



Universidad Internacional de La Rioja

Máster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento

**ABORDAJE SOCIAL DE LAS CONDUCTAS ACUMULADORAS
DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS DEL
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA**

Trabajo Fin de Máster presentado por: MARÍA DEL PILAR FERNÁNDEZ MÁRQUEZ

Titulación: MASTER UNIVERSITARIO EN INTERVENCIÓN SOCIAL EN LAS
SOCIEDADES DEL CONOCIMIENTO

Directora: ANA DORADO BARBÉ

CATEGORÍA TESAURO: 3.4.5. Servicios Sociales

RESUMEN

Las conductas acumuladoras y entre ellas el denominado síndrome de Diógenes, son un tipo de trastorno específico que no sólo tiene consecuencias para la salud del individuo que la padece, sino también afecta a su entorno más inmediato con importantes connotaciones vecinales, sociales y comunitarias que no son fáciles de resolver ni de afrontar. Las Administraciones Públicas en el ámbito de sus competencias, tienen responsabilidad y la necesidad de buscar respuestas adecuadas a estas situaciones. Por ello las distintas áreas y servicios municipales con implicación en esta materia debe conocer cuales son sus funciones, competencias y la actividad que deben desarrollar ante dichas situaciones. La presente investigación tiene como objetivo mejorar las intervenciones profesionales realizadas desde los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Sevilla a través de la creación de un protocolo de intervención inter-administrativo e interdisciplinar en casos de conductas acumuladoras. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica y se han analizado tanto los Planes de Salubridad del Ayuntamiento de Sevilla de los últimos tres años como algunos de los protocolos de actuación que para dichas situaciones se están llevando a cabo desde diferentes ayuntamientos del territorio nacional.

PALABRAS CLAVES: Trastorno de acumulación, Síndrome de Diógenes, Salubridad, Servicios Sociales Comunitarios, Protocolo de Intervención Social.

ABSTRACT

Hoarding behavior conducts, among them the Diogenes syndrome, are a kind of specific disorder that impacts not only the individuals who suffer from it, but also their immediate social environment. They attach community and social connotations that are not easy to solve or tackle. Public Administrations have the responsibility and the need to seek suitable responses to these situations within their competences. Consequently, the municipality areas in charge must know their functions, competences and activities to carry out in order to address the problem. This research paper aims to improve the professional interventions made by the community services in the Municipality of Seville by means of an inter-administrative and multidisciplinary action protocol for cases of hoarding behavior disorders. Thus, the author reviews the relevant scientific literature as well as the Public Health Plan in the Municipality of Seville during the last three years. Likewise, other extant protocols applied in other Spanish municipalities are analyzed.

KEY WORDS: hoarding behavioral disorder, diogenes syndrome, public health, community social services, protocol of social intervention.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Justificación del tema	6
1.2 Planteamiento del problema	8
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.1 Objetivo General	9
2.2 Objetivos Específicos	9
3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	10
3.1 Contextualización	10
3.2 Fundamentos Jurídico	14
3.2.1 Perspectiva Internacional	14
3.2.2 Perspectiva Nacional	14
3.2.3 Perspectiva Autonómica	17
3.2.4 Perspectiva Local	23
3.4 Conceptos	24
3.5 Situación actual de la Intervención Social, en casos de conductas acumuladoras desde los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Sevilla	26

4. METODOLOGÍA	29
4.1 Tipo de Investigación	29
4.2 Fases de la Investigación	31
4.3 Población y muestra	33
5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	34
5.1 Protocolo de intervención Inter-administrativo e Interdisciplinar en casos de conducta acumuladoras	43
6. CONCLUSIONES	59
7. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA	62
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
9. ANEXOS	65

1. INTRODUCCIÓN

1.2 Justificación del tema

Tras once años de experiencia profesional como trabajadora social en un Centro de Servicios Sociales en la ciudad de Sevilla en concreto en el Servicio de Información, Orientación y Valoración Social de los Servicios Sociales Comunitarios, se ha podido constatar la necesidad de crear protocolos de intervención en los casos de personas que padecen conducta acumuladora/trastorno por acumulación, o el más conocido por mediático, síndrome de Diógenes.

Este colectivo requiere intervenciones profesionales, no sólo por la intervención directa con la persona afectada, sino por las consecuencias que dicha patología tiene en la persona que la padece y en su medio o entorno más próximo. De esta forma aparecen problemáticas de salud ocasionados por dicho trastorno y además de ello el agravante de que una vivienda en condiciones insalubres es un determinante de mala salud, entorpeciendo las relaciones sociales, familiares de sus inquilinos y siendo de esta manera un factor favorecedor de enfermedades físicas y mentales.

Los y las profesionales del Trabajo Social y concretamente de los Servicios Sociales Comunitarios como agentes sociales de cambio, poseen las herramientas adecuadas para llevar a cabo dicha acción mediante la intervención social sobre problemáticas concretas. Asimismo se enfrentan en el hacer diario el hecho de que cada vez es mayor la complejidad de los problemas sociales en los que se debe de intervenir. Motivo que exige la ampliación de conocimientos y la especialización de los mismos, con el fin de creer que el saber permitirá mejorar y resolver estas situaciones para conseguir el cambio social deseable en la población objeto de actuación y lograr de esta forma una mayor calidad de vida para las personas beneficiarias de la acción social.

Sin embargo, es conveniente señalar la importancia de las instituciones que le dan soporte a los/as agentes que intervienen en la acción mediante la elaboración de procedimientos y protocolos que favorezcan el desarrollo del trabajo diario. Sin lugar a dudas desde el Área de Bienestar Social y Empleo del Ayuntamiento de Sevilla en su Dirección Social de Acción Social cada vez son mayores los esfuerzos que se realizan en

este aspecto para regularizar la manera de proceder en diferentes situaciones, pero aún queda mucho trabajo que realizar dado la multiproblematicidad en la atención que estos servicios receptionan.

Los y las profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios, trabajan en muchas ocasiones sin unas directrices claras ni protocolos establecidos para poder desempeñar nuestras intervenciones de manera planificada, ordenada y siguiendo unas líneas que nos permitan intervenir de forma óptima con los diferentes sectores de población que atendemos y las problemáticas sociales que se presentan en nuestros despachos. Esto en muchas ocasiones genera “malestar profesional” o “imposibilidad de intervención” principalmente basada por el desconocimiento de las actuaciones en la mayoría de los casos.

En concreto y en los casos etiquetados como conductas acumuladoras y en concreto el síndrome de Diógenes, aún no existe ningún protocolo establecido desde el Servicio de Intervención de los Servicios Sociales, que establezca el procedimiento a seguir cuando es necesaria la intervención por parte de los/as trabajadores sociales de éste Área para este tipo de problemática. Si existe un procedimiento de intervención ante situaciones de limpieza subsidiaria-saneamientos, desde el servicio de salud municipal. Dicho procedimiento fue elaborado en el año 2014 por el equipo de salubridad del Negociado de Arte Corporal y Salubridad del Ayuntamiento de Sevilla.

Basándome en la necesaria complementariedad en la intervención por parte de los Servicios Sociales en los casos de personas con conductas acumuladoras, fundamento la necesidad de que las actuaciones a realizar estén definidas y las prácticas profesionales sean adecuadas para el logro de mayores niveles de calidad de vida para estas personas y para la comunidad.

Por este motivo es por el que he decidido realizar éste trabajo y proponer un diseño de protocolo de intervención para poder aplicar en los Servicios Sociales Comunitarios de la ciudad de Sevilla.

1.3 Planteamiento del problema

Las conductas acumuladoras pueden llegar a ser un grave problema tanto desde el punto de vista de salud pública como social, ya que se ve afectada, no solamente la vida y la salud de la persona que lo padecen (desnutrición, caídas, interferencia de sus actividades normales, estrés...) sino también la convivencia en el entorno familiar y vecinal por los riesgos asociados de incendios e infestaciones que puedan producirse.

Es una situación que si bien presenta una gran visibilidad en los medios de comunicación por su impacto mediático, ha comenzado a ser estudiado desde el rigor científico desde relativamente hace poco tiempo. En consecuencia se dispone de escasa información sobre este trastorno y la existente es de carácter social.

Con el presente trabajo se pretende crear un protocolo de actuación para abordar los casos con síndrome de acumulación en sus diversas manifestaciones desde los Servicios Sociales Comunitarios de Sevilla desde una perspectiva interdisciplinar, incidiendo principalmente en la cuestión social.

De esta forma los y las profesionales podrán trabajar con mayor seguridad, conociendo las actuaciones a realizar desde la recepción del caso en los Servicios Sociales con independencia de la vía de acceso, hasta la finalización del mismo.

Para elaborar dicha propuesta de protocolo se ha realizado un análisis de protocolos ya existentes y aplicados en otros municipios y ciudades de España, así como una revisión bibliográfica en torno al objeto de estudio, las conductas acumulativas.

Asimismo, se ha realizado un análisis de las intervenciones llevadas a cabo desde el Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla, dentro de la evaluación Plan Salubridad de los años 2014, 2015 y 2016 de esta corporación.

Señalar que el diagnóstico de salubridad o insalubridad de la vivienda se establece en función de que la vivienda reúna o no, las condiciones higiénico sanitarias necesarias y mínimas para poder vivir en la vivienda siendo los enfermeros/as de dicho servicio de Salud, acreditados como autoridad sanitaria quienes lo certifican tras realizar la inspección sanitaria del domicilio denunciado.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación nace en base a una necesidad detectada y con la intención de mejorar las intervenciones profesionales en casos de personas afectadas por conductas acumuladoras en la ciudad de Sevilla. Para ello se va a realizar el diseño de un protocolo de actuación para ofrecer respuestas adecuadas y eficaces desde los Servicios Sociales Comunitarios de dicho ayuntamiento. Para ello se han planteado los siguientes objetivos:

2.2 Objetivo General

Mejorar la intervención social que realizan los y las profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios del municipio de Sevilla en situaciones de conductas acumuladoras, a través de la elaboración de un protocolo de actuación Interdisciplinar.

2.3 Objetivos Específicos

- Analizar las actuaciones en salubridad en casos de conductas acumuladoras, desde el año 2014 al 2016 por el Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla
- Analizar los protocolos de actuación municipales existentes en España en relación a actuaciones para situaciones de “Síndrome de Diógenes” en las ciudades de Salamanca, Cádiz, Málaga y Soria
- Diseñar un protocolo de intervención eficaz para las actuaciones de conductas acumuladoras en los Servicios Sociales Comunitarios de Sevilla capital

3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

3.2 Contextualización

Son numerosos los autores que han descrito casos de conductas y trastornos acumulativos y el llamado “síndrome de Diógenes” poniendo de manifiesto verdaderas dificultades para realizar una clasificación nosológica.

