



Nuestra meta es seguir juntos

Protocolo de coordinación socio sanitaria para la atención a **personas mayores que viven solas en Molina de Segura**



PROTOCOLO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES QUE VIVEN SOLAS EN MOLINA DE SEGURA

© Ayuntamiento de Molina de Segura
Concejalía de Bienestar Social, 2024

Diseño e impresión: Nextcolor

Patrocinan



Colaboran



*Juntarse es un comienzo.
Seguir juntos es un progreso.
Trabajar juntos es un éxito.*

Henry Ford.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	9
2. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	13
3. CONCEPTO Y FACTORES DE RIESGO DE SITUACIONES DE SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES	17
4. MARCO NORMATIVO	19
5. OBJETIVOS	21
6. POBLACIÓN DIANA	23
7. METODOLOGÍA PARA IMPLEMENTAR EL PROTOCOLO	25
Sensibilización a los profesionales y a la ciudadanía.....	26
Detección de casos y valoración inicial.....	27
Valoración social.....	29
Plan Individual de Intervención y seguimiento.....	30
8. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO	35
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	41
Anexo I. Factores de riesgo	41

Anexo II.	Escala Este II de valoración de la Soledad Social.....	42
Anexo III.	Plan Individual de Intervención.....	44
Anexo IV.	Diagrama de la metodología para la implementación del protocolo.....	48
Anexo V.	Diagrama de la aplicación del protocolo en el Centro de Servicios Sociales.....	49
Anexo VI.	Diagrama de la aplicación del protocolo en los Centros de Salud.....	50
Anexo VII.	Recursos sociales	51

1. INTRODUCCIÓN

El sistema de atención social y el de atención sanitaria, conforman dos pilares fundamentales del estado de bienestar. El trabajo coordinado entre ambos sistemas es el conjunto de actuaciones encaminadas a dar una respuesta integral a las necesidades de atención socio-sanitaria de las personas, sobre todo de aquellas en situación de especial vulnerabilidad. Atención que se presta con independencia de las competencias de cada sistema.

La atención sociosanitaria responde a la necesidad de trabajar de forma complementaria y multidisciplinar situaciones de necesidad de cuidados. Para ello se necesita un equipo centrado en la atención a la persona y con orientación a un abordaje holístico de necesidades biopsicosociales que intente promover la autonomía de la persona, su calidad de vida y su autocuidado. El reto es la atención individualizada a la persona en su entorno comunitario y familiar, buscando la mejora de la atención con la mayor eficiencia de los recursos sociosanitarios.



El envejecimiento se define como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto a la población total. Sin embargo, desde una perspectiva sociológica el concepto de envejecimiento tiene dos vertientes: una personal y otra colectiva o social. Respecto a la primera, hablamos de la conjugación de variables biológicas, culturales y psicológicas. Respecto a la segunda, está vinculada al proceso natural del paso del

tiempo por el conjunto de miembros de una sociedad, la historicidad de una sociedad que está sujeta a un cambio o proceso social (Radcliffe-Brown) o el “devenir generacional” (Mannheim) (Sánchez Vera, 1997). Hoy en día es difícil determinar la edad en la que una persona se considera mayor porque el proceso de envejecimiento para cada persona es distinto, aunque la edad de 65 años es la aceptada como umbral para designar estadísticamente a una persona como mayor.

La sucesión de cambios que tienen lugar durante la etapa del envejecimiento: el fin de la vida laboral, el cambio de participación en la vida social, cambio de estado civil –viudedad–, pérdidas, y otros puede llevar a las personas mayores a sentirse solas, independientemente de que estén rodeadas de otras personas o no.

El aumento de la esperanza de vida es un logro social, vivir más años y que estos sean de calidad para que las personas mayores puedan vivir dignamente, con seguridad, decidiendo cómo desean hacerlo y que se respeten sus derechos, lo que plantea un reto a la sociedad al que es necesario dar respuesta. Las administraciones públicas, con la participación de la sociedad, deben favorecer acciones en el contexto comunitario para atender a las personas mayores, permitiendo que puedan vivir de forma independiente el mayor tiempo posible.

En definitiva, el aumento de la esperanza de vida, los cambios sociales y los cambios en la estructura familiar hacen que cada vez sean más y durante más tiempo las personas mayores que prefieren o tienen que vivir solas, incluso cuando necesitan cuidados.

El Ayuntamiento de Molina de Segura está especialmente sensibilizado con la atención y cuidado de las personas mayores que viven en el municipio, al tratarse de un colectivo numeroso que requiere de actuaciones encaminadas a su protección social. Resultado de esto, son las actuaciones realizadas desde 2016 con la creación de la Unidad de Mayores con el objetivo general de mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de

actividades que fomenten el envejecimiento activo. Desde su nacimiento, la Unidad de Mayores se ha convertido en una herramienta de apoyo a todos los Centros de Mayores en su gestión administrativa y organizativa, ofreciendo un servicio que está propiciando una mejor dinamización de estos centros. El trabajo realizado con el colectivo de las personas mayores del municipio merece ser profundizado mediante la atención y cobertura de las necesidades específicas de las personas mayores que viven solas.

