

De una vida impuesta a una vida elegida.
La desinstitucionalización de los apoyos y los cuidados



UIMP
Universidad
Internacional
Menéndez Pelayo



VIVIR MEJOR
en casa

Vinculando el proceso con sus protagonistas:
Procesos de transición para la desinstitucionalización



¿DÓNDE PREFIEREN VIVIR LAS PERSONAS MAYORES?

80-90% DE PERSONAS MAYORES
QUIERE ENVEJECER EN SU PROPIA
CASA

COMPONENTE PREVENTIVO

Para seguir en casa

*Más y mejor atención domiciliaria para
evitar y/o retrasar el ingreso en
residencia*



RESIDENCIA: DESTINO IMPUESTO, NO
ESCOGIDO

COMPONENTE DESINSTITUCIONALIZADOR

Para volver a la comunidad

*Preparación de la persona y su
entorno para salir de la residencia
y volver a la comunidad*



*VULNERABILIDAD
CARENCIA REDES SOCIALES DE APOYO
SIN RECURSOS ECONÓMICOS/VIVIENDA*



Revista Española de Geriátría y Gerontología

Volume 59, Issue 2, March–April 2024, 101453

Research project

First steps towards the deinstitutionalization of older adults: A protocol for the implementation of a complex intervention

Primeros pasos en la desinstitucionalización de adultos mayores: protocolo para la implementación de una intervención compleja

Victoria Roncal-Belzunce^{a, b}, Laura Atores^a, Gema Escolado^a, Eduard Minobes-Molina^{a, c}, Sandra Pamies-Tejedor^a, Nuria Carcavilla-González^{a, b}, José Augusto García-Navarro^a

Comité Ético de Investigación Clínica de Navarra



Objetivo

Evaluar la **viabilidad** de un **proceso de desinstitucionalización** en personas mayores que viven en las residencias y que expresen la voluntad para iniciar el proceso.

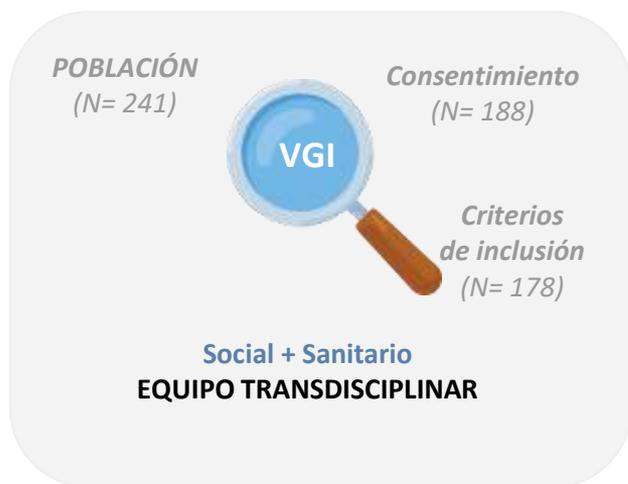
Método

1a Fase: diseño transversal, se identifican factores y covariables asociadas a la viabilidad y **voluntad** para participar en un proceso de desinstitucionalización a través de un análisis bivariante, los recursos imprescindibles para el proceso y las personas residentes que quieran participar en él.

2a Fase: diseño de intervención compleja, se implementa un proceso de desinstitucionalización.

Observación transversal

FASE 1: Centro residencial



Se identifican factores y covariables

Intervención

FASE 2: Comunidad



Se implementa un proceso de desinstitucionalización

FASE 3: Evaluación cambio de voluntad

Voluntad

Entrevistas semi-estructuradas

n = 13

Personas candidatas en la segunda fase

n = 7

Personas interesadas en repetir entrevista



- Ninguna persona ha manifestado cambio de voluntad.
- Participar en el estudio les ha brindado una oportunidad para reflexionar y ver las cosas con mayor claridad.
- Su situación personal o de salud influyó en su decisión de participar o quedarse en la residencia.