Según Gómez-Feria (2009) identifica nueve formas clínicas de las denominadas conductas acumuladoras siendo estas las siguientes:

- Conducta acumuladora normal de coleccionista
- Conducta acumuladora pasiva o falsa conducta acumuladora
- Conducta acumuladora de Síndrome de Diógenes
- Conducta acumuladora de animales (Síndrome de Noé)
- Conducta acumuladora compulsiva
- Conducta acumuladora como consecuencia de la compra incontrolada
- Conducta acumuladora estereotipada, ritualista.
- Conducta acumuladora del coleccionismo fetichista
- Conducta acumuladora asociada a cleptomanía (p.123)

De esta forma, el llamado síndrome de Diógenes puede ser el tipo de trastorno acumulativo más conocido por ser el más mediático, pero no tenemos que confundirnos ya que es considerado como una de las diferentes formas clínicas de conductas acumuladoras.

Existen diversas publicaciones de carácter divulgativo y científico que hacen referencia al Síndrome de Diógenes, en las que se recoge que en los años 60 y 70 del siglo pasado, aparecieron los primeros trabajos que detallaban el padrón de conducta que hoy relacionamos con este síndrome: comportamientos huraños que aislaban a las personas

del resto del mundo, abandono del auto-cuidado y acumulación de basuras. Suele estar asociado a algún tipo de demencia y quienes lo padecen normalmente son personas mayores de 65 años suelen vivir en auto abandono con distintas formas de acumulación.

El primer estudio que se realiza es el de Beatson (1960), en el que hace una breve aportación sobre personas que se muestran pobres presentando “delirios de pobreza” los cuales aun teniendo medios económicos evitaban gastar dinero porque pensaban que no tendrían suficiente para cubrir sus necesidades más básicas.

En ese mismo año, este tipo de conductas se califican como “ancianos reclusos” (Granick y Zeman 1960, pp 636-653).

McMillan y Shaw (1966), realizan un estudio denominado hundimiento senil de los patrones personales y ambientales de higiene. En dicho trabajo y tras el estudio de una muestra de 72 personas en edad senil, se verifica que el 50% de los casos estaba compuesto por enfermos mentales graves y el resto eran personas sanas mentalmente, pero presentaban las siguientes características: personas ancianas, vivían solas y en una suciedad extrema, autoabandono, retraimiento social, rechazo a todo tipo de ayuda y hostilidad. Tras ser remitidas diferentes instrucciones a los médicos de atención primaria de salud para que fueran derivados los casos a atención especializada, se llegó a la conclusión de que en un periodo de tres años fueron remitidos muchos casos con distintos grados de deterioro. Además se reconocieron cinco rasgos de personalidad los cuales se muestran en la tabla 1, realizada por estos autores.

TABLA 1: Rasgos de personalidad

TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 4	TIPO 5
Independientes	Pendencieros	Excéntricos	Extrovertidos	Pasivos
Reservados	Mortificantes	Raros	Amigables	Tímidos
Dominantes	Celosos		Sociables	Negativos
Obstinado	Agresivos		Divertidos	
Inestables	Suspicientes		Alegres	
Acaparadores	Sigilosos			
Quisquillosos				
Autosuficiente				

Fuente: Macmillan y Shaw (1966:1032)

Por su parte, Clark, Mankinar y Gray (1975) bautizaron a esta enfermedad como “Síndrome de Diógenes”, en la que aludían a síntomas de autoreclusión, aislamiento y autoabandono, en referencia al filósofo griego del siglo IV a.C y fundador de la corriente cínica, Diógenes de Sínope, el cual era conocido por su actitud de desprecio a las reglas sociales, en coherencia con lo cual adoptó un estilo de vida caracterizado por su forma austera, vestía con ropas sencillas, no se preocupaba de su alimentación, vivía una vida de mortificación y renunciando a los placeres mundanos de la vida, así como el abandono de su aspecto físico. Vivía desprovisto de patria, de familia, de hogar y recursos económicos y no mostraba ninguna preocupación por ello. Nació en la ciudad de Sínope actual Turquía y anduvo por Corinto, Atenas y Esparta. Recibió su formación en Atenas siendo discípulo del filósofo “Antístenes”. Caminaba siempre andrajoso, vagabundo y sin hogar con un manto como única vestidura. Según cuenta la leyenda murió solo y en la calle, cubierto tan solo con un manto raído.

La predisposición a acumular basura fue denominada “sylllogomania” “silogomanía” por Clark et al (1975), empeorándose en la vejez esta tendencia anormal al cúmulo de objetos diversos.

Ya en España, Calvo, Sánchez y Vilella (1975) llamaron a este problema síndrome hippie en los viejos tras el estudio de 25 casos que presentaban gran abandono, extrema suciedad y aislamiento optativo. Las características que presentaban estos casos eran una actitud contestataria, agresiva y nihilista ante la injusticia social, pasiva, discriminación, fracasos personales, incomprensión...que suelen padecer las personas mayores con este síndrome. En sus trabajos afirman que estas conductas denominadas Diógenes pueden presentarse tanto en enfermos mentales como en sujetos sanos.

Cybulska (1986), define el síndrome de auto negligencia al estudiar dicha conducta, resaltando la auto negligencia como rasgo de un trastorno del comportamiento que debe ser considerado una enfermedad y no fue considerado como estilo de vida libremente elegido por la persona que lo presenta.

Actualmente es asumido el nombre de síndrome de Diógenes en la comunidad científica ante la diversidad de nombres que ha recibido y que se han numerado a lo largo de este marco teórico.

Sin embargo en España, es De la Gándara (1992) establece las características del síndrome diferenciándolo de otros estados psicopatológicos como pueden ser; el

síndrome de acumulación compulsiva, los coleccionistas, el síndrome de Noé, los trastornos obsesivos, desvinculándose de las demencias y de los trastornos mentales.

Tal como lo señalan Lera, Hernández y Leal (2008), “la investigación es escasa e incluso se ha llegado a cuestionar la validez de este diagnóstico. De hecho, no está reconocido en los manuales diagnósticos internacionales y puede aparecer en distintas enfermedades psiquiátricas y neurológicas” (p. 143)

Lera et al (2008) señalan discrepancias sobre su denominación:

Los paralelismos entre su estilo de vida (privación de necesidades materiales) y la de algunos pacientes (particularmente por el abandono del autocuidado —higiene, alimentación, salud—, la falta de demanda de ayuda y mínima preocupación por las normas sociales) han hecho que se acuñe con el nombre de síndrome de Diógenes a este cuadro; generalmente son personas mayores y que además se caracterizan por la acumulación de basuras y aislamiento del entorno. Sin embargo, el nombre no es del todo apropiado para describir este síndrome, dado que los pacientes afectos suelen presentar un rechazo hacia la sociedad basado en su suspicacia más que en el deseo de demostrar la autosuficiencia sin posesiones materiales que refería Diógenes. (Lera et al 2008 pp 140-143).

Ya en nuestro país, no se han encontrado estadísticas posteriores a las estimaciones realizadas por De la Gándara (1995), en las que un 1.7 por/mil de los ingresos en hospitales en España de mayores de 65 años son por este síndrome, lo que supone unos 1.200 nuevos ingresos año.

En España un 3 % de las personas mayores de 65 años tienen riesgo de éste síndrome, la prevalencia probable es del 0.5%, y la incidencia anual podría estimarse en unos 3.200 casos nuevos. Esto difiere de estimaciones en las que la incidencia es mínima, seguramente por la falta de consenso en la definición de dicho síndrome. Según Jiménez, Molina, Díaz y Reyes (2008), lo que realmente ocurre es que tiene mucha incidencia en la prensa sensacionalista y su difusión es enorme cuando se da un caso.

3.3 Fundamentos Jurídicos

En este apartado se especifican las principales referencias normativas desde las que se sitúa la intervención en materia de Servicios Sociales Comunitarios y Salud, quedando configurado por los siguientes textos legales:

3.3.1 Perspectiva Internacional

- **La Declaración Universal de los Derechos Humanos. D.U.D.H de 1948.** Asamblea General de las Naciones Unidas en su artículo 25, establece el derecho a un nivel de vida adecuado, incluyendo el apoyo de los Servicios Sociales (en adelante SS.SS).

- **Carta Social de Turín del 16 de Octubre de 1961**, ratificada por España en 1980. En el artículo 13, se establece el derecho a la Seguridad Social y el artículo 14, el derecho a los Servicios Sociales, definiéndolos como Prestaciones Básicas.

3.3.2 Perspectiva Nacional

- **Constitución Española de 1978** (en adelante, CE), cuyo principal soporte es la Justicia Social.

En el artículo 1, La C.E configura a España como un Estado Social y Democrático de Derecho y los SS.SS son considerados en ella como un derecho de todos los ciudadanos.

En el artículo 9.2, los poderes públicos promoverán las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran, sean reales y

efectivos, removiendo los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitando la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, social y cultural.

La C.E compromete expresamente a los poderes públicos en la promoción de las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas, así como el cumplimiento de objetivos que hagan posible el progreso social y económico en su artículo 40.1.

El artículo 43 de la C.E reconoce el derecho a la protección a la salud y establece que los poderes públicos organizarán y tutelarán la salud pública a través de medidas preventivas y servicios necesarios.

Todo ello unido a la atención que presta a determinados grupos de población, como las personas con discapacidad física, sensorial y psíquica artículo 49, las personas mayores artículo 50, en el Capítulo 3 título II, donde se reconoce la protección social a todos los sectores, especialmente a los más desfavorecidos.

En el artículo 148.1.20, se contempla la posibilidad de asumir competencias en materia de asistencia social las Comunidades Autónomas configurando el soporte constitucional de un concepto amplio susceptible de ser regulado y desarrollado por las comunidades autónomas.

Reservándose en el artículo 149.1.1.a, como competencia exclusiva del Estado, la regulación de las condiciones que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos y en el cumplimiento de sus deberes constitucionales.

- Es importante resaltar la relación entre el Trabajo Social y la Salud, que se remonta al siglo XIX. El Trabajo Social nació vinculado a la ciencia médica y desde entonces mantiene una estrecha relación con ella. Como hito histórico fundamental, debemos hacer mención a 1978, año en que la **Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS)**, en la declaración de Alma Ata, adopta un cambio fundamental en el concepto de salud. A partir de esta declaración, la salud deja de entenderse solamente como la mera ausencia de enfermedad, para ser definida como el “estado de completo bienestar físico, psíquico y social”. Este hito histórico, que supuso el desarrollo de nuevos paradigmas en la atención a la salud de las personas, supuso no solo acentuar la dimensión social de las disciplinas sanitarias, sino también el necesario carácter interdisciplinar de las

intervenciones en salud, en cuya vertiente social, el Trabajo Social es una profesión de referencia de esta nueva concepción de la salud (OMS, 1948).

-La **Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases de Régimen Local**, señala en su artículo 25.2 que el municipio, para la gestión de sus competencias, puede promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal. Y que ejercerá, en todo caso, competencias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en las siguientes materias entre otras: h) protección de la salubridad pública.