La pandemia de Covid-19, durante el año 2020, ha servido para tomar mayor conciencia de la existencia de grupos vulnerables cuya situación pasaba a ser de alto riesgo debido a sus efectos (miedo, disminución de las relaciones sociales, riesgo de mayor aislamiento, entre otros), entre ellos, el colectivo de personas mayores que viven solas. Así, la Concejalía de Bienestar Social del Ayuntamiento de Molina de Segura, durante el periodo del Covid-19, estableció un plan de contingencia social



para minimizar el impacto de la crisis por el Covid-19 definiendo medidas sociales para todos los colectivos sociales, entre ellos el colectivo de personas mayores y dependientes, siendo una de las medidas “Valoración y control del riesgo y/o vulnerabilidad de las personas mayores que viven solas, a través de atención y seguimiento telefónico a todas las personas mayores del municipio, para confirmar si vive solo, valorar la aplicación de recursos y/o seguimiento por situación de soledad o aislamiento y ejercer las medidas de protección y seguridad que correspondan”. El desarrollo de esta medida derivó en junio de 2020 en la implantación del “*Proyecto te Acompañamos. Identificación de riesgos y necesidades e intervención para personas mayores de 65 años que viven solas en el municipio de Moli-*

na de Segura”, cuyos destinatarios/as fueron todas las personas mayores de 65 años que viven solas en el municipio de Molina de Segura, independientemente de si son usuarias o no de los Servicios Sociales municipales. Por este motivo, y para arrojar luz a los objetivos del proyecto, la Concejalía de Bienestar Social puso en marcha la realización de “*Estudio de situación de las personas mayores que viven solas en el municipio de Molina de Segura*” (www.molinadesegura.es), y a continuación la redacción del primer borrador del Proyecto “*Te acompañamos. Protocolo de Soledad*” que detecta los casos de soledad no deseada en personas mayores que permitirá el desarrollo del Protocolo de Coordinación Sociosanitaria para la atención a Personas Mayores que viven solas y el Proyecto Contigo.

El citado “Proyecto te acompañamos”, de la Concejalía de Bienestar Social y Mayores, no contemplaba la atención que los centros de salud prestan a sus destinatarios ni la coordinación entre el sector sanitario y el de bienestar social. Por otro lado, la Comisión de Salud Comunitaria, en la reunión celebrada en junio de 2022, acordó centrar su atención en grupos de población más vulnerable que precisan de una atención específica y prioritaria. Se identificó como grupo de población en riesgo a las personas mayores que viven solas, en muchas ocasiones de forma no deseada y frecuentemente con enfermedades crónicas y la necesidad de abordar su atención integral mediante la coordinación de los servicios sanitarios del municipio y los de bienestar social .

Así pues, surgió el presente protocolo que se propone precisamente para garantizar la coordinación entre los profesionales de los centros de salud y los de bienestar social, constituyendo una herramienta fundamental para tratar, paliar y actuar ante situaciones de soledad de las personas mayores, especialmente cuando se den factores de riesgo personales, familiares o ambientales. Y, también promueve en las personas mayores la inclusión activa en la comunidad e impide su aislamiento social.

2. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Molina de Segura cuenta con una población muy joven, incluso en comparación con el conjunto de la Región de Murcia, una de las Comunidades Autónomas más jóvenes de España. El porcentaje de personas mayores de 65 años en Molina de Segura es el 14,05% (año 2023), siendo en la Región de Murcia el 16,11% y en España el 20,14%. El citado porcentaje presenta una tendencia ascendente y si bien en porcentaje es menor al del entorno, no excluye, que también en Molina de Segura ésta población deba ser objeto de atención específica para identificar grupos vulnerables necesitados de atención prioritaria.



Evolución del porcentaje de mayores de 65 años en Molina de Segura 2016-2022

Mayores de 65 años	% Molina de Segura
2016	11,68
2017	11,91
2018	12,26
2019	12,56
2020	12,78
2021	13,10
2022	13,37

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

2023	Población + 65 años	% Población +65 sobre el total municipal	Población + 80 años	%Población +80 sobre el total municipal	% Población + 80 sobre el total + 65 años
	10.990	14,05%	2.636	3,37 %	23,98

Fuente: Padrón Municipal Habitantes, Molina de Segura, datos sin verificar por INE

Las personas mayores se encuentran particularmente expuestas a eventos que suelen acarrear una enorme transformación en sus relaciones sociales haciéndolas más vulnerables a la soledad. La soledad en personas mayores tiene como consecuencia una mayor probabilidad de padecer mala salud, de sufrir una enfermedad crónica y de presentar sentimientos de desesperanza (Tomstad et al., 2017). La soledad en sí misma es un factor de riesgo tanto para la aparición de enfermedades físicas y mentales como para su mala evolución (Palma-Ayllón, et al., 2021). Es causa de trastornos psicológicos como nerviosismo y angustia (Dahlberg et al., 2018),

depresión y fragilidad física (Gale et al., 2018), y es un factor predictivo de deterioro cognitivo (Donovan et al., 2017). El sentimiento de soledad se asocia también con peores estilos de vida (sedentarismo, alcohol, tabaco y mala alimentación) y un mayor riesgo de mortalidad (Hanson, 1994) (Lotcher et al., 2005). Además, el abordaje de la soledad desde la Atención Primaria de Salud ha sido objeto de revisión y de propuestas de actuación basadas en evidencias (Gené-Badía et al., 2016).



