

Aplicación del Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona: análisis de dos experiencias prácticas en domicilios y comunidad¹

Application of the person-centred and integrated care model: analysis of two practical experiences in home and community settings

Alicia Suria-Lorenzo²

ORCID: 0009-0006-0999-8040

Ana García-Mendoza³

ORCID 0009-0004-7506-3468

Miriam Padilla Sánchez⁴

ORCID: 0009-0005-8554-8490

Alejandro Chuquitarco-Morales⁵

ORCID: 0000-0002-5407-8976

Pilar Rodríguez-Rodríguez⁶

ORCID: 0000-0003-4040-3704

Recepción: 04/12/25. Revisión: 03/03/26. Aceptación: 18/03/26

Para citar: Suria-Lorenzo, Alicia; García-Mendoza, Ana; Padilla Sánchez, Miriam; Chuquitarco-Morales, Alejandro, y Rodríguez-Rodríguez, Pilar. (2026). Aplicación del Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona: análisis de dos experiencias prácticas en domicilios y comunidad. *Revista de Treball Social*, 230, 229-248. <https://doi.org/10.32061/RTS2026.230.10>

1 Las autoras agradecen los valiosos comentarios tanto de las personas revisoras anónimas como del equipo editorial de la *Revista de Treball Social*, que han contribuido a mejorar sustancialmente este artículo. Agradecemos especialmente a Georgina Granero Chignoli, María Aurora Cañadas Romero y Mónica Donio-Bellegarde, antiguas investigadoras de la Fundación Pilares, por su destacada contribución al desarrollo del programa. Finalmente, expresamos nuestro más sincero reconocimiento a las personas participantes y sus familias por su confianza y generosidad al compartir sus experiencias.

2 Trabajadora social, coordinadora de programas de intervención, Fundación Pilares para la autonomía personal. alicia.suria@fundacionpilares.org

3 Psicóloga, responsable de certificaciones, Fundación Pilares para la autonomía personal. ana.garcia@fundacionpilares.org

4 Terapeuta ocupacional, técnica de intervención, Fundación Pilares para la autonomía personal. miriam.padilla@fundacionpilares.org

5 Doctor en Sociología. Investigador en Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, Universidad de Alicante. alejandro.chuquitarco@ua.es

6 Filósofa y gerontóloga, presidenta de la Fundación Pilares para la autonomía personal. prodriguez@fundacionpilares.org

Resumen

Este artículo⁷ describe la aplicación del programa Cuidamos Contigo,⁸ desarrollado por la Fundación Pilares, a partir del análisis de dos casos de intervención comunitaria con personas en situación de dependencia en Madrid y Alicante (2020-2022) con el objetivo de favorecer la sistematización de la práctica profesional.

El programa se fundamenta en el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (MAICP), y la intervención se apoyó en herramientas propias de este (Valoración Integral, Historia de Vida y Planes Personalizados) y en la metodología de Gestión de Casos (GdC), visitas de seguimiento y provisión de apoyos consensuados y continuados, incluyendo servicios domiciliarios, productos de apoyo y facilitación del acceso a recursos comunitarios.

El estudio de los casos (J., un hombre de 45 años con enfermedad neuromuscular en Madrid, y E., una mujer de 70 años con movilidad reducida en Alicante) permite observar cambios en distintas dimensiones de su calidad de vida, independencia funcional, autodeterminación y bienestar emocional. Ambas personas pasaron de situaciones de reclusión domiciliaria y limitada autonomía a recuperar actividades significativas, capacidad de decisión y mayor participación socio-comunitaria.

Los casos analizados muestran cómo la aplicación coordinada del MAICP y la GdC facilita respuestas personalizadas e integrales centradas en la persona, favoreciendo la permanencia en el domicilio y el acceso a apoyos formales y comunitarios. La experiencia descrita sugiere el potencial de estos enfoques para contribuir a la mejora de los servicios sociales y de los cuidados de larga duración.

Palabras clave: Atención integral y centrada en la persona, gestión de casos, personas en situación de dependencia, cuidados de larga duración, trabajo comunitario.

7 En la elaboración de este manuscrito se utilizó inteligencia artificial generativa (Claude, Anthropic) como apoyo para la redacción y refinamiento estilístico de algunos fragmentos. La conceptualización del estudio, análisis de datos, interpretación de resultados y argumentación sustantiva son íntegramente de las autoras.

8 Este trabajo ha sido posible gracias a la financiación proporcionada por la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas / Conselleria de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda de la Generalitat Valenciana (0,7% IRPF), el Ayuntamiento de Rojales, la Fundación "la Caixa" (convocatorias Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid), y la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid (0,7% IRPF).

Abstract

This article describes the application of the *Cuidamos Contigo* programme, developed by the Pílares Foundation, based on the analysis of two community intervention cases involving people in situations of dependency in Madrid and Alicante (2020–2022), with the aim of contributing to the structuring of professional practice.

The programme is based on the person-centred and integrated care model (PCIC), and the intervention drew on tools associated with this model (comprehensive assessment, life history and personalised plans), as well as a case management approach (CM), including follow-up visits and the provision of agreed and continuous support, such as home-based services, assistive products and facilitation of access to community resources.

The case studies –involving J., a 45-year-old man with a neuromuscular condition in Madrid, and E., a 70-year-old woman with reduced mobility in Alicante– illustrate changes across several dimensions, including quality of life, functional independence, self-determination and emotional well-being. Both individuals moved from situations of home confinement and limited autonomy to regaining meaningful activities, greater decision-making capacity and increased levels of social and community participation.