-La **Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública**, en su artículo 2 establece que las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.

-La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, en su artículo 42.3.c, atribuye a los Ayuntamientos las responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios, en relación con el control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana.

- **Ley 1/2000 de 7 de Enero, de Enjuiciamiento Civil** publicada en el Boletín Oficial del Estado nº 7, del 8 de enero de 2000, donde se establece que el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, (...) requerirá autorización judicial que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa al internamiento, salvo por razones de urgencia (.....) artículo 763.

Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado.

En todas las actuaciones la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente ley. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

- En el **Código Civil**, artículo 200 se refleja que son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí mismas.

-Ley **39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la autonomía personal, atención y protección de las personas en situación de dependencia.**

3.3.3 Perspectiva Autonómica

-En Andalucía mediante su **Estatuto de Autonomía L.O 2/2007, de reforma del E.A. de Andalucía**, en su Título 2, se establecen las competencias de la Comunidad Autónoma de Andalucía donde en el artículo 55 se refiere a Salud, el 56 a vivienda y en artículo 61.1.c: se establece la competencia exclusiva en materia de SS.SS, incluyendo: Las instituciones públicas de protección y tutela de personas necesitadas de protección especial, incluida creación de centros de ayuda, reinserción y rehabilitación.

Según el artículo 84, se establece la potestad de organizar y administrar todos los servicios relacionados con SS.SS y ejercer la tutela de las instituciones y entidades en esta materia, reconoce por otra parte, un importante número de derechos íntimamente relacionados con las políticas sociales, como es el caso de las personas mayores artículo 19, de personas con discapacidad o dependencia artículo 24, al acceso de todas las personas en condiciones de igualdad a las prestaciones de un sistema público de servicios sociales artículo 23.1 y a una renta básica que garantice unas condiciones de vida dignas artículo 23.2.

- **Decreto. 49/1986, del 5 de Marzo**, se establecen las bases para el asentamiento de los Servicios Sociales Comunitarios apareciendo por primera vez en este decreto, en el que se definen estos servicios como estructura básica del Sistema Andaluz de Servicios Sociales, desde los que se dirigirán las Prestaciones, Programas y Actividades a todos los ciudadanos.

- **Decreto 11/87, del 26 de diciembre**, reguladora de las relaciones entre la Comunidad Autónoma de Andalucía y las Diputaciones Provinciales contemplando en

su artículo 42, los aspectos que en materia de SS.SS podrán ser delegados a las Corporaciones Locales.

- Este carácter se confirma en **La Ley de SS.SS de la CC.AA. Andaluza. Ley 2/1988 de 4 de abril**, donde en su artículo 1 se define el Objeto de la ley siendo este regular y garantizar en el ámbito de la Comunidad Autónoma Andaluza, mediante el ejercicio de una acción administrativa coordinada, un Sistema Público de Servicios Sociales que ponga a disposición de las personas y de los grupos en que éstas se integran recursos, acciones y prestaciones para el logro de su pleno desarrollo, así como la prevención, tratamiento y eliminación de las causas que conducen a su marginación”.

En el artículo 5 se estructuran los SS.SS de acuerdo a dos modalidades: los Servicios Sociales Comunitarios y los Servicios Sociales Especializados.

El primer compromiso de la ley es regular y garantizar mediante el ejercicio de una acción administrativa coordinada un Sistema Público de Servicios Sociales, inspirado en los siguientes principios: Responsabilidad Pública, Solidaridad, Universalidad e Igualdad, Prevención, Planificación, Coordinación, Globalidad y Polivalencia, Descentralización, Integración y Normalización.

Esta ley con más de 27 años de vigencia, ha permitido el desarrollo de una red de SS.SS amplia y diversificada que es el fruto de la cooperación entre la Administración de la Comunidad Autónoma, las Corporaciones Locales y las entidades en que se organiza la sociedad.

Posteriormente se han ido aprobando otras normas con el fin de atender diferentes sectores o grupos poblacionales objeto de protección, desarrollando así las previsiones contenidas en la ley y de avanzar de acuerdo a las nuevas necesidades que han ido surgiendo y que han configurado la demanda de la ciudadanía. No obstante, el trascurso del tiempo, la experiencia adquirida, la evolución de la sociedad y la aparición de nuevas y crecientes necesidades ha hecho aconsejable la aprobación de una nueva Ley de Servicios Sociales que pueda responder a las nuevas exigencias y permita al sistema adaptarse mejor a las circunstancias actuales y previsiones futuras.

- **Acuerdo del Consejo de Gobierno 24 de enero de 1989**, mediante el cual se garantiza la continuidad de los efectivos personales y funcionariales de los Servicios Sociales Comunitarios en Andalucía.

- La **Orden 7 de abril de 1989**, complementada por la **Orden 5 de abril de 1991**, donde se regulan las prestaciones básicas de los Servicios Sociales Comunitarios, otorgando a las Entidades Locales capacidad para la gestión de estas ayudas. Establece que tendrán la consideración de prestaciones básicas de los Servicios Sociales Comunitarios las ayudas individualizadas de emergencia social.

- El contenido de estas prestaciones básicas viene establecido en el **Decreto 11/92 de 28 de Enero**, por el que se establece la Naturaleza y Prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios. Viene a definir sus contenidos para homogenizar su aplicación en Andalucía, así como mantener e impulsar la descentralización en las Corporaciones Locales. Recoge las actuaciones que se llevarán a cabo desde los Centros de Servicios Sociales Comunitarios las cuales son las siguientes:

- *Información, valoración, orientación y asesoramiento
- *Ayuda a Domicilio
- *Convivencia y reinserción social
- *Cooperación social
- *Otras que la dinámica social exija.

- **Decreto 8/1995 de 24 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Desinfección, Desinsectación y Desratización Sanitaria** estableciendo en su artículo 4.3, como responsable del cumplimiento de lo dispuesto en la misma al titular de la empresa o actividad de que se trate, o de la persona física o jurídica causante de la situación de riesgo para la salud.

- La **Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía**, en su artículo 38, dispone que los municipios en Andalucía, tendrán las competencias sanitarias en control sanitario del medio ambiente y de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, que serán ejercidas en el marco de los planes y directrices de la administración sanitaria de la Junta de Andalucía. En su artículo 22, señala que en el ámbito de nuestra comunidad, son órganos con competencia sanitaria, además de los órganos correspondientes de la Consejería de Salud, los Alcaldes, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Régimen Local y en la propia Ley de Salud de Andalucía.

- **Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores.** Publicado en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía nº 87 del 29 de julio de 1999. En

el artículo 45 establece que ninguna persona mayor podrá ser ingresada en un centro, sin que conste fehacientemente su consentimiento. En los casos de incapacidad presunta o declarada en los que no sea posible tal consentimiento, se requerirá autorización judicial para el ingreso.

- **El artículo 155 y ss. de la Ley 7/02 de 17 de diciembre, de Ordenación Urbanística de Andalucía** contempla el deber de los propietarios de edificios y viviendas de mantener en condiciones de seguridad, salubridad y ornato público, a fin de mantener en todo momento las condiciones requeridas para la habitabilidad o el uso efectivo.

- La **Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía** se configura sobre los avances ya conseguidos en el ámbito de los Servicios Sociales en Andalucía, con el objeto de consolidarlos, fortalecerlos y mejorar su capacidad de adaptación garantizando, de esta forma, una protección integral a la ciudadanía.

La ley se compone de 141 artículos agrupados en VI títulos, seis disposiciones adicionales, tres transitorias, una derogatoria y tres finales.

De forma resumida a continuación se especifican las principales aportaciones de la reciente Ley de Servicios sociales:

- Universalidad de los SS.SS
- Regulación de la participación ciudadana en el Sistema Público de Servicios Sociales
- Trabajador/a social como único profesional de referencia, regulando las funciones exclusivas que desarrolla en sus intervenciones
- Distinción entre prestaciones condicionadas y garantizadas, estableciendo estas últimas como derechos subjetivos de la ciudadanía exigibles ante la Administración
- Afirma la gestión pública de los Servicios Sociales Comunitarios, blindándolo frente a la privatización
- Determina la composición de los equipos profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios, así como el apoyo técnico y administrativo necesario
- Define el Proyecto de Intervención Social

- Implanta una historia social única
- Introduce la tarjeta social
- Precisa la atención a las urgencias y emergencias sociales
- Regula el derecho a expresar la propia voluntad de forma anticipada
- Recoge el compromiso de investigación e innovación
- Instaure el modelo básico de intervención centrado en la persona o en la unidad de convivencia, desde un enfoque de desarrollo positivo y participativo
- Establece la creación de protocolos de derivación e intervención coordinada entre los Servicios Sociales Comunitarios y los Especializados
- Recoge el concierto social en la provisión de Servicios
- Establece cláusulas sociales en los procedimientos de adjudicación de contratos para la gestión de servicios del Catálogo de Prestaciones
- Abre la puerta al partenariado, patrocinio y mecenazgo en el marco de la financiación de los Servicios Sociales
- Vincula la financiación del Contrato Programa al cumplimiento de fines y objetivos

El artículo 28, establece las funciones de los Servicios Sociales Comunitarios, recogidas en un total de 28 apartados. A destacar:

1º La información, valoración, orientación y asesoramiento a la población sobre las prestaciones y servicios del sistema público de Servicios Sociales y de otros posibles recursos de otros sistemas de protección social en Andalucía.

2º La puesta en marcha de actuaciones de carácter preventivo y terapéutico tendentes a propiciar el desarrollo y la integración social de la población y la disminución de las situaciones de riesgo social.

3º El diseño y desarrollo de intervenciones de promoción de la autonomía, la calidad de vida y el bienestar social de la población de referencia en su ámbito de competencia.

4ª La identificación e intervención en situaciones de exclusión social o riesgo de estarlo, situaciones de violencia de género, situaciones de violencia intergeneracionales y de iguales, dependencia y desprotección de personas en situación de vulnerabilidad social.

5º El análisis y la valoración integral de las demandas, necesidades de atención, problemáticas sociales, así como del grado de complejidad de las situaciones de necesidad de la población de referencia.

6º La atención a situaciones de urgencia o emergencia social.

7º La elaboración del Proyecto de Intervención Social que contemple el conjunto de los recursos disponibles en el territorio, que asegure la atención integral y su continuidad, que tenga en cuenta las creencias, preferencias y estilo de vida de la persona y que involucre activamente a las personas de su entorno más próximo en su desarrollo.

8º El seguimiento y evaluación de resultados respecto a los objetivos propuestos en el Proyecto de Intervención Social, con la participación activa de la persona y su familia o unidad de convivencia.

9º La derivación, acorde con el Proyecto de Intervención Social, al recurso o servicio más idóneo del nivel especializado del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía o, en su caso, a otro del sistema de protección social.

10º La sensibilización y el fomento de la participación activa de la comunidad en la búsqueda de respuestas a las situaciones de necesidad social, así como en la mejora y promoción de las condiciones de vida y convivencia social.