Durante el año 2022 se realizó el “*Estudio de situación de las personas mayores que viven solas en el municipio de Molina de Segura*”, mediante la aplicación de un cuestionario para conocer los riesgos y necesidades del colectivo de personas mayores de 65 años que viven solas valorando cada situación individual e identificando los riesgos y necesidades para su orientación a recursos disponibles. A partir de los datos que arroja el estudio se concluye que los factores que inciden en el riesgo o vulnerabilidad de las personas mayores que viven solas son: la enfermedad, la falta de apoyo, el aislamiento, la escasez de recursos materiales y económicos y las limitaciones en su autonomía personal. Sin embargo, estos factores no son predominantes en la población mayor y sola del municipio de Molina de Segura. El estudio refleja que la mayor parte de las personas mayores que viven solas en el municipio de Molina de Segura se sienten acompañadas, mantienen un contacto regular con sus familiares y amigos, y las redes de apoyo son suficientes como para alejar ese factor de vulnerabilidad (el 60% de los encuestados afirma no necesitar más contactos sociales de los que ya tiene). Sin embargo, y pese a la alta participación en la vida social y comunitaria de los mayores en el municipio (39,04%), se observa que



a un 36,33% de las personas entrevistadas (121 personas de las 333 entrevistadas) les gustaría tener un mayor contacto o reclaman orientación y recursos municipales que les permitan tener una mayor calidad de vida y un envejecimiento activo y saludable. Se aprecia que la soledad incide como un factor de riesgo cuando la persona sola comparte varias de las causas que afectan directamente a la calidad de vida en la vejez, por lo que las personas solas cuyas redes de apoyo son más débiles (10,51%), su salud está más deteriorada (30,13%), tienen escasez de recursos económicos o materiales (36,34%),

una mayor limitación en su autonomía personal y menor acceso a recursos municipales tienen una mayor probabilidad de ser personas vulnerables ante la soledad no deseada (Ayuntamiento de Molina de Segura, 2022).

Ante esta situación, y pese a la ausencia de alarma social ante la realidad municipal de la soledad en personas mayores, se encuentra más que justificado continuar con la implantación de herramientas que incorporando la coordinación sociosanitaria ayuden a paliar y prevenir los efectos de la soledad, considerada como una situación multicausal en una población cada vez más numerosa.

3. CONCEPTO Y FACTORES DE RIESGO DE SITUACIONES DE SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES

La soledad no es un fenómeno ligado a una etapa concreta de la vida, bien es cierto que en la persona mayor es donde más prevalece, por diversos factores personales, familiares y ambientales. El proceso de deterioro que causa envejecer produce sentimientos de inutilidad, improductividad, carga y aislamiento, apoyado por los prejuicios y estereotipos sociales, afectando directamente en la propia salud mental de las personas mayores, y generando sensaciones de soledad.





La soledad afecta directamente a la calidad de vida en la vejez, cuando concurren varios de los factores de riesgo referidos a continuación. En el diseño de este Protocolo se tienen en cuenta los factores de riesgo recogidos en la siguiente figura:

Factores de riesgo de situaciones de soledad en personas mayores (Anexo I)



Fuente: Adaptado de la Junta de Andalucía (2021).

4. MARCO NORMATIVO

Para el desarrollo del presente protocolo es clave conocer la principal normativa de referencia, y es la siguiente:

- La **Constitución Española** en su **artículo 50** refiere que los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad.
- El **Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia en su artículo 10, uno,18** refiere como competencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia la “Asistencia y bienestar social. Desarrollo comunitario. Política infantil y de la tercera edad...”.



- **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia** que se inspira en el principio de la colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios.
- **Libro Blanco del Envejecimiento Activo, 2011, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales** concluye que promover la coordinación sociosanitaria es un objetivo permanente y prioridad política y asistencial para el envejecimiento activo de la población.
- **Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia** refiere que la Administración Pública entre sus fines tiene “procurar la integración y mejorar la calidad de vida de las personas en situación de vulnerabilidad y/o riesgo de exclusión social, así como de las personas mayores y con discapacidad, ...”



5. OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Promover la atención integral (sociosanitaria) centrada en las personas mayores que viven solas.
- Favorecer la promoción de un envejecimiento activo, mejorando la calidad de vida y el bienestar emocional.
- Desarrollar la coordinación y cooperación mutua entre los Equipos de Atención Primaria y los Servicios Sociales Municipales para la atención integral biopsicosocial de las personas mayores que viven solas.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar a los profesionales del Centro de Servicios Sociales y a los profesionales sanitarios de ambos Centros de Salud del municipio sobre la situación de riesgo que conlleva en sus pacientes el hecho de vivir solos/as.
- Detectar personas mayores de 65 años en situaciones de soledad no deseada, comprender y dar respuesta a sus necesidades con el máximo respeto hacia la diversidad individual, en beneficio de la calidad de vida y la mejora del bienestar emocional.

- Establecer un control y seguimiento de las personas mayores identificadas que se encuentran en situación de aislamiento y soledad.
- Atender situaciones de dependencia y, en su caso, reducir la gravedad de esta, incidiendo en la autonomía personal y, en la medida de las posibilidades, en el mantenimiento de las personas en sus domicilios y en su entorno sociofamiliar.
- Cuidar con el mayor rigor y delicadeza las situaciones de soledad, sobre todo, cuando convergen situaciones de pobreza, exclusión, discriminación, maltrato o cualquier tipo de violencia, procurando prevenir que no se repitan estas situaciones.
- Desarrollar redes sociales de apoyo y facilitar vínculos de las personas mayores que se sienten solas con la red social de proximidad, promoviendo su participación en la sociedad a través de Activos para la salud ("Localiza Salud").
- Compartir información entre los profesionales del Sistema Sanitario (Centros de Salud) y los de la Concejalía de Bienestar Social, tanto en la identificación como en la valoración de la vulnerabilidad a personas mayores que viven solas y cuando su seguimiento es insuficiente o inadecuado y/o presentan mala evolución.
- A través de la intermediación del/de la trabajador/a social de los centros de salud, promover la cooperación mutua y el trabajo en equipo entre profesionales sanitarios y los de servicios sociales.

6. POBLACIÓN DIANA

La población diana de este protocolo son las personas mayores de 65 años que viven solas en el municipio de Molina de Segura, especialmente las personas mayores de 80 años y aquellas que presenten vulnerabilidad según los factores de riesgo descritos.

