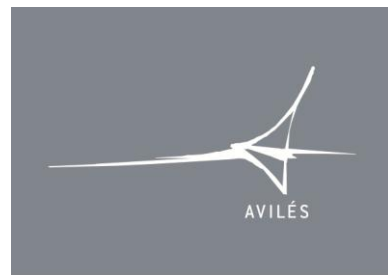


---

# BUENAS PRÁCTICAS MODELO Y AMBIENTE

---

**INTERVENCIÓN PROACTIVA con  
PERSONAS MAYORES de 85 AÑOS que  
RESIDEN SOLAS en el MUNICIPIO de  
AVILÉS**



---

Begoña Gutiérrez Álvarez. Responsable del Programa de  
Inclusión Social y Comunitaria. Concejalía de Servicios  
Sociales del Ayuntamiento de Avilés (Asturias)

---



**ÁMBITO DE ACTUACIÓN:** Servicios o programas de atención o intervención

**LUGAR:** Municipio de Avilés. Principado de Asturias

**GRUPO DE POBLACIÓN AL QUE SE DIRIGE:** Personas mayores de 85 años que residan solas y que no hayan tenido ningún contacto con los Servicios Sociales Municipales.

1

## OBJETIVOS

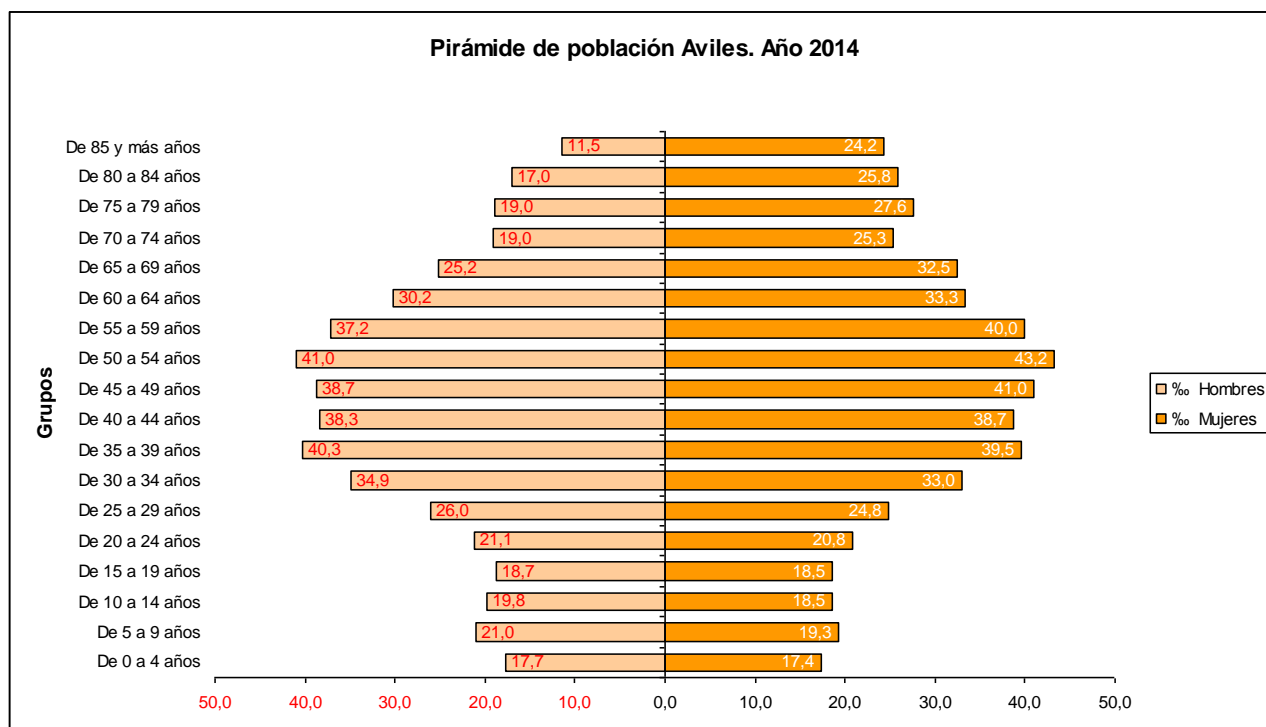
Objetivo general: Conocer la situación de las personas mayores de 85 años que residen solas y que no han tenido contacto con los Servicios Sociales, al objeto de valorar con ellas posibles recursos asistenciales, comunitarios, de ocio, etc. que mejoren su calidad de vida, promuevan la participación social y coadyuven a facilitar la permanencia en su medio.