12º La coordinación con los servicios sanitarios de atención primaria y especializada, con especial atención al área de salud mental, para el diseño de paquetes de servicios integrados que den respuesta a las necesidades de atención social y sanitaria de la población de referencia.

16º La coordinación con los servicios de justicia, fuerzas y cuerpos de seguridad y cualquier otro vinculado a los servicios públicos de la Administración Autonómica para el diseño de paquetes de servicios integrados que den respuesta a las necesidades de atención social de la población de referencia.

17º La coordinación y el trabajo de red con los servicios sociales especializados, con los equipos profesionales de los demás sistemas de protección social y con las entidades y asociaciones del entorno que actúan en el ámbito de los servicios sociales.

3.3.4 Perspectiva Local

- A partir de 1988, se ve reforzada la implantación de los SS.SS Comunitarios con la aportación financiera del Ministerio de Asuntos Sociales, a través del **Convenio-Programa conocido como Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales**. Instrumento que tiene como finalidad lograr la colaboración entre la Administración del Estado y la de las Comunidades Autónomas para la financiación conjunta de una Red de Atención de SS.SS Municipales que permita garantizar las Prestaciones Básicas a los ciudadanos en situación de necesidad. Determina como prestaciones básicas de los Servicios Sociales Comunitarios; la información y orientación, la ayuda a domicilio, la prevención e inserción social y el alojamiento y convivencia. Dicha clasificación viene a coincidir plenamente con lo establecido por la ley de SS.SS.

- **Art. 28 de la L. 2/88 de 4 de abril y Disposición Adicional 1ª D. 11/92, 28 de Enero**: Transfiere a las Corporaciones Locales los mecanismos necesarios para la gestión de competencias en materia de SS.SS.

- **Plan Estratégico del área de Bienestar Social del Ayuntamiento de Sevilla. IV Plan Municipal de SS.SS. 2006-2010.**

- La **Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía**, en su artículo 9.13, Promoción, defensa y protección de la salud pública.

3.4 Conceptos

A continuación se pretende delimitar y realizar una aproximación teórica sobre los conceptos relevantes en torno al objeto de estudio. Entendemos que en algunos sectores de la Administración y especialmente en aquellos comprendidos en la Administración Técnica Especial, en nuestro caso SS.SS, se utilizan terminología y conceptos no siempre sencillos de comprender en el ámbito más amplio de la Administración General u otros contextos de intervención.

Trastorno de acumulación: en este trastorno se tiene tendencia a adquirir y almacenar todo tipo de objetos o sustancias que puedan en algún momento ser de utilidad. No consiguen definir las cosas en función de si es más o menos probable que se utilicen; lo que valoran es si hay alguna posibilidad de utilizarlas en el futuro. Esta dificultad de tirar y acumular comporta un aumento progresivo de cosas almacenadas. Si bien intentan tener ordenadas las cosas adquiridas, al final, la gran cantidad de cosas que han guardado imposibilita el orden y es por lo que limita más la posibilidad de utilizarlas en el futuro por no saber dónde las ha guardado. La progresiva utilización de espacios en la vivienda familiar comporta en ocasiones graves problemas de convivencia y el deterioro del funcionamiento familiar. En general, son conscientes de que su tendencia a acumular ocasiona problemas. No obstante, dada la angustia que les produce el deshacerse de cosas, mantienen su actitud. Normalmente, dado de que se es consciente de que lo que hace es atípico, intenta mantener en secreto esa actitud. Fuera de su domicilio sus relaciones interpersonales son totalmente normales.

Síndrome de Diógenes: En este síndrome, no se adquieren cosas, sino que no se tiran cosas. Es decir, lo que hacen es acumular los residuos que se van produciendo en el domicilio (basuras y restos orgánicos, heces y objetos que han quedado en desuso). A diferencia de lo que sucede en el trastorno de acumulación, el síndrome de Diógenes intenta ordenar las cosas. La acumulación de basura suele acompañarse de un deterioro del cuidado e higiene personal, con aislamiento social. No saben justificar ni por qué realizan esta actividad acumuladora ni por qué se autoabandonan tanto, frecuentemente, no parecen ser conscientes de que hay un problema. Son los vecinos y los familiares los que dan la voz de alarma. Este síndrome suele aparecer en la tercera edad. Suele estar asociado a otra enfermedad de base que afecta el funcionamiento de las funciones

cerebrales superiores, en particular, una demencia. Uno de los factores más importantes en el crecimiento del número de casos que manifiestan este trastorno es el progresivo aumento del número de personas de avanzada edad que viven solas.

Aunque existe el denominado síndrome de Crates e Hiparquía (en honor de los dos cínicos seguidores de Diógenes), como una variedad del síndrome de Diógenes ya que se considera dicho padecimiento cuando ambos miembros de una pareja presentan conductas tipo Diógenes. Desde el punto de vista psiquiátrico pueden presentar o no patologías.

Salubridad: La salubridad no es un concepto estrictamente sanitario. No existe una definición sanitaria de Salubre o de Salubridad. Ni son términos muy utilizados en el ámbito de la literatura o la normativa de salud pública. No se menciona la palabra salubridad ni en la Ley General de Sanidad ni en la Ley de Salud Pública de Andalucía. Ni siquiera en las definiciones de términos de Salud Pública de la Organización Mundial de la Salud. Para hablar los profesionales de la Salud Pública no suelen hacerlo del concepto de salubridad o protección de la salubridad, prefieren hablar de Protección de la Salud Pública, es decir, la mejora de la salud de la ciudadanía, con enfoque de promoción y protección en la salud y con la participación social. Existe un significado lingüístico: Salubre es “lo que es bueno para la salud”. Pero hay que tener en cuenta que el entorno en el que se desenvuelve la vida humana no está constituido exclusivamente por el medio natural, sino que hay que considerar también el entorno social construido, conformado por la vivienda y los estilos de vida.

Servicios Sociales Comunitarios: Son de titularidad y gestión pública, constituyen la estructura básica del nivel primario de servicios sociales. La organización y gestión de estos servicios y sus centros corresponde a las entidades locales de cada territorio, de ámbito municipal o supramunicipal, en el marco de la planificación autonómica y en el ejercicio de las competencias propias en materia de servicios sociales que les atribuyen el Estatuto de autonomía y la Ley 5/2010, de 11 de junio, de autonomía local de Andalucía. En este sentido, los Servicios Sociales comunitarios se configuran como el primer nivel de referencia para la valoración de las necesidades, la planificación, la intervención, tratamiento, seguimiento, evaluación de la atención y coordinación con otros agentes institucionales del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, garantizando la universalidad en el acceso al mismo y su proximidad a las personas usuarias, familias, unidades de convivencia y grupos de la comunidad. Los Servicios

Sociales Comunitarios posibilitarán el acceso de las personas usuarias al conjunto del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía y constituirán el nivel de referencia para la prevención de situaciones de vulnerabilidad social, la valoración de las necesidades, la planificación, la intervención, el seguimiento y la evaluación de la atención, así como la coordinación con otros agentes e instituciones presentes en el territorio, al objeto de articular la respuesta a las necesidades individuales, familiares, grupales y comunitarias de atención. Los Servicios Sociales Comunitarios estarán referenciados a un territorio y a una población determinada y se desarrollarán desde los centros de Servicios Sociales Comunitarios.

Protocolo de Intervención Social: Plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica (Real Academia Española, 2001). De actuación: conjunto de procedimientos específicos establecidos en un plan. Procedimientos son planes escritos y detallados de una intervención. Con métodos de ejecutar algunas cosas (RAE, 2001). Modo de ejecutar determinadas acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos, que permiten realizar una ocupación, trabajo, investigación, o estudio correctamente. Conjunto de acciones que se realizan de manera formal u organizada respondiendo a las necesidades sociales con el propósito, tanto de prevenir, paliar o corregir procesos de exclusión social, como de promover procesos de inclusión o participación social para mejorar el contexto de un colectivo o de la población de un territorio dado.

3.5 Situación actual de la Intervención Social, en casos de conductas acumuladoras desde los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Sevilla.

Actualmente desde los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Sevilla, las actuaciones profesionales que son realizadas por los y las profesionales del Trabajo Social están principalmente centradas en el acompañamiento a los inspectores de salud del servicio municipal tras la incoación de los expedientes de insalubridad por parte del servicio de Salud y la petición de este servicio para la intervención conjunta.

A partir de esta inspección se debería de realizar por parte de los Servicios Sociales Comunitarios un estudio y valoración de las posibles gestiones que puedan ser necesarias para complementar la labor realizada por el servicio de salud tras la realización de la retirada de enseres y basuras.

Según recoge el procedimiento de intervención ante situaciones de limpieza subsidiaria-saneamientos del año 2014 del Negociado de Salubridad del Servicio de Salud municipal, la actuación de los Servicios Sociales Comunitarios “se centrará en la atención a la problemática social de las personas residentes en la vivienda denunciada. Si en las intervenciones propias de su competencia, se detecta algún supuesto de los descritos de riesgo contra la salud, deberá ponerlo en conocimiento, mediante informe, al Servicio de Salud. Una vez terminada la intervención de retirada de los elementos considerados insalubres de la vivienda y transcurrido el tiempo de seguridad por los líquidos utilizados en la posterior desinfección y desinsectación, es preciso y está en sus competencias la realización de una limpieza de choque en dicha vivienda.”

Esto es lo que existe a nivel documental en relación a las intervenciones que corresponden realizar a los y las profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios.

Posteriormente lo que los y las técnicos/as realizan en sus intervenciones queda al buen hacer profesional tras la necesaria valoración social y diagnóstico de la situación para llevar a cabo diferentes intervenciones sociales. La intervención social actual se centra en la aplicación de recursos como pueden ser; la búsqueda de alojamiento alternativo mientras la vivienda queda cerrada el periodo necesario tras la aplicación de productos químicos, la posible realización de una limpieza de choque, la aplicación de posibles ayudas sociales de emergencia para el equipamiento de la vivienda, o la realización de informes poniendo en conocimiento a otras Administraciones la situación detectada tras la inspección para su conocimiento. Estas actuaciones son principalmente las que se desarrollan actualmente desde los Servicios Sociales Comunitarios tras haberlas constatado mediante la experiencia laboral en este Ayuntamiento.

Normalmente no se contempla el seguimiento de los casos intervenidos con el fin de contención y prevención para evitar que se vuelva a repetir dicha conducta o no llegue a situaciones extremas como las que nos encontramos cuando realizamos las visitas domiciliarias e inspecciones conjuntas con Salud.

Por este motivo y valorando como muy necesaria el conocimiento de las oportunas actuaciones planificadas en el tiempo en estas situaciones de conductas acumuladoras, se valora conveniente la necesidad de un protocolo de actuación específico para estas situaciones que unifique las líneas de actuación y facilite de esta forma el conocimiento de las mismas a los técnicos de los Servicios Sociales Comunitarios.