Percepción de la residencia

Falta de libertad

Horarios

Alimentación

Falta de actividades

Dificultad de convivencia

Apoyo en las actividades de la vida diaria

Atención médica

Reducción de la sensación de soledad

Percepción de seguridad

¿Cómo se construye la voluntariedad?

Motivación al cambio:
transitar es una oportunidad para reconstruir su autonomía

Con ciertas reservas: cobertura futura de necesidades

Con anclaje a su red de apoyo social:
esencial para la toma de decisiones finales

Afectación de circunstancias específicas:
limitaciones económicas y disponibilidad de servicios.

Incertidumbre, pero con potencial: adaptabilidad

Experiencias pasadas



¿Cómo se construye la **no voluntariedad**?

Dificultad ante el cambio: satisfacción con su vida en la institución

Desinterés en integrarse en su entorno: carente o debilitada red de apoyo



Falta de apoyo familiar: miedo a volver a ser una carga

Percepción del envejecimiento: dependencia

Percepción del estado de salud

Experiencias pasadas

Fase 1

Fase 2

Fase 3

+AUTONOMÍA

Perfil resistencia a transición

Perfil ambivalencia

Perfil resiliencia con apoyo

Perfil resiliencia

NO VOLUNTARIEDAD

VOLUNTARIEDAD

Perfil resistencia a transición

Perfil resistencia a transición

Perfil no motivación

Perfil pérdida de autonomía

- AUTONOMÍA

Perfil voluntariedad con compromiso, resiliencia

Perfil resiliencia

Perfil resiliencia con apoyo

Voluntad y deseo

Compromiso activo retomar control de su vida

Apertura a recibir apoyo

Vinculación fuerte en la comunidad

Buen nivel de autonomía funcional y en
toma de decisiones



Perfil resistencia a la transición

Resistencia

Conformidad

Buena autonomía funcional

Experiencias previas

Conformidad con su situación actual

Necesidad de seguridad

Falta de conexión con redes sociales

Mayor requerimiento de apoyo



Perfil ambivalencia pero abierto

Perfil con más necesidad de respuesta



Ambivalencia sobre la transición:
disposición a explorar opciones

Incertidumbre

Expectativas

Apoyo para tomar decisiones
informadas



Perfil enfocado a la pérdida de autonomía

Perfil con menor autonomía funcional y decisoria



Pérdida de autonomía
funcional/decisoria

Percepción de envejecimiento-
declive

Dificultad para mantener control

Toma de decisiones informada

Buenas relaciones en la residencia

Apoyo familiar = retorno

Miedo sobrecarga familiar

Perfil no voluntariedad, no motivación



Perfil más resistente

- Percepción de inseguridad
- Falta de autonomía
- Experiencias pasadas negativas
- Falta de apoyo familiar
- Comodidad actual
- Resistencia al cambio
- Falta de red social



Diversidad en las opiniones en función del perfil

Preferencias de convivencia

Variedad de perspectivas sobre la convivencia

Perfil resiliente: preferencia vivir en soledad. Abierto a negociar.
Perfil ambivalente: abierto a compartir el espacio.
Perfil no motivado: preferencia a vivir con algún familiar.

Aceptación basada en la negociación (perfil resiliente)

Destacan la importancia de afinidades y respeto mutuo.

Normas y Comunicación: enfatizan la necesidad de normas claras y comunicación efectiva.
Evitar conflictos: experiencias previas resaltan la importancia de evitar conflictos.
Flexibilidad y respeto: destacan la necesidad de adaptación y respeto en la convivencia.

Podcast



UIMP
Universidad
Internacional
Menéndez Pelayo



[Clica aquí para escuchar la historia](#)



¿Qué estamos viendo?

2 personas han salido a vivir a la comunidad

Perfil voluntariedad con compromiso, resiliencia con apoyos.