Objetivos específicos

- Informar de los servicios y recursos que están a disposición de los usuarios/as.
- Detectar posibles carencias y necesidades no cubiertas.
- Orientar a los usuarios/as hacia recursos sociocomunitarios si procede.
- Contribuir al bienestar y calidad de vida de las personas mayores, tratando de contrarrestar su deterioro cognitivo, funcional y/o emocional.
- Colaborar en el mantenimiento de las personas mayores en la comunidad en las mejores condiciones posibles.
- Detectar precozmente las disfunciones sociales e intervenir sobre los factores de riesgo biopsicosociales que conducen al deterioro y aislamiento de los usuarios/as.
- Promover el autocuidado y autonomía de los usuarios/as.
- Realizar actividades de educación para la salud e integración social con los propios usuarios/as.
- Mejorar la acción profesional con este sector de la población.

## DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO, METODOLOGÍA Y FASES DEL PROYECTO

Asturias es la comunidad autónoma española con la mayor tasa de envejecimiento de la población y Avilés, por su parte, cuenta ya con una población mayor de 85 años de 2.803 personas, un 3,38 % de la población total de la ciudad (83.014 habitantes).



Fuente: Padrón Municipal 01-01-2014. Elaboración: Observatorio Socioeconómico de Avilés

De las 2.803 personas mayores de 85 años que residen en el municipio de Avilés, 279 (un 9%), viven solas y nunca han tenido contacto con los Servicios Sociales municipales. Estas 279 personas que viven solas constituyen la población diana del presente programa y se les remite una carta informativa en cuanto a que se les visitará, siempre contando con su aceptación, ya que se trata de que la implementación del programa sea lo más respetuosa y menos invasiva posible para las personas usuarias.

El programa está diseñado para detectar y dar cobertura a estas personas de manera integral desde un enfoque interdisciplinar, ya que incorpora disciplinas distintas pero complementarias (trabajo social, integración social, animación sociocultural y terapia ocupacional), y se lleva a cabo en coordinación con todos los recursos pertinentes en el municipio.

### Beneficiarias/os

Las personas beneficiarias del programa han sido aquellas personas mayores con una edad igual o superior a 85 años que, tras cruzar el listado facilitado al efecto por el Padrón municipal con la aplicación GUIAS<sup>1</sup>, se constata que no son usuarias de los

<sup>1</sup> Gestión Unificada de la Información para la Acción Sociolaboral. Base de datos informática utilizada por diferentes servicios del Área de Bienestar Social (Servicios Sociales, Formación y Empleo, Igualdad, Promoción Empresarial y Centro de Atención a <sup>1</sup> Personas sin Hogar).



### Servicios Sociales.

Los beneficiarios indirectos de la aplicación del programa son, por un lado los Servicios Sociales del municipio, que lograrán cumplir su cometido en una mayor proporción al integrar en su red de atención a este porcentaje de la población que no lo estaba. Por otro lado, las/os propios profesionales de la atención social, al adquirir nuevos conocimientos para mejorar la acción profesional con este sector de la población y abrir nuevos horizontes para la intervención con personas mayores.

### Fases

a) Presentación del proyecto al servicio (Servicios Sociales), al Área de Bienestar Social del Ayuntamiento y a otros: Centros de Día de Mayores, Centros de Salud y departamentos de trabajo social de los dos hospitales de la ciudad. Se da a conocer a la ciudadanía a través de rueda de prensa y posterior publicación en los diarios regionales.

b) Elaboración de herramientas de trabajo:

- Carta de presentación.
- Cuestionarios de evaluación.
- Plantillas de diagnóstico e informe.
- Bases de datos para verter los resultados obtenidos.

c) Envío de carta de presentación a las posibles personas beneficiarias y creación de dos líneas telefónicas específicas para este programa.

d) Llamada telefónica al usuario o persona de contacto unos días antes al señalado para la primera visita. A las primeras visitas han ido acompañadas por técnicas de Servicios Sociales.

e) Grabación en GUIAS de la información relativa a la persona usuaria, así como un informe en caso de que no se realizara ninguna intervención con éste.

f) Análisis de cada caso visitado para valorar su situación, estudiar las posibles necesidades y planificar una segunda visita, en caso de ser necesaria, a fin de derivar a su unidad de trabajo social (UTS en adelante) o iniciar tareas de acompañamiento. Este apartado del proyecto (segunda visita) se llevará a cabo únicamente en caso de que se detecte necesidad de atención o recurso.



g) Segunda visita en caso de que, una vez analizada la situación, se valorara algún tipo de seguimiento o tramitación de recurso. En esta segunda visita se informará ampliamente a la persona y se le derivará a su UTS para tramitar el recurso correspondiente.

h) Se facilita a todas las personas un imán con los datos del centro de Servicios Sociales que les corresponde por domicilio (Avilés cuenta con 4 UTS y una central donde se ubican Jefatura, Programas y Administración).

i) Evaluación del proyecto.

j) Elaboración de la memoria del proyecto.