Se valora como imprescindible la existencia de un protocolo que regule el procedimiento a seguir en estos casos y sobre todo contenga entre otras intervenciones la labor de seguimiento desde los Servicios Sociales Comunitarios, en aquellos casos que ya se ha efectuado un saneamiento. Principalmente con el objeto de prevenir y sobre todo intentar paliar la no reproducción de dichas conductas acumuladoras en las personas que las padecen y por otro lado evitar costes económicos innecesarios de labores de campo bien sea de inspección, saneamiento o limpieza, fumigación ante plagas, retirada de animales...que implica coordinar todo un operativo de personal importante con un elevado coste del presupuesto municipal que se podría evitar previniendo estas situaciones.

En relación a los SS.SS, concretamente en esta ciudad, el Área de Bienestar Social y Empleo, tiene adscritos 14 Centros de Servicios Sociales Comunitarios distribuidos en la ciudad de Sevilla, tal y como se observa en la figura 1. Dichos centros municipales colaboran estrechamente con los servicios de salud municipal en la atención del fenómeno que se investiga. Como dato general los Servicios Sociales Comunitarios han atendido durante el año 2016 a un total de 30.000 familias y unidades unipersonales.

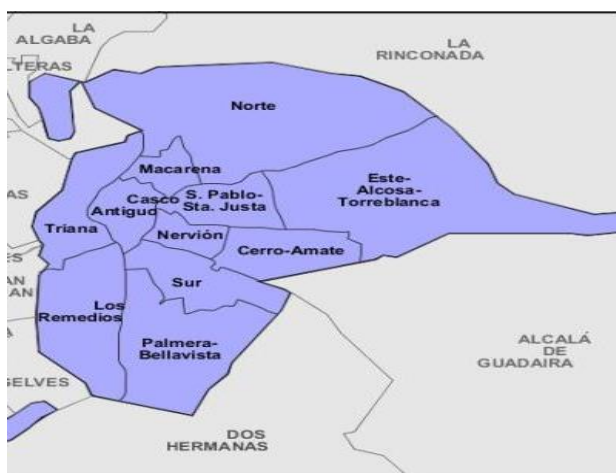


Figura 1: Ubicación territorial de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios.
Fuente: Ayuntamiento de Sevilla (2005)

A continuación se presenta uno de los 14 equipamientos con los que cuenta la Dirección de Acción Social del Ayuntamiento de Sevilla para el desarrollo y ejecución de Prestaciones Básicas de los Servicios Sociales. Cada centro dispone de un equipo de profesionales interdisciplinar formado por trabajadores/as sociales, psicólogos/as, y educadores/as sociales que intervienen en el territorio con diferentes procedimientos y protocolos establecidos para cada problemática que se pueda presentar. Pero debido a la multiproblematicidad existente, las nuevas realidades con las que intervenimos y en muchos casos la complejidad de actuación con las mismas, existen aún lagunas o vacíos en relación a algunos protocolos de intervención los cuales no están elaborados, como es el caso de las conductas acumuladoras y su intervención desde los SS.SS Comunitarios del municipio de Sevilla.



Figura 2: Centro de Servicios Sociales San Pablo-Santa Justa. Elaboración propia

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

En esta investigación se pretende describir el denominado síndrome de Diógenes. Para ello se ha realizado una investigación de alcance descriptivo bajo un enfoque de tipo mixto. Se trata de un diseño no experimental longitudinal ya que lo que se ha pretendido es analizar los cambios de dicho fenómeno a lo largo del tiempo, concretamente durante tres años consecutivos.

Por otro lado teniendo en cuenta el objeto de estudio se ha utilizado una metodología basada en el enfoque crítico racional, ya que además de la recopilación y análisis de los datos se pretende reflexionar sobre ellos e interpretarlos para proponer mejoras de las propias intervenciones y del Servicio en el que desarrollan la labor los y las trabajadores/as sociales comunitarios. De esta forma se conseguirá unificar criterios ya establecidos en otras ciudades mediante diferentes protocolos ya elaborados y en funcionamiento.

Las variables objeto de estudio han sido las siguientes:

1. Intervenciones realizadas en conductas acumuladoras por los técnicos del Servicio de Salud Municipal donde se han contemplado:

- Denuncias recibidas durante los tres últimos años por el servicio de salud municipal
- Denuncias finalizadas por el servicio de salud municipal
- Número de Intervenciones llevadas a cabo por el servicio de salud municipal y otros agentes que intervienen en el proceso, centrándonos principalmente en las intervenciones con los servicios sociales comunitarios del municipio de Sevilla
- Número de intervenciones pendientes de realizar desde el servicio municipal de salud
- Número de saneamientos realizados
- Número de derivaciones que ha recibido el servicio de salud municipal
- Número de Inspecciones conjuntas
- Distribución de saneamientos por distritos del Municipio de Sevilla
- Procedencias de los saneamientos
- Saneamientos voluntarios

2. Protocolos de Intervención en conductas acumuladoras en el territorio nacional.

- Revisión del protocolo de Málaga

- Revisión de la propuesta de protocolo en la provincia de Soria, elaborada por Boillos (2012, pp 317-353)
- Revisión del protocolo de Cádiz
- Revisión del protocolo de Salamanca

4.2 FASES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se describen las fases de la presente investigación:

- FASE 1: Revisión teórica sobre las variables objeto de estudio.

En primer lugar para el abordaje del objeto de estudio se han analizado y agrupado parte del conocimiento científico existente sobre el síndrome de Diógenes para poder elaborar el marco teórico y poder conseguir los objetivos planteados en la misma, se ha considerado fundamental conocer la enfermedad bautizada como “síndrome de Diógenes”.

- FASE 2: Análisis de los datos procedentes del servicio de Salud municipal del Ayuntamiento de Sevilla.

Esta fase se inicia con la revisión de los datos secundarios producidos por el servicio de salud municipal del Ayuntamiento de Sevilla. Concretamente estos datos han sido obtenidos de las evaluaciones del Plan de Salubridad realizadas por este servicio en los años 2014, 2015 y 2016.

Se han mantenido reuniones con el Jefe del Área de Salud Municipal del Ayuntamiento de Sevilla y con diferentes técnicos sanitarios de este servicio, ya que se ha considerado que este servicio es el principal referente ante situaciones de conductas acumuladoras existente en el municipio, siendo de esta forma una parte imprescindible de la intervención profesional en relación a los saneamientos de viviendas que padecen conductas acumuladoras.

En la actualidad, los estudios con datos secundarios van tomando mayor importancia porque cada vez tiene menos sentido generar una cantidad formidable de datos para usarlos tan sólo una vez con el objeto de producir un informe y/o publicación y luego

pasar a formar parte de un banco de datos inutilizado” (García, Ibáñez y Alvira 2002, p 301).

Se puede constatar que la mayor ventaja de la investigación secundaria es su fácil disponibilidad y el bajo coste. “Está especialmente recomendada cuando se dispone de recursos económicos, materiales y humanos muy limitados para desarrollar una investigación” (Cea D’Ancona 1996, p 232).

Por el contrario uno de los inconvenientes es la limitación de los datos que se desean, es de decir, puede darse la inexistencia de información. En este caso hubiera sido muy interesante contar con datos demográficos de la población atendida desde el Servicio de Salud, en lo referente a; edad, sexo, formación, patologías de salud, situación económica, relaciones familiares...que hubiera permitido analizar otro tipo de características de la población objeto de estudio y ampliar así la investigación, pero no ha sido posible obtenerlos en este primer acercamiento al fenómeno estudiado.

- FASE 3: Análisis de los protocolos existentes en las ciudades de Salamanca, Cádiz, Málaga y Soria.

En esta fase de la investigación se han revisado y analizado diferentes procedimientos o protocolos de intervención, que son aplicados por los diferentes profesionales de Salud y de SS.SS en ciudades de España. Los protocolos analizados, son los existentes en las provincias de Salamanca, Cádiz, Málaga y Soria. Además se ha contado con el protocolo de intervención ante situaciones de limpieza subsidiaria-saneamientos del servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla. Se ha pretendido comparar estos protocolos, reflexionando sobre los puntos en común de los mismos y las diferencias de estos a la hora de intervenir con la población objeto de intervención.

Se pretende mediante esta revisión reflexiva comparar estos protocolos, detectar sus puntos en común y las diferencias para así elaborar uno final adaptado a las necesidades del municipio de Sevilla que culminará el objetivo de este trabajo.

- FASE 4: Elaboración de un Protocolo de actuación municipal para aplicar en los Servicios Sociales Comunitarios de la corporación local Sevillana.

Finalmente se concluye esta investigación con la elaboración de un protocolo de intervención interdisciplinar en Servicios Sociales Comunitarios para aplicar en el municipio de Sevilla en aquellos casos afectados con conductas acumuladoras.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto de estudio está constituida por los vecinos de la ciudad de Sevilla, correspondiéndose con la muestra analizada la totalidad de la población censada en el municipio de Sevilla (ver tabla 2). Los datos secundarios que se han manejados son todas las intervenciones llevadas a cabo entre los años 2014 y 2016 con la población residente en la ciudad.

En la siguiente tabla además de comprobar la evolución de población censada en la provincia de Sevilla se puede constatar que a fecha de enero de 2016 hay un total de 689.944 personas censadas en la ciudad según el Servicio de Estadística municipal.

Tabla 2: Población censada en la ciudad de Sevilla

<u>Fecha de referencia</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Total</u>
01/01/2016	332.168	366.776	698.944
01/01/2015	333.079	367.517	700.596
01/01/2014	334.499	368.762	703.261
01/01/2013	335.299	369.681	704.980
01/01/2012	336.164	370.201	706.365

Fuente: Servicio de Estadística. Ayuntamiento de Sevilla (2017)

En este sentido, cualquier persona residente en la ciudad de Sevilla, puede ser objeto de intervención profesional por parte de los servicios competentes en esta materia. Y es toda esta población la que puede informar y comunicar de una posible situación de insalubridad pública por las diferentes vías de acceso existentes a la Administración Pública, que quedarán recogidas en el protocolo diseñado en esta investigación.

5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presentan los principales resultados de la investigación, mediante una comparativa de datos en los tres años de evaluación que se han analizado y una revisión reflexiva de los protocolos analizados.