- Disposición a adaptarse y aprender lo necesario
- Muestran seguridad en el proceso, no manifiestan miedo a lo desconocido.
- Adaptación al cambio de rutinas, tareas y roles.
- Autonomía en todos los aspectos de su vida.
- Falta de anclaje en una red social externa.
- Perfil con mayor resiliencia.

- Dificultades ante la falta de recursos económicos
- Necesidad de relacionarse con el entorno .
- Recuperación de la confianza en las personas.
- Necesidad de acompañamiento en determinadas situaciones.
- Importancia de respetar sus tiempos.
- Vínculo.

DESAFÍOS

Redimensionar y comprender el **acompañamiento** como **guía**

Romper la **barrera cultural** de cuidados de la protección y seguridad

APRENDIZAJES

Acompañamiento centrado en la persona

- personalización y trato digno: respeto a ritmos, tiempos y demandas
- cambio rol: no directivo/intervencionista

Visión de la persona con **autonomía** plena

- potencial para la autodirección y asunción de **riesgos**
- los **diagnósticos** son sólo diagnósticos: no deben marcar el rumbo de los proyectos vitales ni influir en la toma de decisiones

La voz de las protagonistas



Testimonios

[Ver vídeo](#)



Objetivo general

Evaluar el efecto de una intervención multimodal en las personas con dependencia para retrasar o evitar su institucionalización en una residencia geriátrica.

Objetivos específicos

1. Analizar el efecto de una intensificación en la intervención SAD Dependencia en las **personas usuarias con grado II o III de dependencia en su estado de salud y psicosocial**.
2. Analizar el efecto de una intensificación en la intervención SAD Dependencia junto con una formación a las personas cuidadoras no profesionales, en el **estado de salud y la sobrecarga de las personas cuidadoras no profesionales** de las personas usuarias con grado II o III de dependencia.
3. Comprobar el **impacto en el uso de recursos** de una intensificación en la intervención SAD Dependencia en las personas usuarias con grado II o III de dependencia.

Metodología

Diseño del estudio

Ensayo clínico aleatorizado
(guía CONSORT)

ClinicalTrialsID: NCT05567965

Validación del estudio
Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Vic - Universidad Central de Cataluña (220/2022).



POBLACIÓN



DÍADAS PARTICIPANTES
(N= 160)



Grupo Control (n=80): seguir con intervención convencional del SAD

aleatorización

Grupo Intervención (n=80): intervención multimodal

- Criterios inclusión/exclusión
- Aceptan participar

Metodología

Intervención

Descripción: guía TiDier

Intensificación

Incremento intensidad de atención

- Mínimo de 1h/día - Máximo 3,5h/día (de lunes a domingo), **sin copago**.
- Incremento aplicado en colaboración:
 - Coordinador/a SAD
 - Trabajador/a Social referente de Servicios Sociales de Base (SSB).

GRUPO INTERVENCIÓN
(15 meses)

Formación

Personas cuidadoras no profesionales

- Repartir la responsabilidad del cuidado.
- Mejorar la comunicación de las personas cuidadoras
- Optimizar el tiempo de atención.

Autoorganización

Equipo de cuidados autónomo y con flexibilidad horaria

- Mantenimiento de la independencia y promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia.
- La persona en el centro de la intervención y protagonista de su propio proceso de cuidados.
- Estabilidad de jornadas del equipo de profesionales de atención directa, con menores desplazamientos y menor número de personas asignadas por día.

Contenidos de la formación



Aprende y fórmate
Acompañar y apoyar a personas mayores en situación de dependencia en el entorno domiciliario.

1 Más allá del cuidado	2 Guía de apoyos comunitarios	3 Actividades de la vida diaria
4 Salud de la persona mayor en situación de dependencia	5 Aproximación a las enfermedades neurocognitivas	6 Prevención de riesgos y primeros auxilios

¿Qué abordan los cursos?

