me queda otro remedio que cuidar a esta persona.
 3. Me da la oportunidad de agradecerle todo lo que él/ella hizo por mí a lo largo de toda la vida
 4. Creo que es mi deber
 5. Cuido a esta persona pero reconozco que no valgo para esto
 6. Mi familia no me ayuda
 7. Me siento atrapado/a, no sé cómo escapar de la situación creada
 8. Estaría mejor en una residencia pero nuestra situación económica no nos lo permite
6. Podría mejorar su situación con ayuda de:
1. otros familiares (que compartan más conmigo las tareas de cuidado)
 2. una persona contratada por mi familia para que me ayude en el cuidado
 3. más apoyo de profesionales. De que tipo?
 4. Recursos
 - i. SAD
 - ii. CD
 - iii. Estancias temporales en residencias
 - iv. Teleasistencia
 - v. Información y asesoramiento
 - vi. Otras
7. Cree que le ayudaría recibir formación y asesoramiento por profesionales, aquí, en su domicilio?
8. Y acudir a cursos de formación o a grupos de ayuda (con familiares en parecida situación...) fuera de su casa?

CALIDAD DE VIDA

CALIDAD DE VIDA

Por favor marque con una X en la barra, el nivel de su calidad de vida **en las últimas dos semanas:**

El peor El
mejor

possible possible

Calidad de Vida (EuroQ-5D)

Entrevistador: lea cada frase exactamente como esta escrita. No lea los subtítulos o encabezados que están en negrilla.

Cual de las siguientes frases describe mejor su estado de salud en el día de hoy:

A) Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Estoy confinado a la cama

B) Autocuidado

- No tengo problemas para mi cuidado personal
- Tengo algunos problemas para bañarme y vestirme por mi mismo
- Soy incapaz de bañarme o vestirme por mi mismo

C) Actividades usuales (por ej. Trabajo, estudio, actividades en casa, actividades con la familia o de ocio)

- No tengo problemas para realizar mis actividades usuales
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades usuales
- Soy incapaz de realizar mis actividades usuales

D) Dolor/Disconfort

- No tengo dolor o disconfort
- Tengo dolor o disconfort moderado
- Tengo mucho dolor y disconfort

E) Ansiedad / Depresión

- No tengo ansiedad ni depresión
- Tengo moderada ansiedad o depresión
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido

ANEXO IV

Protocolo de valoración/gestión de caso Etxean Bizi



PROTOCOLO BÁSICO DESDE LA GESTIÓN

Instrucciones:

El presente instrumento cumple el doble objetivo de recoger y unificar la información del caso que procede desde la gestión de casos por los servicios sociales y de salud e integrarla en un documento comprensivo para el desarrollo de una intervención integral centrada en las necesidades de la persona.

La primera parte es la sección de valoración desde la gestión. Aquí se recoge información adicional a la obtenida en los protocolos de la persona mayor y la cuidadora.

La segunda parte es la sección de gestión, en la que se destacan las áreas de atención que requieren mejora y se plantea el PIA.

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. INFORMACION DE CONTACTO

Apellidos
Nombres
Dirección completa
Teléfono
Movil

1.2. CONTACTO PERSONA CUIDADORA

Relación con el participante	
Apellidos	
Nombres	
Dirección completa	
Teléfono	
Movil	

Formulario de consentimiento firmado

SI

NO

MANTENGA ESTA HOJA CON EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, SEPARADA DEL CUESTIONARIO.

1.3. GESTOR/A

No. Identificación de la responsable de la gestión

--	--

Fecha entrevista:

2	0	1					
				Año	Mes	Día	

Tiempo de la entrevista:

INICIO

Hora Min. am pm

1.4. PARTICIPANTE

--	--

SECCIÓN DE VALORACIÓN

2. DESCRIPTIVOS

2.1. SOCIODEMOGRÁFICOS

		Año	Mes	Día
1	Fecha de nacimiento de la persona mayor			
2	Edad			

3	Sexo	1 <input type="checkbox"/> Hombre	2 <input type="checkbox"/> Mujer
4	Estado civil?	1 <input type="checkbox"/> Soltero (a) 2 <input type="checkbox"/> Casado / unión libre 3 <input type="checkbox"/> Viudo (a) 4 <input type="checkbox"/> Separado / divorciado 5 <input type="checkbox"/> religioso (a)	
5	Durante cuantos años		

▪ **¿Que idioma habla usualmente?**

▪ **¿Con quién vive?**

(Otros puede ser una empleada)

	SI	NO
1. Solo	___	___
2. Esposa(o) /Compañero (a)	___	___
3. Hijos	___	___
4. Nietos	___	___
5. Parientes Hermanos(as)	___	___
6. Amigos	___	___
7. Otros, especifique _____		

Sin incluirse ud, Cuantas personas viven con Ud?