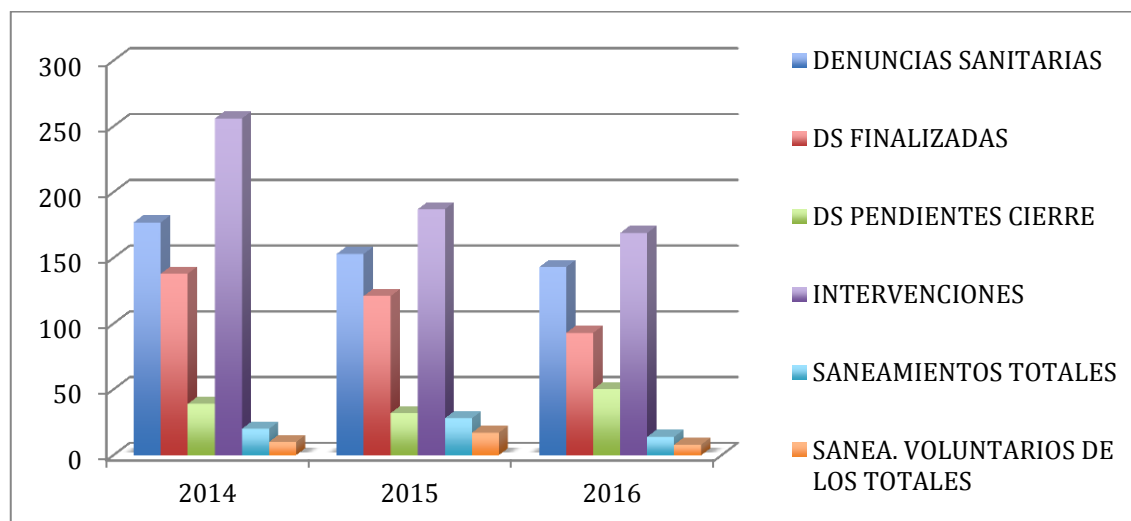


Figura 2, Evaluación 2014, 2015 y 2016. Elaboración propia. Datos secundarios obtenidos de la Evaluación Plan de Salubridad 2014 al 2016. Excmo. Ayuntamiento de Sevilla

En la figura 2 se recogen el número de denuncias sanitarias recibidas (en adelante, DS) en el servicio de salud municipal. Estas denuncias aperturan expediente administrativo el cual dependiendo de las características de cada caso y según las indicaciones requeridas en el procedimiento administrativo, producirá la intervención de uno o varios servicios o “agentes intervinientes”. En este sentido se reflejan en dichas tablas cuantas de esas denuncias llegan a su fin (finalizadas), DS pendientes de cierre porque aún queden intervenciones pendientes de realizar, el número de intervenciones totales que se han realizado en cada año, el número de saneamientos totales realizados donde se incluyen los realizados por orden judicial, y los saneamientos de los totales que han sido realizados de manera voluntaria.

En relación al número de denuncias recibidas se puede comprobar como ha ido descendiendo la presentación de las mismas en el Servicio de Salud Municipal durante estos tres años consecutivos, llegando a recibirse en el año 2014 un total de 177

denuncias, de las cuales se finalizan 138, consiguiéndose por lo tanto en el 77,96% de las denuncias dar por finalizada las situaciones de insalubridad. En consecuencia queda pendiente de realizar alguna intervención en este primer año analizado en un total de 39 denuncias las cuales están pendientes de cierre, quedando incluidas en las DS del año 2016.

En el año 2015 se cuenta para intervenir con un total de 153 denuncias, finalizándose en dicho año 121 de las mismas, consiguiéndose con ello, en un 79,08% dar por concluida la situación de insalubridad presentada. En este sentido dicho año quedan 32 denuncias pendientes de alguna intervención.

En el año 2016 el número de denuncias con las que se cuentan para intervenir desciende a 143, finalizándose un 93 de las mismas y consiguiéndose en un 65,03% de las situaciones el cierre del caso.

Este descenso de las denuncias en los años analizados se considera que puede deberse principalmente al resultado de las intervenciones realizadas por los diferentes agentes implicados en el proceso de intervención ya que con ello se consigue la reducción de los casos afectados por conductas acumuladoras en los años inmediatos tras realizarse el saneamiento. Sería muy interesante conocer cuales de estas viviendas reiteran denuncias y el tiempo en el que se vuelve a producir.

En relación a las intervenciones llevadas a cabo es en el año 2014, el año con mayor número de intervenciones efectuadas llegando a las 256 frente a las 187 del año 2015 y las 169 del año 2016. Hay que especificar que el número de intervenciones realizadas por DS es variable ya que hay denuncias que con una intervención es suficiente pero existen otros casos que dependiendo de sus características específicas requieren muchas más intervenciones.

Dentro de las intervenciones realizadas se han analizado el número de saneamientos efectuados en estos años. Si es importante, como se ha mencionado anteriormente, que tras la realización de los saneamientos existe una reducción de intervenciones en los años posteriores. Sería muy interesante poder conocer si estos datos se mantienen o si por el contrario vuelven a aumentar pasado un tiempo por reproducción de la conducta acumuladora.

Se considera muy importante para conseguir la finalización de las situaciones de insalubridad, la voluntariedad y colaboración de la persona implicada y/o familiares en los procedimientos por trastornos de acumulación. El resultado y la consecución de la limpieza de la vivienda es más favorable ya que se acortan los tiempos establecidos para la consecución y mejora de la situación tanto de salud como social.

En este sentido en el año 2014 se han realizado un total de 20 saneamientos de los cuales el 50% se realizaron de manera voluntaria. Este resultado tan positivo es el fruto de la voluntariedad de los interesados y la colaboración para la mejora de su situación.

Se han realizado en el año 2015 un total de 28 saneamientos de los cuales 17 han sido de manera voluntaria y en el año 2016 se han realizado un total de 14 saneamientos de los cuales 8 han sido voluntarios. Los saneamientos no voluntarios son los realizados mediante orden judicial, al no existir colaboración de los interesados.

En este sentido, se comprueba que el trabajo en red entre las instituciones implicadas ante dicha problemática y la necesaria intervención de forma coordinada entre los diferentes agentes intervinientes da su fruto de forma muy positiva. Se establecen líneas de actuación entre los diferentes agentes intervinientes en el proceso y la labor de contacto con los SS.SS es muy importante para el logro de dichos resultados.

La media de denuncias recibidas en el servicio de Salud en estos tres años asciende a 157,67 anuales.

De los tres años evaluados el año 2014, ha sido el que ha recibido un mayor número de DS llegando a tener un total de 177 que son la suma de las 154 recepcionadas en el año 2014 más las 23 denuncias pendientes del año anterior.

Algunos datos de este año se pueden comprobar en la siguiente figura:

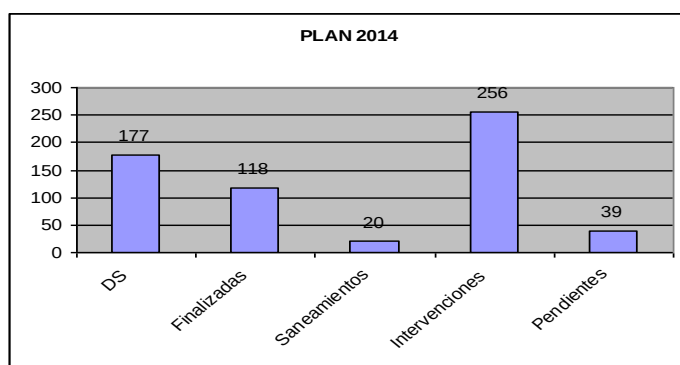


Figura 3: Datos relativos al año 2014. Fuente: Evaluación Plan de Salubridad año 2014. Ayuntamiento de Sevilla.

De las 177 denuncias sanitarias, llegan a finalizarse un importante número de ellas 138, realizándose 20 saneamientos del total de las denuncias finalizadas.

Desde el Servicio de Salud ante las inspecciones realizadas consideraron en este año la necesidad de realizar saneamiento en 20 viviendas únicamente, se puede deducir de estos datos que el resto de las inspecciones realizadas no llegaron a culminar en saneamientos por diferentes circunstancias entre ellas puede ser la colaboración familiar para la realización de la retirada de enseres y limpieza de la vivienda en aquellos casos que se valorara que fuera posible la realización de la misma por parte de la familia o la persona afectada. Aunque hay que tener en cuenta que están pendientes de intervenir en este año en 39 denuncias sanitarias.

Se considera muy satisfactorio los datos obtenidos en relación a las intervenciones finalizadas y parte del logro de los mismos se debe a la voluntariedad para la realización de los saneamientos por parte de las personas que padecen dicha conducta acumuladora o familiares de los mismos. En este sentido es muy importante ya que se acortan los tiempos del procedimiento. Dichos datos se puede visualizar en la tabla 3 que a continuación se expone:

Tabla 3: Número de saneamientos realizados del 2014 al 2015 y voluntariedad de los mismos.

SANEAMIENTOS		
	Total	Voluntarios
2014	20	10
2015	28	17
2016	14	8

Fuente: Evaluación Plan de Salubridad 2014 al 2016. Excmo. Ayuntamiento de Sevilla

En la figura 4 se puede comprobar por zonas del municipio de Sevilla, cuál de ellas es la que tiene mayor número de intervenciones de insalubridad y por consiguiente de demandas recibidas por el servicio de salud municipal. Considerándose en este sentido que desde los centros de SS.SS correspondientes a dichas zonas los y las trabajadores sociales ubicados en estos territorios son lo que reciben mayores casos de solicitudes de inspecciones conjuntas con el área de Salud.

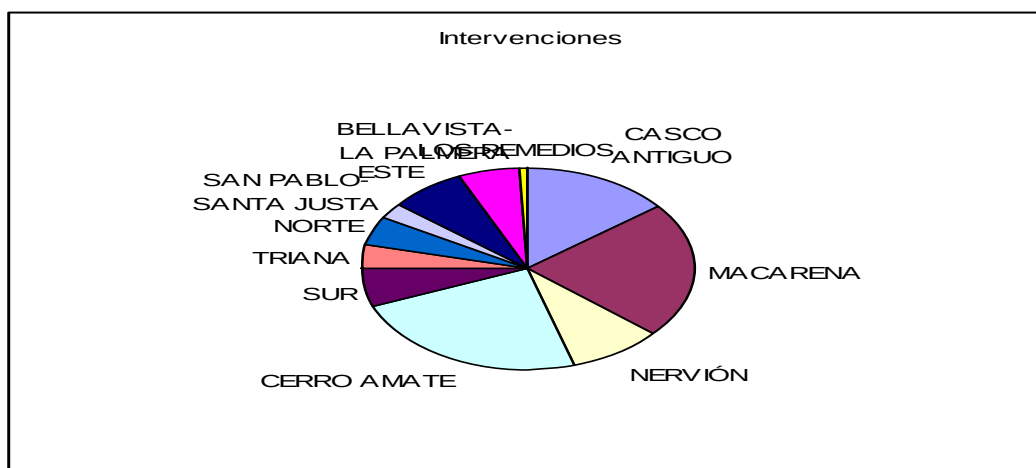


Figura 4: Media de Intervenciones años 2014, 2015 y 2016 en los diferentes barrios del municipio Sevilla. Fuente: Evaluación Plan de Salubridad 2014 al 2016. Ayuntamiento de Sevilla

Las zonas por orden de mayor número de denuncias en relación a conductas acumuladoras serían las correspondientes a los barrios de:

- Zona de Cerro Amate con 60 intervenciones de media en los tres años.
- Zona de Macarena con 55 intervenciones de media en los tres años.
- Zona de Casco antiguo con 38 intervenciones de media en los tres años.
- Zona de Nervión con 23 intervenciones de media en los tres años.
- Zona Este con 19 intervenciones de media en los tres años.
- Zona de Bellavista –La Palmera al igual que la zona Sur con 15 intervenciones de media en los tres años.
- Zona Norte con 12 intervenciones de media en los tres años.
- Zona de Triana con 10 intervenciones de media en los tres años.
- Zona San Pablo-Santa Justa con 7 intervenciones de media los tres años.
- Zona Los Remedios con 2 intervenciones de media los tres años.