The cases analysed demonstrate how the coordinated application of the PCIC model and case management facilitates personalised, comprehensive and person-centred responses, supporting individuals to remain at home and access both formal and community-based support. The experience described highlights the potential of these approaches to contribute to improvements in social services and long-term care provision.

Keywords: Person-centred and integrated care, case management, people in situations of dependency, long-term care, community work.

1. Introducción

La Fundación Pilares es una organización sin ánimo de lucro que, entre sus diversas líneas de acción, ha desarrollado un programa de intervención, denominado Cuidamos Contigo, bajo el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (MAICP).

Inicialmente, este programa nació en 2014 en Madrid con el objetivo de apoyar, en sus domicilios, a personas en situación de dependencia o fragilidad y a sus familias cuidadoras, empleando para ello la metodología de la Gestión de Casos (GdC) y la intervención comunitaria. A partir del año 2017 comienza a extenderse por otros municipios de la provincia de Alicante, España.

El objetivo de este artículo es describir y analizar la aplicación del programa y su fundamentación teórica y metodológica a partir del estudio cualitativo de dos casos (uno en la ciudad de Madrid y otro en la provincia de Alicante) con el fin de favorecer la sistematización del proceso de intervención e ilustrar los cambios observados en la situación y calidad de vida de las personas atendidas.

2. Marco conceptual

2.1. El Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona

El MAICP promueve la autonomía, la independencia y las vidas con sentido de las personas adultas en situación de dependencia o necesidad de apoyo y de sus familiares cuidadores (Martínez-Buján y Vega, 2021). Persigue superar los persistentes modelos paternalistas y asistencialistas (Fantova, 2008; Bascompte et al., 2015), empleando para ello metodologías y herramientas validadas, participativas y constructivistas (Ramos-Feijóo, 2014), donde las propias personas deciden, diseñan y evalúan sus propios planes personalizados de atención, mediante acompañamiento y orientación profesional (Bascompte et al., 2015).

Las dimensiones del MAICP que orientan la intervención profesional son la integralidad y la personalización. La primera implica atender holísticamente las necesidades bio-psico-sociales-espirituales y medioambientales de las personas. Esta requiere de un enfoque transversal que articule la coordinación entre sistemas de atención, cuidados profesionales y familiares, y recursos comunitarios. La segunda implica reconocer la dignidad, autonomía y singularidad de cada persona, considerando su trayectoria vital para acompañar la toma de decisiones sobre su plan de atención, adaptando servicios y recursos de distinta naturaleza (García, 2022).

Desde el MAICP se plantea integrar sus principios rectores como ejes fundamentales para orientar el diseño e implementación de programas e intervenciones: autonomía e independencia funcional para promover capacidad de decisión y control sobre la vida cotidiana; participación activa

en decisiones sobre vida y cuidados; inclusión social mediante vínculos comunitarios; accesibilidad de la vivienda y productos de apoyo para eliminar obstáculos en las actividades de la vida diaria; continuidad en la atención mediante coordinación de servicios y profesionales; y promoción del bienestar y calidad de vida para que las personas desarrollen vidas con sentido (García, 2022; Librada et al., 2014).

2.2. La Gestión de Casos desde el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona

Siguiendo a Ramos-Feijóo (2014), la GdC se entiende como el acompañamiento profesional permanente a personas que precisan apoyos o cuidados y a sus familias, en la elaboración de un itinerario en el que se articulan y gestionan de manera coordinada recursos y servicios. Esta metodología constituye una de las herramientas fundamentales para la aplicación práctica del MAICP, al permitir la personalización de la atención y garantizar la continuidad de los apoyos (Ramos-Feijóo, 2014). Para implementar la GdC se propone la figura del profesional de referencia, quien comprende, acompaña, y ofrece información y asesoramiento personalizado, haciendo a la persona atendida responsable y participe de su propio plan de atención (Rodríguez, 2013).

En la GdC, la integración de la perspectiva comunitaria es imprescindible. Desde el MAICP se entiende la comunidad como un activo que puede ofrecer recursos, redes de apoyo y oportunidades de participación social (Librada et al., 2014). Esto implica trabajar con asociaciones, grupos de ayuda mutua, recursos de proximidad y redes informales, que complementen los servicios formales, favoreciendo así la inclusión social y el mantenimiento de las personas en su entorno habitual (Ramos-Feijóo, 2014).

La coordinación entre sistemas y servicios en general, y la coordinación sociosanitaria en específico, constituyen otro elemento clave. Estas coordinaciones deben producirse tanto horizontalmente, entre diferentes servicios, sectores y profesionales que atienden a la misma persona, como verticalmente, entre los distintos niveles asistenciales (primaria y especializada) (Librada et al., 2014). Todo esto para evitar la fragmentación de la atención y garantizar la coherencia del plan personalizado, asegurando que todos los actores implicados trabajen de forma conjunta hacia los objetivos definidos con y por la persona atendida (García, 2022).

La metodología de la GdC ha sido implementada en diversos contextos internacionales y nacionales con resultados positivos. A escala internacional, destacan experiencias como el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) en Estados Unidos; el programa PRISMA en Canadá; y el modelo Buurtzorg en Países Bajos (Leichsenring et al., 2013).

En el contexto español, se han desarrollado diversas experiencias entre las que destaca el programa ETXEAN ONDO, promovido por el Gobierno del País Vasco, centrado en la GdC para personas mayores en el domicilio con coordinación sociosanitaria; y diversos programas en el ámbito de salud, en atención primaria y atención especializada, de diferentes

comunidades autónomas, que han implementado la enfermera gestora de casos para pacientes crónicos complejos, favoreciendo la coordinación entre niveles asistenciales (Ramos-Feijóo, 2014).