La aplicación de este protocolo requiere de una intervención integral tanto con la población diana como con los agentes claves implicados: profesionales sanitarios de los Centros de Salud del municipio, profesionales del ámbito social del Centro de Servicios Sociales del municipio y la ciudadanía en general.





7. METODOLOGÍA PARA IMPLEMENTAR EL PROTOCOLO

La metodología de trabajo para implementar este protocolo contempla cuatro acciones en continuo desarrollo (Anexo IV):

1. Sensibilización de los profesionales del ámbito socio-sanitario y de la ciudadanía.
2. Detección de los casos y valoración inicial de factores de riesgo.
3. Valoración social de la soledad
4. Plan Individual de intervención y seguimiento.

La aplicación de este protocolo desde el Centro de Servicios Sociales y desde el Centro de Salud puede verse en los Anexos V y VI.



1. Sensibilización a los profesionales del ámbito sociosanitario y a la ciudadanía

Se desarrollará una estrategia de comunicación y sensibilización sobre la problemática de la soledad de las personas mayores a la población en general y a los profesionales implicados en el ámbito sanitario y de servicios sociales desarrollando las siguientes actividades:



- a) Sesiones informativas de sensibilización a los profesionales, en los centros de salud y en el centro de servicios sociales, a través de jornadas de formación y coordinación para el trabajo en red con los casos detectados de soledad en mayores.
- b) Acciones comunitarias de información para constituir una red de apoyo y detección.
- c) Diseño de material divulgativo y de una campaña de concienciación.

2. Detección de los casos y valoración inicial de factores de riesgo

Esta fase requiere responder a las preguntas ¿Quién? ¿Cómo? y ¿Qué hacer? (ver Anexo IV).

¿Quién detecta?

- a) Las propias personas que la sufren.
- b) Los servicios sociales municipales.
- c) Los centros de salud del municipio.
- d) La ciudadanía, otras entidades o agentes (familias, amistades, asociaciones ciudadanas, farmacias, entidades del tercer sector, empresas de bienes y servicios de proximidad y otros).

¿Cómo se detecta?

A través de las citas de atención, tanto en los servicios sociales como en los centros de salud del municipio, y comunicación de la ciudadanía en general o entidades sociales de manera directa, a través del teléfono (968.644020/80) o del correo electrónico (servicios.sociales@molinadesegura.es).

Utilizar la herramienta de valoración: Tabla de factores de riesgo, Anexo I.

¿Qué hacer?

Las acciones a realizar desde el Centro de Servicios Sociales y desde el Centro de Salud son las siguientes:

Desde el Centro de Servicios Sociales:

- Cuando cualquier profesional puede detectar un/a usuario/a mayor de 65 años que vive solo/a.
- Realizar una valoración inicial, teniendo en cuenta los factores de riesgo: personales, familiares y contextuales (Anexo I). Si se observa confluencia de factores de riesgo, pasará a valoración social. Si no se observan, vigilar cambios en el futuro.
- Registrará en SIUSS: grupo de valoración 2 ("*necesidad relacionada con una adecuada convivencia personal-familiar*", código de limitaciones de autonomía personal por dificultad de movilidad o dificultad para la realización de las tareas cotidianas –código 20401 dificultad de movilidad y código 20402 dificultad para realización de las tareas cotidianas–, y/o situación de soledad/aislamiento sin núcleo familiar, código 20502).

Desde el Centro de Salud:

- Cuando cualquier profesional puede detectar a un/a paciente mayor de 65 años que vive solo/a.
- Crear en su historial clínico el episodio con código Z03 ("*vivir solo*") y todos los profesionales revisarán las anotaciones del episodio creado.
- Realizar una valoración inicial, teniendo en cuenta los factores de riesgo: personales, familiares y contextuales (Anexo I). En caso de detectar la confluencia de factores de riesgo, se derivará a el/la trabajadora social del centro de salud mediante citación en agenda. En caso contrario, vigilar cambios en el futuro.

3. Valoración social de la soledad

Esta fase requiere responder a las preguntas ¿Quién? ¿Cómo? (ver Anexo II y IV).

¿Quién realiza la valoración social?:

- Desde los servicios sociales, por los/as trabajadores/as sociales del Centro de Servicios Sociales.
- Desde los centros de salud, por el/la trabajador/a social.

¿Cómo?

Los técnicas a utilizar para la valoración social son: **Escala Este II de Soledad Social** (Rubio Herrera, R. et al, 2009) –Anexo II–, entrevistas, visitas domiciliarias, observación, reuniones de coordinación u otras.

La Escala Este II de Soledad Social está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta: siempre, a veces y nunca. Los ítems se agrupan en tres factores: Percepción de apoyo Social (Factor I), Uso de tecnologías de comunicación (Factor II) e Índice de participación social subjetiva (Factor III).

La aplicación de este cuestionario, y en función de la puntuación obtenida, diferencia tres niveles de Soledad Social: bajo (0-10 puntos), medio (11-20 puntos) y alto (21-30 puntos).



Todas las personas mayores valoradas con la Escala Este II de Soledad Social (Anexo II), con nivel bajo, transcurrido un año desde su valoración inicial, volverán a ser valoradas con el fin de observar si existen cambios en la puntuación de dicha escala e intervenir.

Aquellos casos detectados desde el centro de salud, la trabajadora social anotará en el enunciado del episodio el nivel de soledad resultante de la valoración y cuando éste sea de nivel social alto, generará un flash en la historia clínica del paciente con el texto: “vive solo con nivel alto de soledad social”.