___|___|

¿Quiénes son?

Círculo familiar de apoyo

Cuidador/a principal
Cuidador/a secundaria
Cuidador/a secundaria
Cuidador/a secundaria
Cuidador/a secundaria
Cuidado/ra secundaria

Nivel de estudios:

1. Sin estudios	<input type="checkbox"/>
2. Sabe leer y escribir	<input type="checkbox"/>
3. Primarios	<input type="checkbox"/>
4. Secundarios	<input type="checkbox"/>
5. Bachiller/ Formación profesional	<input type="checkbox"/>
6. Superiores: Diplomado/Licenciado	<input type="checkbox"/>

Ocupación / profesión

1. Empresarios/as/Directivos/as	<input type="checkbox"/>
2. Profesionales	<input type="checkbox"/>
3. Sus labores	<input type="checkbox"/>
4. Técnicos y mandos intermedios	<input type="checkbox"/>
5. Empleados/as, administrativos/as y de servicios	<input type="checkbox"/>
6. Trabajadores/as industriales/operarios	<input type="checkbox"/>
7. Agricultor/a/Ganadero/a	<input type="checkbox"/>

Responsabilidades / disposiciones propuestas

1. Dispone de tutor legal	<input type="checkbox"/>
2. Tiene disposiciones médicas por adelantado	<input type="checkbox"/>



3. HÁBITOS Y PREFERENCIAS (PERSONA MAYOR Y CUIDADORA)

1. Experiencias vitales y recuerdos especiales (logros, adversidades, pérdidas...)

¿Cuáles son los momentos que más le han marcado en su vida (positiva y negativamente)?

Positivamente

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Negativamente

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Hábitos religiosos y creencias

2.1. ¿Es usted una persona religiosa y/o creyente?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

2.2. ¿Qué importancia tiene en su vida la religión?

Mucha	<input type="checkbox"/>
Poca	<input type="checkbox"/>
Ninguna	<input type="checkbox"/>

2.3. ¿Es practicante?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

2.4. En caso de ser creyente, ¿está contenta con su tiempo dedicado a la religión o le gustaría dedicar más tiempo?

Más	<input type="checkbox"/>
Menos	<input type="checkbox"/>
Igual	<input type="checkbox"/>

3. Actividades de las que disfruta: Aficiones

3.1. ¿Tiene usted alguna afición o actividad que le satisface especialmente?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

3.2. ¿Con qué frecuencia la realiza?

1 vez al día	<input type="checkbox"/>
1 vez por semana	<input type="checkbox"/>
quincenal	<input type="checkbox"/>
mensual	<input type="checkbox"/>
esporádicamente	<input type="checkbox"/>
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>

3.2.1. ¿Por qué motivo?

.....

3.3. ¿Le gustaría poder realizarla con mayor frecuencia?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

3.4. ¿Recuerda alguna actividad o afición anterior que actualmente no realiza pero podría realizar?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

3.4.1. En caso afirmativo: ¿Cuál?

Nombre	Descripción

3.4.2 ¿Le gustaría realizar dicha actividad o recuperar esta afición?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

4. Relaciones importantes

4.1. ¿Con qué personas diría que tiene una relación importante y satisfactoria?

Nombre	Descripción

.....
.....

4.2. ¿Con cuanta frecuencia se da esta relación?

1 vez al día	<input type="checkbox"/>
1 vez por semana	<input type="checkbox"/>
quincenal	<input type="checkbox"/>
mensual	<input type="checkbox"/>
esporádicamente	<input type="checkbox"/>
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>

4.3. ¿Cómo tienen contacto?