2.3. El papel del trabajo social en la gestión de casos desde el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona

La GdC y la figura del profesional de referencia deben entenderse como un método de intervención que no se adscribe necesariamente a una disciplina concreta, sino que puede corresponder a distintos perfiles profesionales en función de las características de las personas atendidas.

La vinculación entre el trabajo social y la GdC puede entenderse a partir de los principios éticos y metodológicos que orientan la práctica profesional. El código deontológico de trabajo social (Consejo General del Trabajo Social, 2012) establece como principios generales el respeto a la persona y su dignidad, la aceptación de la persona, la individualización y la personalización, la promoción integral, la autodeterminación, y la responsabilidad y corresponsabilidad en las intervenciones. Estos principios resultan especialmente coherentes también con los planteamientos del MAICP, que sitúa a la persona como sujeto activo de su propio proceso de atención y promueve su participación en la toma de decisiones sobre su vida y sus cuidados.

Diversos autores han señalado que la formación y práctica del trabajo social proporcionan un marco especialmente adecuado para el desarrollo de la gestión de casos, debido a su orientación hacia la intervención en situaciones complejas, la coordinación de recursos y el acompañamiento continuado a personas y familias. Esta metodología requiere del desarrollo simultáneo de funciones profesionales como el asesoramiento, la mediación, la facilitación del acceso a recursos, la defensa de derechos, la coordinación interprofesional y la evaluación de procesos. En este sentido, la gestión de casos se integra de manera natural en los métodos propios del trabajo social, particularmente en el trabajo social de casos y en la intervención centrada en la persona. Weil (1985) y Moxley (1989), citados por Sarabia (2007), ya señalaban esta integración, junto con aportaciones más recientes (Fernández y Ponce de León, 2019).

3. Contexto de intervención: Programa Cuidamos Contigo

Cuidamos Contigo es un programa de intervención dirigida a personas en situación de fragilidad, soledad o dependencia y sus familias cuidadoras, desarrollado por la Fundación Pilares en la ciudad de Madrid y en municipios de Alicante.

El objetivo general del programa era lograr mejoras en las diferentes dimensiones de la calidad de vida de las personas participantes y contribuir a la transformación de los cuidados de larga duración me-

diante la difusión de resultados derivados de la aplicación del MAICP y la metodología de GdC. El trabajo se centró en cuatro ejes: autonomía moral, independencia funcional, proyectos vitales y trabajo comunitario. La intervención se articuló a través de la construcción de relaciones de confianza, empleando herramientas de atención personalizada, visitas de seguimiento periódicas y prestación de apoyos consensuados que incluían acompañamiento, asesoramiento, formación, gestión y prestación de servicios domiciliarios (fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, productos de apoyo), así como facilitación del acceso a recursos comunitarios. Así pues, la meta del programa era apoyar a las personas que lo requirieran para que permanecieran en sus domicilios el mayor tiempo posible, viviendo con dignidad y con una óptima calidad de vida, evitando así institucionalizaciones innecesarias.

El acceso al programa se produjo a través de múltiples vías: derivaciones desde servicios sociales municipales y atención primaria; recomendaciones entre personas usuarias y familias; contactos con asociaciones de personas mayores, entidades del tercer sector y recursos comunitarios; y acciones de difusión mediante redes sociales, folletos, ferias locales y encuentros comunitarios. Esta diversidad de canales favoreció el acceso tanto de personas vinculadas a servicios formales como de aquellas que, pese a estar en situación de necesidad, permanecían invisibilizadas o desconectadas de los recursos disponibles.

4. Metodología

4.1. Selección de casos

En 2022, participaron en el programa un total de 99 participantes, 74 de los cuales se encontraban en situación de fragilidad, soledad o dependencia reconocida (59 mujeres; 15 hombres). Los otros 25 eran cuidadores familiares (20 mujeres; 5 hombres). La edad media del primer grupo fue de 75 años (valor extremo 98) y la de las personas cuidadoras familiares, de 61 (extremo 80).

Para este artículo se ha realizado una selección intencional de dos casos con el objetivo de ilustrar el proceso de intervención desarrollado en el marco del programa. Los criterios de selección incluyeron: (a) diversidad territorial, incorporando un caso en la ciudad de Madrid y otro en un contexto rural de la provincia de Alicante; (b) heterogeneidad en el perfil de dependencia y ciclo vital; y (c) disponibilidad de información completa derivada del proceso de valoración, planificación y seguimiento. La finalidad de esta selección no fue establecer generalizaciones estadísticas, sino ofrecer un análisis para comprender el itinerario de intervención, los apoyos desplegados y los cambios observados en la situación de las personas atendidas.