Todos los casos con valoración social, nivel de soledad medio o alto, concluyen con la elaboración del Plan Individual de Intervención, ya sea desde el Centro de Servicios Sociales o desde el Centro de Salud, y se hará constar en los registros informáticos de cada entidad.

4. Plan Individual de Intervención y seguimiento



El Plan de Intervención tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades sociosanitarias de atención de las personas mayores, que tras la valoración social, han obtenido un resultado medio o alto. Este plan recoge los datos personales, sociosanitarios, biográficos, los factores de riesgo, detección de necesidades, recursos a aplicar, agentes o profesionales responsables y calendarización de las intervenciones (Anexo III).

El Plan requiere del diseño y abordaje conjunto entre los trabajadores/as sociales

de Servicios Sociales y el/la trabajador/a social de los centros de salud, siendo el instrumento que facilita las siguientes tareas:

- a) Coordinar el circuito de los recursos de atención socio-sanitaria para atender a las personas mayores solas que requieren intervenciones.
- b) Activar recursos de atención social y sanitaria según las necesidades detectadas.
- c) Realizar seguimiento del uso de los recursos aplicados.

Esta fase requiere responder a las preguntas ¿Quién interviene? ¿Cómo? y ¿Quién realiza el seguimiento?.

¿Quién interviene?

Todos los profesionales del ámbito sanitario y social implicados en el Plan Individual de Intervención según las necesidades detectadas y los recursos aplicados.

¿Cómo?

Todos los casos con valoración social, nivel de soledad medio o alto, tendrán un Plan Individual de Intervención. Y, se utilizarán otras técnicas: entrevistas presenciales/telefónicas, visitas domiciliarias, observación, reuniones de coordinación u otras, que posibiliten el desarrollo del plan y el seguimiento del mismo.

Todas las personas con un Plan Individual de Intervención tendrán un seguimiento del mismo en función del nivel obtenido en la escala de valoración:

- Nivel medio: se realizará un seguimiento trimestral
- Nivel Alto: se realizará un seguimiento mensual

El seguimiento consistirá en:

- a) Realizar seguimiento de los recursos socio-sanitarios activos para valorar su idoneidad, evolución y adaptación a la situación de necesidad de atención de la persona mayor que vive sola.
- b) Realizar seguimiento de la adherencia a los tratamientos médicos.

Los **recursos socio-sanitarios a aplicar en el Plan Individualizado de Intervención** son los siguientes:

a) Los *recursos sociales* (Anexo VII):

- Información y orientación hacia recursos para atender situaciones de necesidad social.
- Recursos de atención en el marco del Sistema de Autonomía y atención a la dependencia de la CARM.
- Recursos municipales de atención en el domicilio.
- Otros recursos de carácter municipal.
- Entidades sociales que trabajan con el sector de personas mayores.

b) Los recursos sanitarios son:

- Consultas de medicina de familia y de enfermería para atención a demanda y programada.
- Consultas de medicina y enfermería para seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas: plan de cuidados y receta electrónica.
- Atención domiciliaria de enfermería y medicina para seguimiento individualizado de inmovilizados y pacientes crónico complejos.
- Consulta de trabajo social para atención, valoración, diagnóstico e intervención social.
- Consulta de odontología e higienista dental.
- Consultas de fisioterapia.
- Prescripción de material ortoprotésico.
- Atención domiciliaria por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (Plan Integral de Cuidados Paliativos).
- Transporte sanitario.
- Áreas administrativas en centros de salud y consultorios.
- Sistema de Dosificación Personalizada (SPD) en farmacias.



c) Otros recursos comunitarios:

- Se promoverá la identificación y recomendación de los Activos para la salud por parte de los profesionales sociosanitarios a través de la aplicación informática “Localiza Salud”.

8. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA

La importancia de impulsar un trabajo en red comunitario e interdisciplinar que reúna y coordine en un mismo escenario a los actores relevantes con acceso a las personas mayores nos sitúa en el marco del Proyecto **“Molina en Red”** impulsado por la Concejalía de Bienestar Social, concretamente en la **“Mesa de Personas Mayores”**. Así, se ha configurado un espacio de encuentro estable entre un conjunto de profesionales/técnicos pertenecientes a entidades públicas, privadas y/o del tercer sector que estén implicados en la intervención social con el colectivo de las personas mayores, teniendo las reuniones una periodicidad semestral.



Partiendo de esta mesa de acción social, se constituirá un grupo de trabajo para la implementación, seguimiento y evaluación del presente protocolo, constituido por profesionales de los ámbitos social y sanitario, cuyas funciones son:

- Desarrollar acciones de sensibilización y prevención.
- Promover la coordinación entre los centros de salud y los servicios sociales municipales en la detección y seguimiento de los casos.
- Potenciar el trabajo en red para la detección y seguimiento de casos de soledad.
- Seguimiento del cumplimiento de los objetivos.
- Velar por la eliminación de barreras arquitectónicas, administrativas o sociales que dificulten la inclusión / integración de las personas mayores en la sociedad.
- Promover acciones con asociaciones de voluntariado.



BIBLIOGRAFÍA

Ayuntamiento Molina de Segura (2022). Proyecto Te Acompañamos: Estudio de Personas Mayores de 65 Años que Viven solos en Molina de Segura.

<https://bienestarsocial.molinadesegura.es/wp-content/uploads/sites/16/2022/12/Estudio-Mayores-que-Viven-Solo-Resumen-Ejecutivo-2022.pdf>

Causapié, P., Balbontín, A., Porras, M & Mateo, A. (2011) *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-libroblanco-envejecimientoactivo-01.pdf>

Dahlberg, L., Agahi, N. & Lennartsson, C. (2018, Noviembre 16). Lonelier tan ever? Loneliness of older people over two decades. *Arch Gerontol Geriatr*. Volumen (75), pp. 96-103.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29220739/>

Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M (2017, Mayo) Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 32(5), pp. 564-73.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27162047/>

Gale, C. R., Westbury, L., & Cooper, C. (2018, Mayo 1) Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*. 47(3), pp. 392-7.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29309502/>

Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras, L., Lagarda, E. (2016, Noviembre), Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. *Atención Primaria*, Volumen 48, pp. 604-609.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>.