Personal	<input type="checkbox"/>
Telefónico	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

4.4. ¿Le gustaría aumentar su contacto?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

5. Proyectos actuales y futuros, deseos, asuntos pendientes

5.1. ¿En estos momentos qué es lo más importante en su vida para estar bien?

.....
.....
.....
.....
.....

5.2. ¿Tiene algún asunto que le preocupe especialmente?

.....
.....
.....
.....
.....

5.3. ¿Qué proyectos tiene para el futuro más cercano? ¿hay algo que dese especialmente?

.....
.....
.....
.....
.....

6. Arreglo personal, interés en la imagen física

6.1. ¿Es importante para usted la imagen o el aspecto personal?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

6.2. ¿Le gusta arreglarse para el día a día?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
Neutral	<input type="checkbox"/>

.....
.....
.....
.....
.....

6.3. ¿De qué manera?

.....
.....
.....
.....
.....

7. Situaciones del día a día que le provocan bienestar

Cuéntenos cuatro situaciones del día a día que le hacen sentirse bien. *(Por ejemplo, que el café con leche del desayuno esté oscurito...)*

Situación 1
.....
.....
.....
.....
Situación 2
.....
.....
.....

.....
Situación 3
.....
.....
.....
.....
Situación 4
.....
.....
.....
.....

7.2. Está contenta con la frecuencia de estas situaciones o le gustaría que sucedieran más a menudo o con mayor intensidad.

SITUACIÓN 1.

Muy satisfecha	<input type="checkbox"/>
Bastante satisfecha	<input type="checkbox"/>
Satisfecha	<input type="checkbox"/>
Insatisfecha	<input type="checkbox"/>
Muy insatisfecha	<input type="checkbox"/>

SITUACIÓN 2.

Muy satisfecha	<input type="checkbox"/>
Bastante satisfecha	<input type="checkbox"/>
Satisfecha	<input type="checkbox"/>
Insatisfecha	<input type="checkbox"/>
Muy insatisfecha	<input type="checkbox"/>

SITUACIÓN 3.

Muy satisfecha	<input type="checkbox"/>
Bastante satisfecha	<input type="checkbox"/>
Satisfecha	<input type="checkbox"/>
Insatisfecha	<input type="checkbox"/>
Muy insatisfecha	<input type="checkbox"/>

SITUACIÓN 4.

Muy satisfecha	<input type="checkbox"/>
Bastante satisfecha	<input type="checkbox"/>
Satisfecha	<input type="checkbox"/>
Insatisfecha	<input type="checkbox"/>
Muy insatisfecha	<input type="checkbox"/>

8. Situaciones que le provocan malestar

Cuéntenos cuatro situaciones del día a día que le hacen sentirse mal. *(Por ejemplo que el agua de la ducha esté fría, estar sola...)*

Situación 1
.....
.....
.....
.....
Situación 2
.....
.....
.....
.....
Situación 3
.....
.....
.....
.....
Situación 4
.....
.....
.....
.....

¿Cuál es el nivel de molestia o desagrado que le causan estas situaciones?

SITUACIÓN 1.

Muy molesto	<input type="checkbox"/>
Bastante satisfecha	<input type="checkbox"/>
Satisfecha	<input type="checkbox"/>
Molesto	<input type="checkbox"/>
Muy molesto	<input type="checkbox"/>

SITUACIÓN 2.

Muy molesto	<input type="checkbox"/>
Bastante satisfecha	<input type="checkbox"/>
Satisfecha	<input type="checkbox"/>
Molesto	<input type="checkbox"/>
Muy molesto	<input type="checkbox"/>

SITUACIÓN 3.

Muy molesto	<input type="checkbox"/>
Bastante satisfecha	<input type="checkbox"/>
Satisfecha	<input type="checkbox"/>
Molesto	<input type="checkbox"/>
Muy molesto	<input type="checkbox"/>

SITUACIÓN 4.

Muy molesto	<input type="checkbox"/>
Bastante satisfecha	<input type="checkbox"/>
Satisfecha	<input type="checkbox"/>
Molesto	<input type="checkbox"/>
Muy molesto	<input type="checkbox"/>

9. Cómo transcurre un día normal. Costumbres. Organización del día

a. ¿Cuéntenos qué hace un día normal desde que se levanta hasta que se acuesta?