4.2. Proceso de intervención y herramientas

La intervención se desarrolló en el domicilio de las personas participantes. El proceso se inició con la determinación de la situación de partida, mediante la valoración integral y la reconstrucción de la trayectoria vital, con el fin de identificar demandas, deseos y objetivos de intervención. A partir de esta información se elaboró, de manera consensuada con cada persona y, cuando procedía, con su entorno familiar, el Plan de Atención Personalizada y de Acompañamiento al Proyecto de Vida (PAyPV). Este plan estructuró las actuaciones a desarrollar, estableciendo objetivos, acuerdos y apoyos en distintas dimensiones de calidad de vida. La intervención incluyó seguimiento periódico y activación y coordinación de diversos recursos. Las principales herramientas empleadas durante el proceso fueron:

Valoración Integral. La Valoración Integral permitió evaluar las diferentes dimensiones de la calidad de vida de las personas participantes mediante una amplia batería de escalas estandarizadas y *ad hoc* que exploraron el estado de salud, el bienestar emocional, cognitivo, la soledad percibida, la autodeterminación, la participación social, las relaciones interpersonales, el bienestar material y físico, la carga de cuidados familiares y la independencia funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Schalock y Verdugo, 2002; García, 2022). Este instrumento cumple una doble función: identificar junto con la persona aquellas áreas prioritarias de intervención y establecer una línea base para el seguimiento del proceso y medición de los cambios. No obstante, dado el carácter descriptivo de este artículo, el análisis se centra fundamentalmente en la información cualitativa derivada del proceso de acompañamiento.

Historia de Vida. La Historia de Vida se elaboró tras la valoración integral y permitió recoger las experiencias vitales de las personas desde su propia perspectiva e interpretación, incluyendo ideas, opiniones, valores, deseos, gustos, habilidades y capacidades (Bonafont, 2020; García, 2022; Blanco, 2011). Esta herramienta, construida desde la perspectiva de la propia persona, supera la visión profesional rígida con cuestionarios estandarizados (Rodríguez, 2013). El relato biográfico, enriquecido gradualmente durante la intervención, permite una aproximación en profundidad a la forma de ser de la persona y facilita la interpretación de sus elecciones y preferencias sobre cómo quiere vivir, con quién, dónde y de qué manera, en su presente y proyección futura (Bermejo, 2010).

Plan de Atención Personalizada y de Acompañamiento al Proyecto de Vida. El Plan de Atención Personalizada y de Acompañamiento al Proyecto de Vida (PAyPV) se diseñó consensuadamente con la persona, y, en su caso, con su familia, partiendo de la información recogida en la Historia de Vida y la Valoración Integral (Rodríguez, 2013). Se trata de un instrumento abierto y flexible que persigue identificar las actuaciones a desarrollar desde una relación de ayuda horizontal y desde la corresponsabilidad. Estos planes superan la atención de necesidades o demandas de cuidados derivadas de dificultades funcionales, e incluyen metas per-

sonales y proyectos vitales que todas las personas tienen independientemente de necesitar o no gran cantidad de apoyos (García, 2022). El trabajo profesional consiste en identificar, ordenar, priorizar y establecer a corto, medio y largo plazo las metas de la persona (Bermejo, 2010). El plan fue revisado periódicamente durante el proceso de intervención, permitiendo ajustar apoyos y prioridades atendiendo a la evolución de la situación.

La comunidad. Las actuaciones comunitarias complementaron el trabajo individual, articulando recursos formales e informales del entorno (Ramos-Feijóo, 2014). Dichas actuaciones incluyeron: acuerdo y coordinación con entidades públicas y privadas, participación en espacios de encuentro y órganos de participación ciudadana, gestión y dinamización del voluntariado, organización de talleres grupales de envejecimiento activo y saludable, y acciones de sensibilización y difusión del MAICP. Así, se complementaron y coordinaron apoyos formales e informales, se favoreció la inclusión social y el mantenimiento de las personas en su entorno habitual, avanzando también hacia una comunidad cuidadora que contribuyera a la transformación del modelo de cuidados desde un enfoque integral, personalizado y comunitario (Librada et al., 2014). Estas actuaciones se apoyaron en un diagnóstico comunitario que permitió identificar activos comunitarios y oportunidades de inclusión social en los contextos de Madrid y Alicante.

4.3. Estrategia de análisis

El estudio se enmarca en un diseño cualitativo de casos múltiples con finalidad descriptiva e interpretativa. El análisis se ha centrado en reconstruir el itinerario de intervención desarrollado en cada caso y hacer una revisión de los aprendizajes obtenidos. Durante el proceso de intervención, las profesionales sistematizaron la información resultante de la aplicación de las distintas herramientas ya mencionadas. Toda esta información fue organizada en matrices de seguimiento de elaboración propia, una por cada caso.

El análisis se realizó mediante una reconstrucción cronológica estructurada en cuatro momentos: (1) situación inicial; (2) identificación de demandas y definición del plan personalizado; (3) desarrollo de la intervención; y (4) situación al cierre del periodo analizado (diciembre de 2022). Esta secuencia permitió identificar transformaciones en distintas dimensiones de calidad de vida y analizar la articulación entre apoyos formales, informales y comunitarios. Con el fin de reforzar la credibilidad del estudio, se llevó a cabo una triangulación de fuentes documentales, contrastando la información procedente de los distintos registros profesionales y documentos del programa. Este procedimiento contribuyó a aumentar la consistencia interna del análisis y la transferibilidad de los hallazgos.

4.4. Consideraciones éticas

Las personas seleccionadas firmaron un consentimiento informado que indicaba la finalidad y el método de la intervención, el uso de la información y su compromiso de publicación, así como el carácter anónimo, libre y voluntario de la participación, y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias para la atención recibida. Para garantizar la confidencialidad se han eliminado o modificado aquellos datos que pudieran permitir la identificación directa o indirecta de las personas participantes.

5. Análisis de los casos

5.1. El caso de J.

J., hombre de 45 años, residente en Madrid, vivía en un piso familiar con ascensor junto a dos familiares, siendo su tía la cuidadora principal. Se incorporó al programa en diciembre de 2016 tras recibir una carta informativa de la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia, dirigida a perceptoras de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF). Tras una primera visita domiciliaria de la gestora y la formalización del acceso del programa con la firma del consentimiento informado, se realizó la Valoración Integral. En ese momento, la intervención quedó interrumpida por motivos ajenos al programa, retomándose en 2021.