Gobierno de España (2021). *Hoja de ruta de la estrategia estatal de cuidados*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Ministerio de Igualdad.

<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/docs/estrategia-estatal-de-cuidados-v8.pdf>

Hanson, B. S. (1994, Junio) Social network, social support and heavy drinking in elderly men-a population study of men born in 1914, Malmö, Sweden. *Addiction*. Volumen 89 (6), pp. 725-732.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1994.tb00958.x>

Junta de Andalucía (2021). Protocolo para la detección de la Soledad No Deseada de la Personas Mayores en Andalucía. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Dirección General de Personas Mayores y Pensiones no contributivas.

<https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2022-05/PROTOCOLO%20SOLEIDAD%20NO%20DESEADA-1.pdf>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, de 15 de diciembre de 2006.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado*, 308, de 24 de diciembre de 2021.

<https://www.boe.es/boe/dias/2021/12/24/pdfs/BOE-A-2021-21315.pdf>

Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía para la Región Murcia. *Boletín Oficial del Estado*, 146, de 19 de junio de 1982.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/1982/BOE-A-1982-15031-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado*, 146, de 19 de junio de 1982.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/1982/BOE-A-1982-15031-consolidado.pdf>

Locher, J. L., Ritchie, C.R., Roth, D. L., Sawyer, P., Bodner, E. V. & Allman, R. M. (2005, Febrero) Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences. *Social Science & Medicine*. Volumen 60 (4), pp. 747-761.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.023>

Ministerio de Sanidad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (2015). Localiza Salud, aplicación informática.

<https://localizasalud.sanidad.gob.es/maparecursos/main/Menu.action>

Palma-Ayllón, E & Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), pp. 22-25.

<https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>

Rubio, R., Rubio, L., & Pinel, M. (2009). Un instrumento de medición de soledad social, Escala Este II. Madrid: IMSERSO

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>

Sánchez Vera, P. (1997). Dimensiones del envejecimiento. Cuadernos de Realidades Sociales nº 49/50. Instituto de Sociología Aplicada de Madrid.

Tomstad, S., Dale, B., Sundsli, K., Saevareid, H. L., & Söderhamm, U. (2017, Diciembre) Who often feels lonely? A crosssectional study about loneliness and its related factors among older home-dwelling people. *Int J Older People Nurs.* 12(4), pp. 1-10.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28752653/>



ANEXOS

ANEXO I. Factores de riesgo

PERSONALES	CONTEXTUALES	FAMILIARES
<input type="checkbox"/> EDAD <input type="checkbox"/> GÉNERO <input type="checkbox"/> DIVERSIDAD AFECTIVO SEXUAL IDENTIDAD SEXUAL Y/O EXPRESIÓN DE GÉNERO <input type="checkbox"/> RASGOS DE PERSONALIDAD <input type="checkbox"/> NIVEL EDUCATIVO Y RENTA <input type="checkbox"/> ESTADO DE SALUD <input type="checkbox"/> ESTADO EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> SALIDA DEL MERCADO LABORAL (JUBILACIÓN) <input type="checkbox"/> PREJUICIOS SOCIALES Y ACTITUDES DISCRIMINATORIOS <input type="checkbox"/> ESCASA RED SOCIAL <input type="checkbox"/> FALTA DE ACTIVIDADES PLACENTERAS <input type="checkbox"/> CAMBIOS DE DOMICILIO <input type="checkbox"/> DIFICULTADES DE ACCESO A LOS SERVICIOS (ACCESIBILIDAD) <input type="checkbox"/> DIFERENCIAS ENTRE LA VIDA URBANA Y RURAL	<input type="checkbox"/> RELACIONES FAMILIARES MALAS O DEFICIENTES <input type="checkbox"/> SÍNDROME DEL NIDO VACÍO <input type="checkbox"/> SER PERSONA CUIDADORA

ANEXO II. Escala Este II de valoración de la Soledad Social

Nombre y Apellidos	
Nº de Expediente	
Técnico responsable	

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	Siempre	A veces	Nunca
1. ¿Usted tiene alguien con quién hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de tecnologías de comunicación			
	Siempre	A veces	Nunca
9. ¿Usa usted el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Usa usted el ordenador (consola, juegos de memoria...)?	0	1	2
11. ¿Utiliza usted Internet?	0	1	2

Factor 3: Índice de participación social subjetiva			
	Siempre	A veces	Nunca
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/ pueblo?	0	1	2
TOTAL PUNTUACIÓN			

Resultado de la Escala Este II de valoración de la soledad social:

Interpretación del nivel de soledad social:

- Bajo de 0 a 10 puntos.
- Medio de 11 a 20 puntos.
- Alta de 21 a 30 puntos.

