



# Transis lab

Living Lab transfronterizo de innovación social en longevidad en zonas rurales 2024 – 2026

## EXPERIENCIAS PILOTO EN LONGEVIDAD EN ZONAS RURALES

### GUIA Y MODELO DE PLAN DE INTERVENCIÓN



**Interreg  
POCTEFA**



Cofinanciado por  
la UNIÓN EUROPEA  
Cofinancé par  
l'UNION EUROPÉENNE

# Transis lab

## Plan de modelo de intervención

### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1. Objetivo del plan de modelo de intervención

Este modelo busca proporcionar un valor añadido a la herramienta de fragilidad de Transislab a través de la creación de un modelo de plan de intervención que permita adecuar y personalizar los itinerarios en base a las dimensiones trabajadas. Esto nos permitirá evaluar y valorar satisfactoriamente la fragilidad en personas mayores que residen en zonas rurales a través de intervenciones personalizadas que se puedan activar una vez implementada la herramienta.

### 2. APLICACIÓN DEL MODELO DE PLAN DE INTERVENCIÓN.

#### ITINERARIOS POSIBLES EN BASE A LAS DIMENSIONES

#### PREDOMINANTES

#### 2.1. Nivel de fragilidad detectada

El nivel de fragilidad evaluado por la herramienta se divide en cuatro grados: situación de bienestar, fragilidad leve, fragilidad moderada y fragilidad severa. Estos niveles reflejan, teniendo en cuenta las cuatro dimensiones, la fragilidad de la persona en cuestión. Dependiendo del porcentaje de fragilidad prevalecerá un color que nos indicará la potencial fragilidad de la persona.

- Situación de bienestar (0-25) %
- Situación de fragilidad leve (26-50) %
- Situación de fragilidad moderada (51-75) %
- Situación fragilidad severa (76-100) %

Una vez implementada la herramienta de fragilidad, ésta nos dará una valoración respecto a cada una de las dimensiones valoradas y a su vez la suma de todas ellas **nos dará el nivel de fragilidad de la persona en cuestión.**

## 2.2. Dimensiones trabajadas

El valor añadido de la herramienta consiste en que, además de darnos la valoración general de la fragilidad, nos dará también el porcentaje de cada una de las dimensiones analizadas. Cada dimensión incluye una parte cuantitativa y una parte cualitativa que nos permite aplicar intervenciones socio-educativas más precisas.

- **Dimensión de la salud.** Evalúa el estado físico y mental de la persona usuaria; salud objetiva y salud percibida.
- **Dimensión de las actividades instrumentales de la vida diaria.** Mide la capacidad de la persona usuaria para realizar actividades cotidianas y su nivel de autonomía funcional.
- **Dimensión del apoyo social.** Analiza la red de apoyo, las relaciones sociales y la participación social de la persona usuaria.
- **Contexto, accesibilidad y movilidad.** Examina la capacidad de la persona usuaria para moverse y acceder a servicios, así como su entorno.

## 2.3. Tipos de itinerarios

Tener el dato de cuál es (o son) las dimensiones que predominan nos permitirá adecuar el itinerario y plantear el modelo del plan de intervención que se ajuste a cada una de las personas.

### 2.3.1. Itinerario sanitario

Cuando la dimensión que predomine sea la de salud, se procederá a la derivación de la persona al Servicio de Salud para que se pueda desarrollar un itinerario sanitario. En este caso **no se ve necesario la implementación del plan de intervención desde Servicios Sociales**. Aun así, recomendamos acompañar a la persona al Servicio de Salud y/o coordinarnos con la misma para garantizar que se desarrolle el itinerario sanitario.

- Casuística en la que recomendamos proceder a un itinerario sanitario en base a los resultados de la herramienta de fragilidad (baremos orientativos):

NIVEL DE FRAGILIDAD			
DIMENSIONES	BAREMO	PESO ESPECÍFICO	ITINERARIO SANITARIO
A) Salud	0-26	25,75%	18 % - 25,75%
B) AVD (Funcional)	0-6	31,50%	20% - 31,50%
C) Apoyo social	0-10	25,50%	0% - 12%
D) Contexto, Accesibilidad y Movilidad	0-10	17,25%	0% - 8%
NIVEL DE FRAGILIDAD			0,00%

### 2.3.2. Itinerario socio-sanitario (mixto)

Cuando no predomina ninguna de las dimensiones, pero la persona precisa de apoyos de ambos sistemas (Salud y Servicios Sociales), el itinerario será de carácter socio-sanitario (mixto). En este caso **se procederá a hacer una derivación al sistema de salud y paralelamente se activará un itinerario social desde Servicios Sociales con un acompañamiento de baja-media intensidad**. En este acompañamiento sí se ve indicado la aplicación del modelo del Plan de Intervención anexo a esta guía (Anexo I).