En el momento de reiniciar la intervención, J. mostraba una situación de progresivo deterioro derivado de una enfermedad neuromuscular que le había llevado a la incapacidad permanente y al abandono de su actividad laboral. Esta situación supuso una práctica reclusión domiciliaria: no salía de casa salvo para revisiones médicas y dejó de realizar actividades gratificantes que anteriormente desarrollaba en su hogar y en la comunidad. Además, apenas tomaba decisiones sobre su vida cotidiana y expresaba inseguridad respecto a su capacidad para hacer actividades de forma autónoma.

Dependía de su tía para actividades instrumentales (compras, tareas domésticas, desplazamientos y gestiones sanitarias) y para algunas actividades básicas (aseo, afeitado y vestido). Conservaba capacidades funcionales parciales (se desplazaba sin ayuda dentro del domicilio y caminaba con apoyo en trayectos cortos), pero manifestaba miedo a salir a la calle. Rechazaba el uso de silla de ruedas por asociarla a mayor dependencia.

5.1.1. Diagnóstico y demandas

La Valoración Integral y la reconstrucción de la Historia de Vida permitieron identificar como principales áreas de intervención: autodeterminación, independencia funcional, bienestar emocional, participación comunitaria y fortalecimiento físico.

Inicialmente, sus demandas se centraron en intereses vinculados a sus aficiones (conversaciones sobre cómics, grabación de DVD, contenidos culturales). Sin embargo, a medida que avanzaba el proceso de acompañamiento, emergieron nuevos deseos orientados a recuperar autonomía funcional y retomar actividades fuera del domicilio. La tabla 1 muestra en negrita los objetivos iniciales detectados tras la valoración inicial y, sin destacar, aquellos que emergieron durante el proceso de intervención.

Tabla 1. Demandas, deseos y objetivos. Caso 1: J.

	Hábitos o apoyos (corto plazo)	Futuro deseado (medio/largo plazo)
Funcionalidad, actividades cotidianas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorecer la independencia en la realización de las actividades de la vida diaria, disminuyendo progresivamente los apoyos de su cuidadora. ▪ Estructurar la rutina diaria, incorporando ejercicios de disfagia y físicos. ▪ Fomentar sus capacidades físicas (fuerza, deambulación, coordinación, etc.). ▪ Alentar la seguridad en sí mismo durante la deambulación. ▪ Adquirir productos de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vestirse solo. ▪ Fregar los platos. ▪ Bajar las escaleras solo para poder salir más de casa. ▪ Levantarse de la cama con seguridad.
Aficiones o intereses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grabar DVD con series y películas de su interés. ▪ Elaborar información sobre lecturas interesantes (mitología, historia, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener conversaciones sobre cómics, manga, cine, etc.
Actividades significativas diarias, ocasionales o periódicas deseadas	<p>Participar en actividades significativas en su comunidad (actividades relacionadas con sus intereses) como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitar tienda de cómics. ▪ Visitar una feria de cultura japonesa. 	NA
Cuidado de la salud	NA	NA
Otras	NA	NA

Fuente: Elaboración propia.

Notas: NA (no aplica). No se recogió información sobre estos ítems para J.

5.1.2. Intervención

A partir de 2021 se diseñó consensuadamente el PAyPV, estructurando las actuaciones en distintas fases progresivas, aunque no estrictamente lineales.

Fase 1: construcción de vínculo y activación en el domicilio (2021).

Las primeras visitas se orientaron a generar relación de confianza y a identificar pequeñas actividades gratificantes vinculadas a sus intereses. Durante este periodo se detectó una baja percepción de autoconcepto, expresada en verbalizaciones como “no soy capaz de hacer nada”, pese a conservar capacidades funcionales parciales.

Un elemento central del proceso fue la dinámica de sobreprotección ejercida por la cuidadora principal. Aunque esta respondía a una intención de cuidado, contribuía indirectamente a reforzar la pasividad de J. La hospitalización temporal de la tía supuso un punto de inflexión: la necesidad de asumir determinadas tareas permitió visibilizar capacidades conservadas y abrió espacio para replantear el reparto de apoyos. En esta etapa, la intervención se centró en pequeñas decisiones cotidianas, iniciando un trabajo progresivo de recuperación de autodeterminación.

Fase 2: trabajo funcional y apertura al entorno (2022).

En 2022 se incorporó una terapeuta ocupacional, lo que permitió intensificar el abordaje funcional. Se trabajó la independencia y autonomía en vestido, estableciendo acuerdos con la cuidadora para evitar sobreprotección, habilitando un armario propio y acordando su participación diaria en tareas domésticas, como fregar los platos.

En el plano físico se trabajó el fortalecimiento de miembros inferiores y superiores en el entorno del portal, introduciendo progresivamente salidas al barrio. El miedo a salir, vinculado a la posibilidad de caídas y al rechazo del uso de silla de ruedas, constituyó un nudo crítico. La estrategia profesional consistió en una exposición gradual y pactada, priorizando trayectos breves y significativos, lo que permitió incrementar su sensación de control y seguridad. La visita a una tienda de cómics que frecuentaba antes de la enfermedad supuso un hito en términos de identidad y participación comunitaria. A partir de ese momento, fue el propio J. quien comenzó a proponer encuentros coincidiendo con la presencia de un amigo, presentando una mayor iniciativa.