Sobrecarga y autocuidado

Manejo de situaciones complejas

Alimentación y cuidado de la piel

Movilizaciones y transferencias

Planificación de la medicación

Prevención de caídas y riesgos

Control constantes vitales

Intensificación, formación y autoorganización



Intensidad y distribución horaria de la atención

Autoorganización horaria:

- Agrupada
- Fragmentada



Continuidad asistencial

Realización del servicio:

- En casa
- En el hospital



Estabilidad de jornadas y desplazamientos reducidos

Asignación de personas a atender:

- Personas usuarias por profesional
- Zonificación y proximidad



Transferencia de información de tareas

Optimización de las horas y descanso familiar:

- Autoorganización flexible de tareas
- Planificación de cuidados

8 h/s

Antes



Ahora

19 h/s

8h/s PIA

Promedio: 1h diaria, de lunes a viernes, por la mañana.

8h/s PIA + 11h/s VMC

Promedio: 2,75 h diarias, de lunes a viernes, por la mañana y por la tarde.

Cobertura diaria complementada con la implicación de ambas hijas.

Curso1

Curso2

Curso3

Curso4

Curso5

Curso6

R050 (CUI)



100% Completo

R050 (CUI)



50% Completo

Completo

Completo

Sin comenzar

Sin comenzar

Sin comenzar

Completo

Resultados

Basales

 Personas usuarias con
 dependencia

 Díadas
 (n=142)

 • **Variables sociodemográficas** 

Edad: 85 años

Género: 66% mujeres

Grado de dependencia: 71% grado II

Nivel de estudios: 89% sin estudios o primarios.

Estado civil: 46% personas viudas*

 • **Variables de salud** 

Capacidad funcional: 53% dependencia grave-total*

Fragilidad: 1/3 fragilidad avanzada

Sarcopenia: 96%

Riesgo de caídas: 96% alto riesgo de caídas

Antecedentes de caídas: 58% caídas en los últimos 6 meses

 • **Variables psicosociales** 

Deterioro cognitivo: 54% deterioro moderado- muy grave

Aislamiento social: 96%

 • **Variables de uso de recursos** 

Calidad de vida: 43/100

Intensidad SAD: 47 minutos/día

Polifarmacia: 3/4

Resultados

Basales

**Personas cuidadoras no
profesionales**

**Díadas
(n=142)**
• Variables de salud

Fragilidad: 1/5 fragilidad*

 Grado de actividad física*: 44%
camina 10 minutos/día ≤ 3 días

 Comportamiento sedentario: 4h
sentados/día

• Variables sociodemográficas


Edad: 65 años*

Género: 2/3 mujeres

 Vínculo: 85% cónyuges o familiares de 1er
grado

Actividad laboral: 78% personas inactivas*

Años dedicados al cuidado: 69% ≥5 años

 Nivel de estudios: 55% estudios
secundarios-universitarios

Estado civil: 2/3 casados

Formación previa en cuidados: 87% NO

• Variables psicosociales

 Sobrecarga: 50% sobrecarga
intensa

 Experiencia con cuidados
profesionales: 61/120

- ↓Apoyo al cuidador
- ↓Educación



Resultados longitudinales

9 meses

Personas usuarias con dependencia

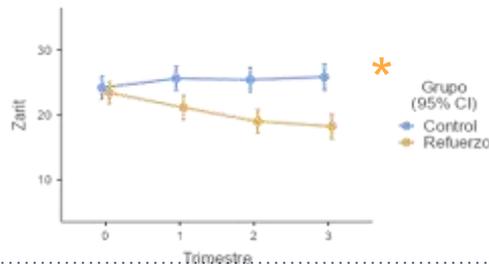
Personas cuidadoras

El deseo de ingreso en residencia es del 14.1% en el grupo control y del 3.5% en el grupo intervención.

Las personas del grupo intervención mejoraron los niveles de **sobrecarga** y la **experiencia sobre los cuidados** recibidos, mientras que en el grupo control no se detectaron cambios.



Sobrecarga



Experiencia cuidados profesionales