Mañana:

Levantarse de la cama

.....
.....
.....
.....
.....

Hábitos de higiene

.....
.....
.....
.....
.....

Desayuno

.....
.....
.....
.....
.....

Transcurso de la mañana

.....
.....
.....
.....
.....

Comida

.....
.....
.....
.....
.....

Tarde:

Transcurso de la tarde

.....
.....
.....
.....
.....

Cena

.....
.....
.....
.....
.....

Noche:

Al acostarse

.....
.....
.....
.....
.....

Transcurso de la noche (algo especial)

.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO V

Protocolo de valoración intermedia Etxean Bizi



Valoraciones intermedias:

1. ¿Desde la última vez que estuvimos en su casa, (recordar la fecha), ha habido algún cambio importante en su situación?

¿Ha cambiado su salud?

Mucho peor	Algo peor	Sigue igual	Algo mejor	Mucho mejor

¿Ha cambiado su estado de ánimo?

Mucho peor	Algo peor	Sigue igual	Algo mejor	Mucho mejor

2. ¿Ha habido algún ingreso hospitalario desde la última vez?

No	
Sí ¿Cuántos?	
Ingreso 1: ¿Cuánto tiempo estuvo? (Días)	
Ingreso 2: ¿Cuánto tiempo estuvo? (Días)	
Ingreso 3: ¿Cuánto tiempo estuvo? (Días)	
Ingreso 4: ¿Cuánto tiempo estuvo? (Días)	

3. ¿Ha habido visita al médico?

No	
Sí ¿Cuántas?	

- 3.1. Si ha respondido que sí, especifique abajo poniendo un tik, por favor.

Visita 1: ¿Revisión o cita especialista?	Revisión	
	Cita Especialista	
Visita 2: ¿Revisión o cita especialista?	Revisión	
	Cita Especialista	
Visita 3: ¿Revisión o cita especialista?	Revisión	
	Cita Especialista	
Visita 4: ¿Revisión o cita especialista?	Revisión	
	Cita Especialista	
Visita 5: ¿Revisión o cita especialista?	Revisión	
	Cita Especialista	
Visita 6: ¿Revisión o cita especialista?	Revisión	
	Cita Especialista	
Visita 7: ¿Revisión o cita especialista?	Revisión	
	Cita Especialista	
Visita 8: ¿Revisión o cita especialista?	Revisión	
	Cita Especialista	

4. ¿Ha habido visita a urgencias?

No	
Sí ¿Cuántos?	

Ingreso 1: ¿Cuánto tiempo estuvo?	
Ingreso 2: ¿Cuánto tiempo estuvo?	
Ingreso 3: ¿Cuánto tiempo estuvo?	
Ingreso 4: ¿Cuánto tiempo estuvo?	

5. ¿Se ha caído al suelo durante este período de tiempo?

No	
Sí ¿Cuántas veces?	

5.1. Si ha respondido que sí, rellene con un tik, en caso de que se hayan dado las siguientes consecuencias en las 3 caídas más importantes.

Caída 1. Lugar:	✓
Ha tenido que ir a urgencias u hospital	
Ha tenido como consecuencia una lesión	
Ha necesitado ayuda para levantarse	
Cuanto tiempo ha estado en el suelo.	

Caída 2. Lugar:	✓
Ha tenido que ir a urgencias u hospital	
Ha tenido como consecuencia una lesión	
Ha necesitado ayuda para levantarse	
Cuanto tiempo ha estado en el suelo.	

Caída 3. Lugar:	✓
Ha tenido que ir a urgencias u hospital	
Ha tenido como consecuencia una lesión	
Ha necesitado ayuda para levantarse	
Cuanto tiempo ha estado en el suelo.	

6. ¿Han realizado alguna modificación en casa (en cuanto a accesibilidad) o ha introducido algún nuevo producto de apoyo?

Lugar	Modificación (nombrar)
Salón	
Habitación	
Cocina	
Pasillo	
Baño	
Otros	

7. ¿Ha realizado alguna nueva solicitud de servicio? Rellene con un tik.

Centro de día	
Residencia	
Asistente Personal	
SAD	
Voluntariado	
Podología	
Otro (describir)	
Otro (describir)	