Adicionalmente, se introdujo el uso del bastón en exteriores con apoyo de otra persona y se realizaron adaptaciones en el domicilio (barra de transferencia) junto con la incorporación de productos de apoyo para la deglución. En el ámbito comunitario se coordinó con entidades de voluntariado para facilitar acompañamientos semanales.

A lo largo de la intervención, uno de los principales retos fue equilibrar la promoción de autonomía con el respeto a los ritmos de J., quien manifestaba resistencia puntual a cambios que percibía como amenazantes. La estrategia profesional priorizó acuerdos graduales y refuerzo de logros, evitando imponer objetivos no interiorizados.

5.1.3. Situación final (diciembre 2022)

Al cierre del periodo analizado, J. mostraba avances relevantes en independencia funcional: se vestía solo, participaba en tareas domésticas y realizaba salidas breves utilizando bastón. Se observaron mejoras en autodeterminación, dado que empezó a asumir mayor protagonismo en decisiones sobre su vida cotidiana y proponer actividades significativas. La propuesta de coincidir con un amigo en la tienda de cómics mostraba un desplazamiento desde la intervención dirigida por la profesional hacia una participación más activa.

No obstante, persistían resistencias vinculadas al miedo a la caída y a la incertidumbre ante situaciones nuevas, lo que indicaba que la consolidación de la autonomía requiere continuidad y refuerzo progresivo. Del mismo modo, la reducción de apoyos por parte de la cuidadora exigió un reajuste en la dinámica familiar, revelando que la intervención no solo transforma la situación de la persona, sino también los equilibrios del sistema de cuidados.

En consecuencia, las líneas de continuidad se orientan a reforzar la autonomía en actividades básicas, ampliar gradualmente la participación comunitaria y seguir trabajando la gestión del miedo al exterior, evitando retrocesos asociados a la sobreprotección.

5.2. El caso de E.

E., mujer de 70 años, jubilada, soltera y sin hijos, vivía sola en un municipio de Alicante. Su familia más cercana vivía en otra localidad próxima. Presentaba movilidad reducida en el momento de acceso al programa. Se incorporó en marzo de 2020 por derivación de los Servicios Sociales municipales. En una primera visita domiciliaria conjunta entre la trabajadora social de atención primaria y la gestora de casos se presentó el programa y se formalizó su participación mediante consentimiento informado. En una segunda visita se inició la Valoración Integral (completándose por correo electrónico) y se comenzó a trabajar en su Historia de Vida. Tras decretarse el estado de alarma por COVID-19 el 15 de marzo de 2020, el seguimiento pasó a realizarse telefónicamente de forma quincenal. En mayo de 2020, con la vuelta a la intervención presencial, se inició el diseño y la implementación de su PAyPV.

En el momento inicial, su situación de salud limitaba significativamente la movilidad, impidiéndole salir del domicilio salvo para citas médicas. Necesitaba apoyo para actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD respectivamente). No obstante, gestionaba de forma autónoma su medicación y asuntos económicos.

Pasaba gran parte del día en un sillón, incluso durante la noche, debido a las dificultades para incorporarse de la cama. Contaba con una cuidadora privada para tareas domésticas y con apoyo puntual de una vecina. Tenía solicitada teleasistencia, sin respuesta en ese momento.

En el terreno personal, presentaba un alto nivel cultural, formación universitaria y una trayectoria profesional previa en servicios de telefonía y radio. Mantenía una capacidad decisoria clara y expresaba con firmeza sus opiniones. Sin embargo, la situación de dependencia había afectado a su autoconcepto y a su participación social. Manifestaba ansiedad asociada a la pérdida de movilidad y verbalizaba sentimientos de impotencia ante su situación.

5.2.1. Diagnóstico y demandas

La Valoración Integral y la Historia de Vida permitieron identificar como áreas prioritarias: independencia funcional, movilidad, accesibilidad del entorno físico, bienestar emocional y mantenimiento de actividades significativas. Las demandas iniciales se centraron en recuperar movilidad y poder salir del domicilio. Entre sus objetivos expresos se encontraban: levantarse de la cama con autonomía, caminar con mayor seguridad, ducharse sin ayuda, acudir a realizar compras y salir a pasear o desplazarse a otros municipios. La tabla 2 muestra en negrita las demandas, deseos y objetivos iniciales detectados tras la valoración inicial y, sin destacar, aquellos que emergieron durante el proceso de intervención.

Tabla 2. Demandas, deseos y objetivos. Caso 2: E.

	Hábitos o apoyos (corto plazo)	Futuro deseado (medio/largo plazo)
Funcionalidad, actividades cotidianas, accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibir asesoramiento y orientación en la ejecución de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. ▪ Modificar la disposición de los muebles para conseguir espacios sin obstáculos y prevenir caídas o golpes. ▪ Cambiar las patas de la cama por unas de mayor altura. ▪ Adquirir un alzador de WC, asideros y silla para la ducha. ▪ Colocar rampas para salir a la terraza y construir rampa de acceso al edificio (previo acuerdo comunidad de vecinos). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poder salir de casa para realizar actividades cotidianas o de ocio. ▪ Tener una vivienda accesible donde poder moverse con facilidad. ▪ Poder entrar y salir de su edificio sin ayuda.