- **Casuística en la que recomendamos proceder a un itinerario socio-sanitario (mixto)**  
**en base a los resultados de la herramienta de fragilidad (baremos orientativos):**

NIVEL DE FRAGILIDAD			
DIMENSIONES	BAREMO	PESO ESPECÍFICO	ITINERARIO MIXTO
A) Salud	0-26	25,75%	0,00%
B) AVD (Funcional)	0-6	31,50%	0,00%
C) Apoyo social	0-10	25,50%	0,00%
D) Contexto, Accesibilidad y Movilidad	0-10	17,25%	0,00%
NIVEL DE FRAGILIDAD			0,00%

### 2.3.3. Itinerario social

Cuando predomine la dimensión de apoyo social y/o contexto, accesibilidad y movilidad, **el itinerario que recomendáramos aplicar será de carácter social**. En este caso se propone hacer un acompañamiento social desde Servicios Sociales y no se vería la necesidad de derivar al Sistema de Salud con carácter inmediato.

- **Casuística en la que recomendamos proceder a un itinerario social en base a los resultados de la herramienta de fragilidad (baremos orientativos):**

NIVEL DE FRAGILIDAD			
DIMENSIONES	BAREMO	PESO ESPECÍFICO	ITINERARIO SOCIAL
A) Salud	0-26	25,75%	0,00%
B) AVD (Funcional)	0-6	31,50%	0,00%
C) Apoyo social	0-10	25,50%	0,00%
D) Contexto, Accesibilidad y Movilidad	0-10	17,25%	0,00%
NIVEL DE FRAGILIDAD			0,00%

## 2.4. Modelo de plan de intervención

El modelo de plan de intervención es una herramienta con la que se proponemos empezar a diseñar la intervención en los itinerarios de carácter **socio-sanitario (mixto) y de carácter social**.

El modelo combina las cuatro dimensiones con los siguientes aspectos:

- **Apoyos que se precisan.** Los apoyos son clave para una intervención eficaz y deben estar personalizados. Dentro de la herramienta de fragilidad podremos observar los ámbitos donde precisa más apoyos y en la parte cualitativa identificaremos los apoyos más específicos que necesitaría la persona.
- **Objetivos.** Estos objetivos se trabajarán con la persona en cuestión y están dirigidos a mejorar la calidad de vida de la persona, fomentar su inclusión social (relacional) y reducir su situación de fragilidad.
- **Acciones.** Estas acciones están diseñadas para cumplir con los objetivos mencionados, mediante una intervención multidimensional y centrada en la persona.

## ANEXO I. PLAN DE INTERVENCIÓN PERSONALIZADO

DATOS GENERALES	
Persona profesional:	
Persona usuaria:	
Fecha de derivación:	
Fecha 1º contacto con la persona:	
Nombre y Apellidos:	
Periodo:	

PERSONA	
Fecha de nacimiento:	
Situación civil:	
Género:	
Teléfono de contacto:	
Dirección:	

COMPOSICIÓN NÚCLEO DE CONVIVENCIA Y/O FAMILIAR					
Nombre y apellidos	Año de Nacimiento	Parentesco	Profesión	Teléfono	Dirección

COMPOSICIÓN DEL APOYO SOCIAL NO FAMILIAR Y/O COMUNITARIO					
Nombre y apellidos	Año de Nacimiento	Parentesco	Profesión	Teléfono	Dirección

TIPO DE ITINERARIO (marca con una x)	
a) Itinerario sanitario	<input type="checkbox"/>
b) Itinerario socio-sanitario (mixto)	<input type="checkbox"/>
c) Itinerario social	<input type="checkbox"/>

## 1. Dimensión salud

Esta dimensión pretende evaluar el estado físico y mental de la persona usuaria; salud objetiva y salud percibida.

### 1.1. Salud objetiva

La salud objetiva en personas mayores se refiere al estado físico y mental (movilidad, audición, memoria, visión...) de la persona usuaria. No nos facilita una valoración médica, pero nos ofrece información para trabajar aspectos de la salud que pueden mejorar su calidad de vida, mejorar su situación de fragilidad y inclusión social.

<b>Apoyos que precisa (o identificados en la evaluación) *</b>
<b>Objetivos</b>
<b>Acciones</b>

### 1.2. Salud subjetiva

La salud subjetiva en personas mayores refiere a la percepción personal que tienen de su propio bienestar físico, mental y emocional, basada en su experiencia individual y a cómo se sienten en su vida diaria ante diferentes contextos.

<b>Apoyos que precisa (o identificados en la evaluación) *</b>

<b>Objetivos</b>
<b>Acciones</b>

## 2. Dimensión de las actividades instrumentales de la vida diaria

Esta dimensión mide la capacidad de la persona usuaria para realizar actividades cotidianas y su nivel autonomía funcional, integrando variables como las actividades diarias, los recursos y servicios preventivos, y la situación económica.