Según estos datos, es la zona Cerro Amate una de las consideradas como Zona de Actuación Preferente o con Necesidades de Transformación Social en el municipio de Sevilla por las características de la misma una de las que presentan mayores número de denuncias sanitarias debido a la diversidad de problemáticas en diferentes campos que padecen sus habitantes. Entre estas problemáticas destacan las relacionadas con unas deficitarias condiciones higiénico-sanitarias, desintegración social y deterioro urbanístico.

Decir que en dicha zona la mayoría de los profesionales de los Centros de Servicios Sociales no son de plantilla municipal, sino adscritos a programas por lo que la eventualidad de los mismos es un detrimento a la hora de la intervención ya que la movilidad de los técnicos que son contratados en la actualidad por una duración determinada no mayor a un año de contrato, dificultándose el conocimiento de los procedimientos por una constante adaptación a los puestos que ocupan y mucho mayor si no existen unas líneas de actuación claras y definidas en cada territorio ya que se agrava por el hecho de que no hay homogeneidad en la atención ofrecida por la ausencia de procedimientos a seguir en estas situaciones.

Finalizamos el análisis de datos secundarios con los datos sobre procedencia de derivaciones al Servicio de Salud Municipal recogidos en la figura 5.

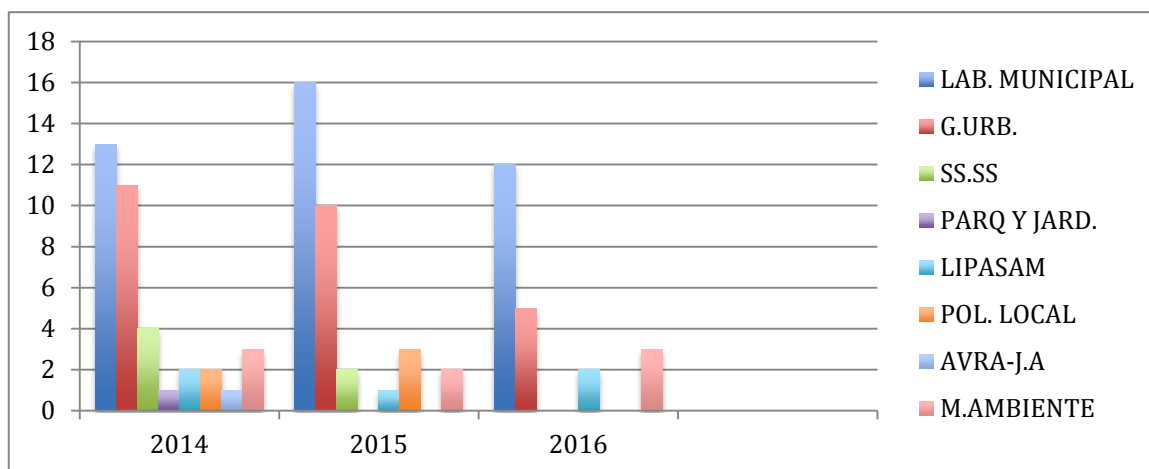


Figura 5: Derivaciones al Servicio de Salud Municipal comparadas desde diferentes servicios. Serie temporal de los años 2014, 2015 y 2016. Elaboración propia. Datos secundarios obtenidos de la Evaluación Plan de Salubridad 2014 al 2016. Excmo. Ayuntamiento de Sevilla

En estos años es interesante destacar un escaso número de casos detectados en primera instancia por los Servicios Sociales Comunitarios del municipio de Sevilla, no siendo estos servicios los principales agentes de detección de posibles situaciones que afecten a la Salud Pública. En el año 2014 se derivan por parte de los Servicios Sociales Comunitarios al servicio de Salud Municipal un total de 4 casos, frente los 2 casos derivados en el año 2015 y ningún caso derivado en el año 2016 a los servicios de Salubridad.

Tal y como recoge el Servicio de Salud Municipal del Ayuntamiento de Sevilla, los Servicios Sociales Comunitarios como consecuencia de las actuaciones propias de sus competencias pueden detectar casos de posible insalubridad por acumulación, presencia de animales o plagas, y deben de ponerlo en conocimiento mediante oficio a los servicios de Salud o Laboratorio Municipal, según el tipo de problemática que sea. A los efectos el programa de salubridad darán a esta comunicación el tratamiento de una denuncia y como tal se iniciará expediente, si procede..

Resulta sorprendente que de las 30.000 familias y unidades unipersonales atendidas en el último año no se hayan derivado ningún caso al servicio de Salud municipal por

parte de los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Sevilla o por lo menos así lo reflejan dichos datos.

Con respecto a las intervenciones conjuntas realizadas por los diferentes agentes intervinientes en los diferentes servicios, a continuación se puede visualizar en la figura 6 cuales son los diferentes servicios y agentes implicados que intervienen en el proceso de actuación con conducta acumuladora en el municipio de Sevilla:

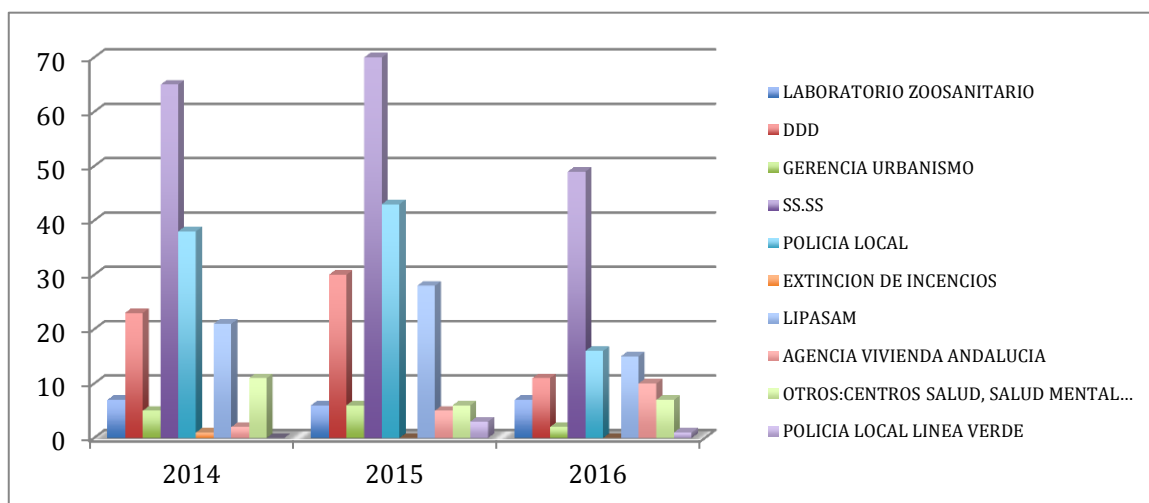


Figura 6: Inspecciones Conjuntas. Elaboración propia. Datos secundarios obtenidos de la Evaluación Plan de Salubridad 2014 al 2016. Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

Tal y como se recoge en la figura 6, los SS.SS municipales son los que mayor actividad presentan en relación a las intervenciones realizadas conjuntamente con el servicio de salud, en denuncias de salubridad en la ciudad de Sevilla..

De esta forma en el año 2014 se producen 65 inspecciones conjuntas, en el año 2015, se producen un total de 70 inspecciones conjuntas y en el año 2016 se producen 49 inspecciones conjuntas entre SS.SS y el servicio de Salud municipal.

A continuación tras la realización de un análisis comparativo de los protocolos actuales en los municipios de Salamanca, Soria, Cádiz y Málaga y del análisis del procedimiento de intervención ante situaciones de limpieza subsidiaria-saneamientos del servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla elaborado en el año 2014 se han llegado a las siguientes conclusiones:

Todos los protocolos comienzan detallando los antecedentes para su elaboración y posterior aplicación, así como un breve apartado destinado a los fundamentos jurídicos en los que se basan, en los que se enumeran dos o tres leyes relacionadas con los SS.SS y con el sistema sanitario de la comunidad autónoma donde se ponen en funcionamiento.

Los protocolos continúan todos ellos estableciendo una división de apartados donde se indican de forma resumida diferentes actuaciones.

Todos los protocolos establecen en un primer apartado la detección o conocimiento de los casos insalubres, detallándose cuales pueden ser las vías de conocimiento de los casos y de que manera se pueden iniciar el procedimiento con la correspondiente denuncia en la administración pública correspondiente.

En un segundo apartado todos los protocolos analizados establecen de manera resumida cuales son las intervenciones a realizar por los diferentes agentes implicados en el proceso de actuación municipal, en este sentido por ejemplo el protocolo de la ciudad de Salamanca del año 2010, subdivide este apartado en las áreas municipales implicadas y dentro de cada área menciona las funciones que asumirán cada uno de los servicios dentro del proceso de intervención municipal. Las áreas que recoge son las de medio ambiente, bienestar social, secretaria general-oficialía del mayor/asesoría jurídica, policía local y servicio de extinción de incendios y salvamento.

Cada protocolo establece las áreas municipales existentes en su corporación local y las funciones que cada una deberá desarrollar.

Finalmente los protocolos analizados recogen un último apartado en el que coinciden en denominarlo coordinación con otras administraciones. Este último apartado lo fundamentan dada la importancia y necesaria implicación de las diversas instituciones y organismos para una gestión eficaz se requiere una ágil e inmediata coordinación entre los diferentes agentes implicados. Entre estas administraciones son coincidentes todos los protocolos en las siguientes:

- Delegación provincial de la Consejería de Salud
- Delegación provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
- Juzgados del Orden Civil y Contencioso Administrativo

El protocolo de Salamanca incluye la Gerencia territorial de SS.SS Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades, a diferencia del resto de protocolos.

De los protocolos analizados pocos establece de forma detallada todo el proceso metodológico a seguir por los y las profesionales del Trabajo Social en sus actuaciones con situaciones de conductas acumuladoras. En este sentido el protocolo que se ha considerado más completo han sido el propuesto en la ciudad de Soria ya que es el único que si contempla las actuaciones a desarrollar por los y las profesionales del Trabajo Social en todas las fases del proceso metodológico. Tanto el protocolo de Soria como el de Málaga son los únicos que recogen las actuaciones en casos de pacientes afectados por trastorno psíquico.