<p>Actividades significativas diarias, ocasionales o periódicas deseadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Volver a encargarse del cuidado de sus plantas. 	<p>Recuperar aficiones o actividades que dejó de realizar por sus problemas de movilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salir a comer o cenar a otro pueblo. ▪ Organizar paseos por el mar. ▪ Almorzar en su terraza.
<p>Cuidado de la salud y del bienestar emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar ejercicios para la movilidad MMII, con apoyo de terapia ocupacional. ▪ Activar sesiones de fisioterapia para mejorar movilidad y fuerza. ▪ Recibir escucha activa y apoyo emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encontrarse más activa y ágil en su día a día.
<p>Otras</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Practicar la subida a un coche no adaptado. ▪ Cambio de cuidadora y reducir horas de esta. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poder ir en taxi a otros municipios. ▪ No necesitar el apoyo de otra persona en su día a día.

Fuente: Elaboración propia.

5.2.2. Intervención

Tras el periodo de seguimiento telefónico derivado de la pandemia, en mayo de 2020 se diseñó consensuadamente el PAyPV.

Fase 1: activación funcional y adaptación del entorno (2020-2021).

Las primeras actuaciones se centraron en la recuperación de la movilidad de miembros inferiores y en facilitar transferencias seguras. Se estableció la coordinación con fisioterapia, con sesiones semanales financiadas conjuntamente por el programa y Servicios Sociales, complementadas con ejercicios domiciliarios mediante bandas elásticas supervisados por la terapeuta ocupacional.

Paralelamente, se abordó la accesibilidad del entorno doméstico. Se redistribuyó el mobiliario para prevenir caídas, se instalaron rampas de madera para el acceso a la terraza y se modificó la altura de la cama para facilitar incorporaciones. Se incorporaron productos de apoyo (elevador de WC, asideros y silla antideslizante en ducha) en el domicilio. Estas decisiones fueron adoptadas de forma gradual, tras negociación con la propia E., quien inicialmente mostraba reticencia a algunas adaptaciones por su impacto simbólico en la percepción de autonomía. Todas estas adaptaciones le permitieron recuperar actividades significativas como almorzar en la terraza y cuidar sus plantas, reforzando su motivación hacia la mejora.

Fase 2: apertura al exterior y reajuste tras hito crítico (2021-2022).

La profesional de referencia gestionó una autorización municipal para la

instalación de una rampa en el portal, facilitando salidas al exterior. Asimismo, se practicaron transferencias a vehículos no adaptados para posibilitar el uso de taxi sin silla de ruedas, reduciendo barreras económicas y ampliando oportunidades de movilidad.

A principios de 2022, un ingreso hospitalario por COVID-19 produjo pérdida de tono muscular y retroceso funcional. Esto obligó a reformular temporalmente los objetivos del PAyPV, priorizando la recuperación de capacidades básicas antes que la ampliación de actividades comunitarias. Se intensificó la coordinación con fisioterapia para recuperar movilidad y prevenir mayor deterioro.

Durante todo el proceso, uno de los principales nudos críticos fue la resistencia inicial de E. a determinadas propuestas, incluyendo el cambio de cuidadora. La intervención profesional se orientó a respetar su capacidad decisoria, evitando imponer modificaciones no consensuadas. Esta estrategia de negociación progresiva supuso mayor lentitud en la implementación de algunas actuaciones, pero favoreció su aceptación y sostenibilidad posterior.

Las acciones de coordinación incluyeron seguimiento con Servicios Sociales municipales en relación con prestaciones y recursos domiciliarios, así como coordinación con podología, Cruz Roja y ortopedias locales.

5.2.3. Situación final (diciembre 2022)

Al cierre del periodo analizado, E. había mejorado su independencia funcional en actividades como vestirse, ducharse y levantarse de la cama. Estas mejoras repercutieron positivamente en su seguridad y bienestar emocional. La utilización autónoma del WC tras la instalación del elevador constituyó un hito relevante, no solo funcional sino simbólico, al reforzar su percepción de dignidad y control sobre su cuerpo.

Las adaptaciones realizadas en el domicilio y en el acceso al edificio facilitaron la salida al exterior y los desplazamientos en taxi, ampliando sus posibilidades de participación social. Asimismo, la mejora funcional permitió reducir progresivamente las horas de cuidadora, llegando a prescindir de apoyo los fines de semana, lo que indica un reajuste en el sistema de apoyos.

No obstante, el proceso puso de manifiesto la vulnerabilidad de los avances ante eventos de salud sobrevenidos, como el ingreso hospitalario, que generó un retroceso temporal y obligó a reorientar prioridades. Asimismo, la resistencia inicial a determinados cambios mostró la tensión entre la propuesta técnica y la vivencia subjetiva de autonomía, subrayando la necesidad de intervenciones basadas en la negociación y el respeto a los ritmos personales.

Las líneas de continuidad se orientan a consolidar la autonomía en ABVD y AIVD, ampliar progresivamente la participación comunitaria y reforzar la confianza en la movilidad exterior, evitando que el miedo a recaídas limite los avances logrados.

6. Conclusiones

Los casos analizados permiten extraer aprendizajes transferibles sobre la aplicación del MAICP mediante la metodología de GdC en contextos de fragilidad, soledad o dependencia. Más allá de los resultados individuales, la experiencia aporta claves operativas y organizativas relevantes para la práctica profesional.

6.1. Aportaciones de la metodología en la práctica real

La intervención muestra que la combinación de Valoración Integral, Historia de Vida y PAYPV permite reorientar situaciones de pérdida de control hacia procesos de recuperación de autonomía y participación. Los apoyos desplegados no se limitaron a la cobertura de necesidades básicas, sino que se orientaron a reforzar autodeterminación, vínculos sociales y presencia comunitaria.