### 2.1. Actividades de la vida diaria

Las actividades de la vida diaria son aquellas tareas básicas esenciales (hacer la compra, limpieza de hogar, preparar la comida...) para mantener la autonomía personal. Evalúa la habilidad del usuario para llevar a cabo tareas esenciales que facilitan su independencia y bienestar diario.

<b>Apoyos que precisa (o identificados en la evaluación) *</b>
<b>Objetivos</b>
<b>Acciones</b>

--

## **2.2. Recursos y servicios preventivos**

Esta variable evalúa el acceso y participación de la persona usuaria en recursos y servicios preventivos. Los servicios considerados incluyen programas como la atención domiciliaria, centros de día, talleres de memoria, teleasistencia, y otros apoyos comunitarios.

<b>Apoyos que precisa (o identificados en la evaluación) *</b>
<b>Objetivos</b>
<b>Acciones</b>

## **2.3. Situación económica**

La situación económica es un indicador que permite medir el nivel de vulnerabilidad y la capacidad para acceder a servicios de cuidado, salud y actividades sociales. Se mide considerando si la persona dispone de los recursos financieros suficientes para acceder a servicios o apoyos que le permitan mantener su autonomía y cubrir las necesidades de cuidados.

<b>Apoyos que precisa (o identificados en la evaluación)*</b>

<b>Objetivos</b>	
<b>Acciones</b>	

### 3. Dimensión del apoyo social

Dimensión que analiza la red y la calidad del de apoyo social, las relaciones sociales y la participación social de la persona usuaria.

#### 3.1. Convivencia

La convivencia refiere a las condiciones de convivencia de la persona usuaria, ya sea sola o acompañada. Evalúa la calidad de vida relacionada con su entorno doméstico, considerando factores como la satisfacción con su situación de vida, la presencia de apoyo de otras personas con quienes convive y la posible necesidad de proporcionar cuidados.

<b>Apoyos que precisa (o identificados en la evaluación)*</b>
<b>Objetivos</b>
<b>Acciones</b>

--

### **3.2. Provisión de cuidados**

La provisión de cuidados refiere a la accesibilidad de una red de apoyo familiar o no familiar/comunitaria que le ayude a satisfacer sus necesidades de cuidados.

<b>Apoyos que precisa (o identificados en la evaluación)*</b>
<b>Objetivos</b>
<b>Acciones</b>

### **3.3. Participación social**

Se refiere a la participación activa en actividades comunitarias, culturales o de ocio y sentimiento de pertenencia e integración con su tejido social y comunitario.

<b>Apoyos que precisa (o identificados en la evaluación)*</b>

**Objetivos**

**Acciones**

#### **4. Contexto, accesibilidad y movilidad**

Esta dimensión examina cómo las condiciones del entorno físico y social (contexto) afectan a la capacidad de la persona usuaria para moverse y acceder a recursos y servicios básicos.

##### **4.1. Grado de digitalización**

El grado de digitalización refiere al nivel de adopción, acceso y habilidades para comunicarse mediante herramientas digitales de la persona y la integración de dichas herramientas digitales en actividades cotidianas lo que puede facilitar su conexión social y acceso a información.

**Apoyos que precisa (o identificados en la evaluación)\***

**Objetivos**

**Acciones**

--

#### **4.2. Accesibilidad a servicios y recursos básicos**

El apartado de accesibilidad a servicios y recursos básicos, evalúa como impacta la ubicación (zona rural, periurbana, urbana) del hogar de la persona en cuanto a la accesibilidad de estos servicios básicos.

<b>Apoyos que precisa (o identificados en la evaluación)*</b>
<b>Objetivos</b>
<b>Acciones</b>

#### **4.3. Condiciones de accesibilidad**

Las condiciones de accesibilidad identifican barreras arquitectónicas dentro y fuera del hogar que afectan a la movilidad y la calidad de vida del usuario.

<b>Apoyos que precisa (o identificados en la evaluación)*</b>
<b>Objetivos</b>

<b>Acciones</b>

#### **4.4. Nivel de apoyos que precisa para la movilidad**

Este apartado se refiere a la variedad de recursos y asistencia disponibles para facilitar el desplazamiento de la persona dentro y fuera del hogar (puede incluir dispositivos como bastones, andadores, sillas de ruedas y servicios de transporte adaptado).

<b>Apoyos que precisa (o identificados en la evaluación)*</b>
<b>Objetivos</b>
<b>Acciones</b>

### PLAZO PARA LA REVISIÓN DEL ITINERARIO

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### FECHA Y FIRMA

- He recibido una copia de este documento, se me ha explicado y he entendido la información que contiene.
- He participado como miembro de pleno derecho.
- Estoy de acuerdo con este itinerario y me comprometo a trabajar los aspectos en los que me he comprometido.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_