#### Metodología

Intervención proactiva dirigida a personas mayores que residan en el municipio de Avilés, tengan una edad igual o superior a 85 años, vivan solos y no hayan tenido nunca contacto con los Servicios Sociales municipales.

Se trata de evaluar la calidad de vida de esta población diana utilizando los siguientes indicadores:

- los ingresos económicos
- las condiciones de la vivienda o la seguridad personal
- el estado funcional
- la salud
- el estado cognitivo
- el ocio
- las relaciones sociales
- la valoración subjetiva que hace la persona usuaria de su propia vida

Para alcanzar los objetivos propuestos en el proyecto se realizarán las siguientes actuaciones:

- Obtención de información mediante el análisis, por parte de las profesionales responsables del proyecto, de todos los posibles recursos a los que puedan tener derecho los beneficiarios de este programa.
- Comunicación, mediante carta, a la población diana comunicándoles la puesta en marcha del programa y su finalidad, e informándoles de la visita de personal municipal a su domicilio.



- Realización de visitas domiciliarias a todas las personas que las hayan aceptado expresamente, a fin de recabar información mediante la observación directa para detectar necesidades, percibidas como tales por la persona o no.
- Realización de una entrevista semiestructurada, cumplimentación de los cuestionarios social y ocupacional e información a los usuarios/as de los recursos a su disposición. En caso de que el usuario no acepte la visita a domicilio se intenta que responda a la entrevista telefónicamente.
- Valoración de cada situación individual, detectando posibles necesidades en su vida diaria para su orientación a recursos disponibles o, en su caso, derivación a la UTS correspondiente para la tramitación de recursos.
- Elaboración de un diagnóstico y preparación de planes de actuación para atender a las necesidades existentes. En casos precisos se coordinarán actuaciones con otros organismos ajenos a servicios sociales, tanto públicos como privados.
- Seguimiento periódico tanto de la persona como de los diferentes recursos de los que pueda ser beneficiaria, dependiendo de cada situación.
- Elaboración de una memoria evaluativa del proyecto.

### TEMPORALIZACIÓN

La duración del programa ha sido de 6 meses, desarrollándose desde el 17 de junio hasta el 16 de diciembre de 2013.

### RECURSOS

Los recursos humanos los proporciona el Ayuntamiento de Avilés, mediante la contratación de tres técnicas: Trabajadora Social (6 meses), Terapeuta Ocupacional (6 meses) y técnica de integración social (3 meses) procedentes del Plan de Empleo municipal del año 2013. Estas técnicas han estado supervisadas por el Programa de Inclusión Social y Comunitaria del Ayuntamiento de Avilés.

Asimismo, se cuenta con la colaboración del personal de las cuatro UTS de Servicios Sociales existentes en Avilés.

En el aspecto relacional y ante situaciones de soledad y aislamiento se ha contado también con jóvenes participantes en un curso de Animación Sociocultural promovido por la Concejalía de Juventud, que han elegido realizar las prácticas con personas mayores y lo han hecho en el domicilio de las interesadas.



En cuanto a los recursos materiales, las técnicas han estado ubicadas en la central de los Servicios Sociales, lugar donde se les facilitó un despacho y un punto informático para cada una de ellas, así como el uso de un vehículo municipal para efectuar las visitas domiciliarias.

Creación de puestos de trabajo estables: 0

Creación de puestos de trabajo durante la implementación: 3

## EVALUACIÓN

Ha sido un proceso de evaluación continua, modificando el desarrollo del mismo según se han ido detectando necesidades.

1. Observación, de manera continua durante toda la fase de ejecución del proyecto.
2. Evaluación grupal al final de la implementación del proyecto en la que se valora su idoneidad, su validez para la consecución de los objetivos, su desarrollo y aplicación práctica, su sostenibilidad y sus posibilidades de continuidad por parte de las personas implicadas en el mismo.

## RESULTADOS

Los objetivos se han cumplido al 100% visitando a todas aquellas personas que han accedido, e informando / derivando hacia recursos del territorio.

Se ha abierto historia a 58 de las personas visitadas interesadas principalmente en Valoración de dependencia, Teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio y Voluntariado.

### Cobertura

Personas objeto de estudio	Personas escrutadas		Visitadas		No nos necesitan		Entrevistadas		No solas		No localizadas		Fallecidas	
279	279	100%	210	75,3%	86	30,8%	59	21,1%	43	15,4%	48	17,2%	9	3%
Hombres	61		41		23		10		6		12		1	
Mujeres	218		169		63		49		37		36		8	



Esta intervención se diferencia de las actuaciones que generalmente se hacen desde Servicios Sociales, por su carácter **preventivo** y proactivo.