Un elemento diferencial fue la figura profesional de referencia, quien actuó como eje de coordinación y continuidad, articulando recursos ya existentes en el entorno y evitando respuestas fragmentadas. La flexibilidad del MAICP facilitó la adaptación del plan ante cambios sobrevenidos, garantizando la coherencia entre preferencias personales y apoyos activados. Los casos destacan que la fragilidad funcional no implica necesariamente la renuncia a una vida con sentido cuando la intervención se centra en capacidades, deseos y proyectos de vida.

6.2. Nudos críticos y estrategias profesionales

La implementación del modelo no estuvo exenta de dificultades. La resistencia inicial al cambio, la ambivalencia ante apoyos formales o los retrocesos derivados de eventos de salud obligaron a reformular objetivos y tiempos.

Una lección clave es que la sostenibilidad de los cambios depende más del consentimiento y apropiación progresiva que de la rapidez en su ejecución. La negociación, el respeto a los ritmos personales y la reformulación continua del plan se revelan como estrategias más eficaces que la imposición técnica.

Asimismo, los retrocesos funcionales pusieron de manifiesto la necesidad de planes flexibles, con capacidad de priorizar objetivos básicos cuando la situación lo requiere. La continuidad profesional y la coordinación interservicios resultaron determinantes para evitar descompensaciones mayores o institucionalizaciones innecesarias.

6.3. Implicaciones organizativas y de sistema

Desde una perspectiva organizativa, la GdC vinculada al MAICP muestra potencial para mejorar la eficiencia del sistema sin requerir gran-

des inversiones estructurales. Su valor reside en la activación y coordinación de recursos ya disponibles, reduciendo usos inadecuados de servicios sanitarios y sociales y reforzando la permanencia en el entorno comunitario.

La existencia de una figura profesional transversal, no adscrita a una única disciplina, facilita respuestas integrales y evita la fragmentación característica de carteras rígidas e incompatibles. Este enfoque contribuye a la sostenibilidad de los cuidados de larga duración al situar a la persona en el centro y ajustar los apoyos a su evolución.

Desde la perspectiva del trabajo social, la GdC vinculada al MAICP refuerza competencias nucleares de la disciplina: valoración integral, intervención centrada en la persona, mediación, coordinación interprofesional y activación comunitaria. Lejos de limitarse a la tramitación de recursos, el rol profesional se redefine como acompañamiento estratégico y ético en procesos de cambio, combinando análisis técnico y construcción de vínculo. Este enfoque contribuye a reposicionar el trabajo social como agente clave en la transformación de los cuidados de larga duración, superando modelos asistencialistas y fragmentados.

Además, la experiencia refuerza el trabajo interdisciplinario. En los casos analizados, la coordinación entre trabajo social y terapia ocupacional resultó especialmente relevante: mientras la GdC garantizaba continuidad, articulación comunitaria y coherencia del plan, la terapia ocupacional aportó evaluación funcional, entrenamiento en actividades de la vida diaria y adaptación del entorno físico, elementos determinantes para la autonomía.

Referencias bibliográficas

- Bascompte, Dolores; Laborda, Mercedes, y Carme Sabater, María Carmen. (2015). Atención integral centrada en la persona. *Revista de Treball Social*, 206, 108-113.
- Bermejo García, Lourdes (Coord.). (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: Guía de buenas prácticas*. Editorial Médica Panamericana.
- Blanco, Mercedes. (2011). El enfoque del curso de la vida: orígenes y desarrollo. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 5(8), 5-31. <https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i1.n8.1>
- Bonafont, Ana. (2020). *Guía N° 5: Atención centrada en la persona: Historia de Vida y Plan Personalizado de Atención y de Apoyo al Proyecto de Vida*. Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código deontológico de trabajo social*. Recuperado 14 mayo 2026, de https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico

- Fantova, Fernando. (2008). *Sistemas públicos de servicios sociales: Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Fernández García, Tomás, y Ponce de León Romero, Laura. (2019). *Trabajo social individualizado: metodología de intervención*. Alianza Editorial.
- García Navarro, José Antonio. (2022). La atención integral e integrada sociosanitaria. Cambios necesarios en los sistemas de atención. En Pilar Rodríguez Rodríguez, Antoni Vilà Mancebo y Clarisa Ramos-Feijóo (Coords.), *La atención integral y centrada en la persona. Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyos y cuidados* (p. 137-147). Tecnos.
- Leichsenring, Kai; Billings, Jenny, y Nies, Henk. (2013). *Long-term care in Europe: Improving policy and practice*. AIAA.
- Librada Flores, Silvia; Herrera Molina, Elena; Díaz-Veiga, Pura, y Rodríguez Rodríguez, Pilar. (2014). La coordinación sociosanitaria en el modelo de atención integral y centrada en la persona. En Pilar Rodríguez y Antoni Vilà Mancebo (Coords.), *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad* (p. 185-208). Tecnos.
- Martínez-Buján, Raquel, y Vega Solís, Cristina. (2021). El ámbito comunitario en la organización social del cuidado. *Revista Española De Sociología*, 30(2), a25. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.25>
- Ramos-Feijóo, Clarisa. (2014). Intervención comunitaria desde el MAICP. Participación social de las personas adultas mayores y las personas con diversidad funcional. En Pilar Rodríguez Rodríguez y Antoni Vilà Mancebo (Coords.), *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad* (p. 209-232). Tecnos.
- Rodríguez Rodríguez, Pilar. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pílares para la autonomía personal.
- Sarabia Sánchez, Alicia. (2007). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria*, 42, 7-17.
- Schalock, Robert, y Verdugo, Miguel Ángel. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. American Association on Mental Retardation.