ANEXO III. Plan Individual de Intervención

PLAN INDIVIDUAL DE INTERVENCIÓN

TRABAJADOR SOCIAL	
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	
N.º EXPT	
FECHA	

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I	FECHA NACIMIENTO	SEXO	E.C	CAPACIDAD ECONÓMICA

DIRECCIÓN / TELÉFONO/EMAIL	
-----------------------------------	--

PERSONA DE REFERENCIA/ CUIDADOR (EN CASO DE EXISTIR)	
---	--

RÉGIMEN DE TENENCIA	Propiedad		Usufructo		Cedida en uso	
	Alquilada (€/mes)		Familiar		Otros	
TIPO	Piso		Dúplex		Casa en hilera en planta baja	
	Casa unifamiliar		Vivienda colectiva		Otras	
DESCRIPCIÓN	1. UBICACIÓN: entorno urbano / rural / urbanización / diseminado 2. TIPO DE EDIFICACIÓN: antigua / seminueva/ nueva construcción 3. DISTRIBUCIÓN 4. CONDICIONES DE HABITABILIDAD: 5. MOBILIARIO Y CONDICIONES DEL MISMO: 6. PERMITE EL USO DE AYUDAS TÉCNICAS:					

2. DATOS SOCIOSANITARIOS

CENTRO DE SALUD	MÉDICO A.P.	ENFERMERA	DIAGNÓSTICO

DEPENDENCIA								DISCAPACIDAD				
GRADO				TIPO DE SERVICIO/PRESTACIÓN				NO TRAMITADO	EN TRÁMITE	RE-SUELTO	GRADO (%)	TIPO DISCAPACIDAD
NO TRAMITADO	EN TRÁMITE	RE-SUELTO	GRADO	NO TRAMITADO	EN TRÁMITE	RE-SUELTO	TIPO DE SERVICIO O PRESTACIÓN					

OBSERVACIONES:

3. DATOS SOCIO-FAMILIARES

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I	RELACIÓN DE PARENTESCO FAMILIAR	FECHA NACIMIENTO	SEXO	E.C	OCUPACIÓN	TIPO DE RELACIÓN FAMILIAR (DÉBIL..)

GENOGRAMA

OTROS DATOS	OBSERVACIONES
Historia familiar	
Historia laboral	
Ocio y aficiones	
Capacidad económica/ingresos	

4. DIAGNÓSTICO-VALORACIÓN

FACTORES DE RIESGO:

PERSONALES	CONTEXTUALES	FAMILIARES
<input type="checkbox"/> GÉNERO <input type="checkbox"/> DIVERSIDAD AFECTIVO SEXUAL IDENTIDAD SEXUAL Y/O EXPRESIÓN DE GÉNERO <input type="checkbox"/> RASGOS DE PERSONALIDAD <input type="checkbox"/> NIVEL EDUCATIVO Y RENTA <input type="checkbox"/> ESTADO DE SALUD <input type="checkbox"/> ESTADO EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> SALIDA DEL MERCADO LABORAL (JUBILACION) <input type="checkbox"/> PREJUICIOS SOCIALES Y ACTITUDES DISCRIMINATORIOS <input type="checkbox"/> ESCASA RED SOCIAL <input type="checkbox"/> FALTA DE ACTIVIDADES PLACENTERAS <input type="checkbox"/> CAMBIOS DE COMICILIO <input type="checkbox"/> DIFICULTADES DE ACCESO A LOS SERVICIOS (ACCESIBILIDAD) <input type="checkbox"/> DIFERENCIAS ENTRE LA VIDA URBANA Y RURAL	<input type="checkbox"/> RELACIONES FAMILIARES MALAS O DEFICIENTES <input type="checkbox"/> SÍNDROME DEL NIDO VACÍO <input type="checkbox"/> SER PERSONA CUIDADORA

RESULTADO ESCALA ESTE II DE VALORACIÓN DE LA SOLEDAD SOCIAL

- Bajo de 0 a 10 puntos.
- Medio de 11 a 20 puntos.
- Alta de 21 a 30 puntos.

SERVICIOS EN ALTA

OBSERVACIONES

DETECCIÓN DE NECESIDADES

ACTIVAR RECURSO DE....

5. PRONÓSTICO (señalar con una X la escala de 1 a 5, de menos a más grado de dificultad)

a) Grado de dificultad para atender por sí mismo/familiares la necesidad

1	2	3	4	5

b) Grado crítico de impacto de la necesidad de atención no resuelta/atendida

1	2	3	4	5

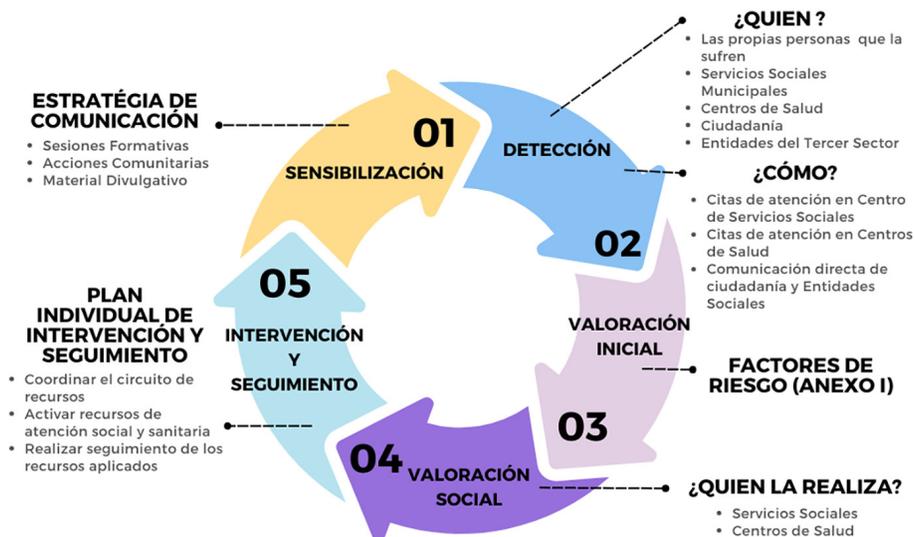
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