No se espera que la demanda por parte de un usuario, familiar o vecino llegue al Servicio, sino que previamente se acude al domicilio de la persona mayor, se le informa, se valora su situación, se le acompaña si lo precisa y consensúan los recursos más adecuados. En caso de que la situación actual de las personas no precise ningún tipo de intervención, éstas van a estar informadas de los apoyos que pueden tener en un futuro en caso de ser necesarios y dónde pueden dirigirse.

Durante la ejecución del programa hemos podido constatar la buena situación general de nuestras personas mayores. No se ha encontrado a nadie absolutamente solo, aunque sí algunos con sensación de soledad; todos/as tienen en mayor o menor medida a alguien que se preocupe por ellas, generalmente hijos/as que residen en las cercanías. No obstante, sí se han detectado 6 situaciones de riesgo moderado. Estos casos han sido informados a la UTS de referencia por si procede una intervención de oficio, la demande o no la persona o familia.

En el resto de beneficiarias se han detectado diferentes situaciones de necesidad, observadas en la intervención o expresadas por ellas, una común a todas ellas era la falta de información acerca de los Servicios Sociales municipales (situación de los centros, servicios y recursos que prestan...), así como los servicios y recursos a los que podrían tener acceso y las condiciones que deberían cumplir para ello. También desconocen en general que el acceso a los Servicios Sociales y el disfrute de los recursos son un derecho y persiste una asociación entre servicios sociales y beneficencia.

Encontramos también que el 27,5% de las personas entrevistadas necesitan ayuda en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, y el 34,4% de las mismas necesitan ayuda en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria.

Uno de los aspectos que se ha tenido presente durante todo el proyecto es el de no crear necesidades que posteriormente no sea posible asumir, por lo que se incidió en la utilización de recursos normalizados y estables, orientando a las personas a sus centros de referencia, que eran los que facilitaban toda la información o la tramitación de recursos. También se ha tenido en cuenta la continuidad, que no sea una experiencia aislada. De hecho esta es la segunda fase de un proyecto iniciado en 2010 en el que se abordó la situación de las personas mayores de 90 años y la idea es





utilizar los planes de empleo anuales para continuar en esta línea: nuestro próximo objetivo son los matrimonios o parejas en las que convivan dos personas mayores de 85 años.

## FINANCIACIÓN

Las técnicas asignadas al proyecto han sido contratadas dentro del Plan de Empleo Municipal una vez que desde nuestro servicio se definieron los perfiles profesionales que precisamos.

## CONCLUSIONES

continuidad, recursos comunitarios

Este proyecto se considera una buena práctica en el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona, en primer lugar, por su **carácter preventivo** con el fin de mantener la **autonomía** y la **independencia** de las personas mayores de 85 años que permanecen viviendo en sus domicilios porque así lo desean.

Se valora favorablemente este tipo de proyectos, ya que se llega a un grupo de población en principio muy vulnerable y que en la mayoría de los casos llegarían al Servicio cuando ya existiera alguna situación de dependencia o de riesgo, y no previamente.

En segundo lugar, el proyecto se apoya en la dimensión de **integralidad** del modelo, al contar con un equipo multidisciplinar y al planificar las intervenciones desde los diferentes ámbitos que pudieran demandarse (recursos sociales, culturales, etc.). Asimismo, se constituye en intervenciones continuadas, es decir, continuidad de información, en la gestión de servicios y recursos, y relacional, uno de los principios en lo que se basa el modelo: **continuidad en la atención**.

Por último, el proyecto es **transferible**, pues utiliza los recursos existentes en la comunidad, sin crear nuevos dispositivos no sostenibles en el tiempo, y fomenta la creación de empleo, aunque sea de carácter temporal.



## ENLACES Y ANEXOS

Anexos:

<http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/BP37ProactivaAvil%C3%A9sAnexos.pdf>

- Anexo 1: Pegatina-imán con información de cada Zona Básica de Servicios Sociales municipales
- Anexo 2: Carta de Servicios Sociales
- Anexo 3: Herramientas de trabajo:
  - a) Protocolo de valoración ocupacional
  - b) Protocolo de evaluación ocupacional
  - c) Agenda de visitas
  - d) Evaluación Social
  - e) Informe Social
- Anexo 4: Nota de prensa
- Anexo 5: Publicación en prensa
- Anexo 6: Carta informativa a beneficiarios
- Anexo 7: Carta informativa a colaboradores
- Anexo 8: Carta devolución a beneficiarios