INSTITUCIÓN	PROFESIONAL	NECESIDAD	RECURSO

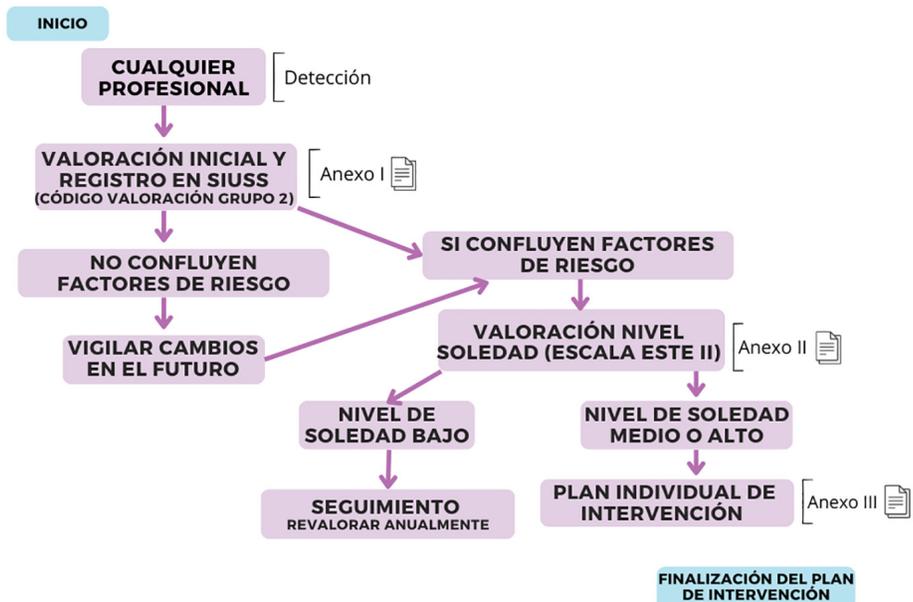
Firma del responsable técnico

ANEXO IV. Diagrama de la metodología para implementar el protocolo

METODOLOGÍA PARA IMPLEMENTAR EL PROTOCOLO



ANEXO V. Diagrama de la aplicación del protocolo en el Centro de Servicios Sociales



ANEXO VI. Flujoograma de la aplicación del protocolo en los Centros de Salud



ANEXO VII. Recursos sociales

A) Información y orientación hacia recursos para atender situaciones de necesidad social

- Ayudas económicas municipales para atender situaciones de necesidad social (AUN)
- Solicitud valoración de grado de discapacidad
- Solicitud de valoración grado de dependencia
- Exención de Tasas para la Valoración de Dependencia y Discapacidad
- Acreditación de circunstancias especiales para consumidores vulnerables (bono social de luz) / Acreditación situación de Exclusión Social/ Exclusión Financiera
- Bono Social Térmico
- Tarjeta de Estacionamiento para Personas con Discapacidad
- Valoración de vulnerabilidad para ayuda de alquiler (gestionada por Cáritas).
- Otros recursos del IMAS: Ayudas Individualizadas a Personas con Discapacidad (AIPD), Ayudas Económicas a Personas Mayores (AEPM), PNC y otros.

B) Los recursos de atención en el marco del sistema de Autonomía y atención a la dependencia de la CARM son:

- Valoración del grado de dependencia
- Teleasistencia
- Servicio de ayuda a domicilio
- Servicio de promoción de la autonomía personal (AFESMO, ISOL, ASTRADE, Residencia Ntra Sra de Fátima)
- Centros de día (Nuestra Señora de Fátima, Hogar del pensionista, AFAD, ISOL, AFESMO, DISMO, ASTRADE, ASPAPROS)
- Centros residenciales (Nuestra Señora de Fátima, Ballesol, y Escuelas Blancas)
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar
- Prestación económica de asistencia personal
- Prestación económica vinculada al servicio

C) Recursos municipales de atención en el domicilio:

- Servicio de Ayuda a Domicilio
- Ayuda a Domicilio en Fines de Semana y Festivos
- Servicio de Respiro Familiar
- Servicio de Teleasistencia

- Servicio de Comidas a Domicilio
- Dispositivo telefónico maximiliana (Prevención de la soledad no deseada en persona mayores)

D) Otros recursos de carácter municipal

- Atención Residencial, por emergencia social, mediante convenios con entidades (Fundación Pía Autónoma Carlos Soriano –dos plazas– y Asociación Hogar Compartido –una plaza–)
- Tarjeta de Transporte Bono Plus (Interurbano y Urbano)
- Información Reducción en las tarifas de agua y basura
- Unidad de Mayores (20 Asociaciones de Personas Mayores, con actividades de bienestar, informática, literatura, baile, yoga, teatro, pilates, pintura...)
- Centros de personas mayores (El Carmen, Fátima, Punta del Lugar, Sagrado Corazón, San Antonio, San José-Los Ángeles, San Miguel, San Roque, Santa Bárbara, Torrealta, La Ribera de Molina, El Llano de Molina, Altoreal, La Alcayna, Los Conejos, Campotéjar, Los Valientes, El Fenazar, El Rellano)
- Viviendas de protección oficial
- Bono Taxi

E) Entidades sociales del municipio:

- AFAD (Alzheimer): Servicios del Centro y Centro de Día
- APAMOL (Enfermedades Neurodegenerativas)
- Asociación para un Envejecimiento Activo y Saludable (Podología y gerontogimnasia)
- Asociación Hogar Compartido: Plaza Residencial en Vivienda Colectiva Escuelas Blancas
- Fundación Pía Autónoma Carlos Soriano: Residencia, Centro de Día de Nuestra Señora de Fátima y SEPAP.