El resultado de estas conclusiones ha culminado en la última fase de esta investigación donde se ha diseñado un protocolo de intervención Inter-administrativo e Interdisciplinar en casos de conductas acumuladoras que a continuación se presenta:

5.1 PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN INTER-ADMINISTRATIVO E INTERDISCIPLINAR EN CASOS DE CONDUCTAS ACUMULADORAS:

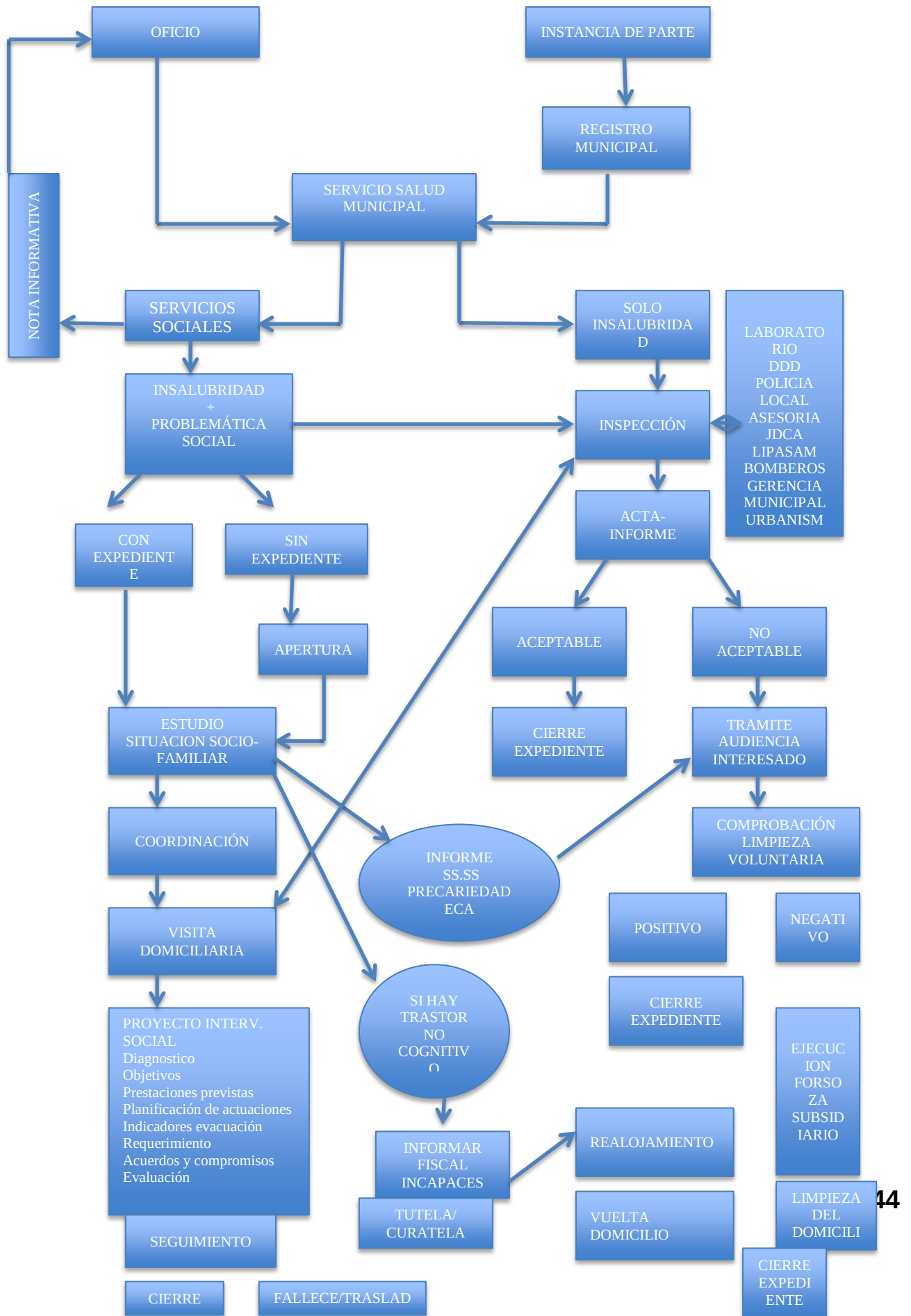


Figura 7: Protocolo de Intervención Social en SS.SS Comunitarios. Elaboración propia.

1.FASE DE INICIO: DETECCIÓN O CONOCIMIENTO

En esta primera fase se produce la detección del problema o noticia de una posible situación que afecta a la salubridad o seguridad pública y que se pueda catalogar como caso de conducta acumuladora – síndrome de Diógenes. El conocimiento de estas situaciones puede producirse por distintas vías generando el inicio del correspondiente procedimiento administrativo.

Estas vías serían las siguientes:

a) De Oficio, entre ellas se contemplarían:

Notificaciones o informes de las diferentes áreas municipales o actuaciones de la Administración u entidades sociales al dar respuesta a otras demandas que exijan su intervención, pudiendo ser las siguientes:

- Peticiones de Juzgados
- Informes de la Policía Local Municipal
- Servicios Sociales Comunitarios, mediante la realización de visitas domiciliarias o detección de situaciones de insalubridad en entrevistas realizadas en despachos
- Sistema Sanitario Andaluz de Salud, mediante los centros de atención primaria de salud
- Notificaciones de Organizaciones No Gubernamentales
- Teléfono de atención al Mayor, mediante derivaciones remitidas a los Servicios Sociales Comunitarios

b) A instancia de parte:

Mediante denuncias efectuadas por cualquier interesado, familiares, vecinos o no del mismo inmueble...ante la presencia de malos olores, plagas de insectos, roedores, etc....Estas denuncias o quejas ciudadanas pueden efectuarse individualmente o a través de alguna Asociación, comunidad de propietarios.

La denuncia requiere la formalización por escrito y su presentación en el registro general o cualquier registro auxiliar de la ciudad de Sevilla, siendo necesario incluir en la misma como mínimo los siguientes datos:

Nombre y apellidos del denunciante, así como Documento Nacional de Identidad y un teléfono de contacto. Si la denuncia es en relación a insalubridad, deberá contener dirección completa: calle, número, piso y puerta en su caso de la misma, así como nombre y apellidos del ocupante o propietario de la misma, siendo aconsejable, aunque no obligatorio, un teléfono de contacto.

Si la denuncia es en relación a tenencia de animales, deberá especificar el nombre, apellidos y dirección del poseedor o propietario de los mismos, siendo aconsejable, aunque no obligatorio, un teléfono de contacto.

En todos los supuestos, la denuncia, informe, diligencia de actuación... dará lugar a la incoación del correspondiente expediente administrativo municipal tendente al dictado de acto que requiera, por motivos de salubridad pública. Una vez presentada la denuncia se remitirá al servicio de salud municipal como entidad competente en esta materia, quien dependiendo del contenido de la misma llevará la coordinación de los diferentes agentes intervinientes en este proceso. En este sentido si el contenido de la denuncia o comunicación de posible situación de insalubridad se refiere a asuntos cuya competencia sean de varios servicios serán los técnicos de dicho servicio de salud quienes determinarán en cada caso su prioridad y en consecuencia, la prelación en el inicio de las actividades subsiguientes. En el caso de que sean causas mixtas intervendrán los diferentes servicios o agentes precisos de forma conjunta y coordinada con unas actuaciones que se especifican a continuación en la fase de intervención o actuación municipal.

2. FASE DE INTERVENCIÓN O ACTUACIÓN MUNICIPAL

Esta fase se basa en dos pilares fundamentales:

a) Si la problemática es exclusivamente de salud pública o insalubridad de la vivienda, intervendrán el servicio de salud municipal y si procede los siguientes agentes o servicios implicados en el protocolo de intervención: el Laboratorio Municipal, la policía local, la asesoría jurídica de la corporación local (se valora muy necesaria que exista y que asuma unas funciones concretas en estas situaciones), la empresa de limpieza pública del

ayuntamiento de Sevilla (en adelante, LIPASAM), el Servicio de extinción de incendios y la Gerencia Municipal de Urbanismo.

b) Si unido a la problemática de salud se detecta una problemática social de las personas que residen en la vivienda, se intervendrá desde el servicio de intervención de los SS.SS de la ciudad de Sevilla, correspondiéndole en función de la ubicación de la vivienda el centro de Servicios Sociales Comunitarios de esa zona.

Para ello se contará con la colaboración de los diferentes agentes y cuerpos de seguridad que se precisen. Los servicios municipales asumirán las siguientes funciones y competencias en el proceso de intervención municipal:

A) Registro General o Registros Auxiliares del Ayuntamiento de Sevilla

Desde los registros municipales se reciben y registraran las denuncias presentadas. Asimismo se realizará la distribución de las mismas a los servicios correspondientes en función del o los motivos que se presenten. Todas las denuncias por insalubridad deberán ser remitidas a la sede del Área competente en cada momento. En la actualidad Área de Bienestar Social y Empleo – Dirección Social de Acción Social, de donde se derivarán a los servicios considerados competentes: Salud, Laboratorio, Servicio de Intervención de los Servicios Sociales. Anexo: *Organigrama del Área de Bienestar Social y Empleo del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla*.

B) Servicio de Salud Municipal

El servicio de Salud municipal del Ayuntamiento de Sevilla, tendrá las siguientes funciones:

- Recepción de denuncias y comunicaciones de casos de posible insalubridad por acumulación de residuos.
- Determina si es de competencia propia o de otro servicio o administración.
- Realiza las visitas de inspección de la vivienda o espacio público. Si fuese necesario, recabaría el apoyo de otros servicios para la realización de esta visita. En este sentido los servicios de Salud o Laboratorio, podrán solicitar la intervención de Servicios

Sociales Comunitarios ante la problemática social de las personas residentes en una vivienda denunciada, una vez realizada la primera inspección de dicha vivienda que se efectuará a ser posible y si el caso lo requiere desde los dos servicios municipales.

De forma específica, en caso de tenencia de animales o presencia evidente de plagas, recabará el apoyo del Laboratorio Municipal.

- Emite Acta-Informe de las actuaciones en campo que realice, sean de inspección o saneamiento, en el que se reflejarán el estado del lugar. De ser aceptable su situación en salubridad se procederá al archivo del expediente.
- Si la vivienda no reúne las condiciones de salubridad optimas se inicia Trámite de audiencia al interesado, con las notificaciones según la Ley de Procedimiento Administrativo y resolución de la alcaldía, o de la concejalía-delegada competente según la materia, que incluya la correspondiente orden de ejecución, plazo para la ejecución voluntaria, y el apercibimiento expreso de ejecución forzosa subsidiaria en caso de incumplimiento. Dicha resolución deberá notificarse de conformidad con la Ley de Procedimiento Administrativo vigente.
- Vencido el plazo concebido para la ejecución voluntaria, la inspección sanitaria, con apoyo de la Policía Local, constatará si se ha producido o no la limpieza del lugar de conformidad con la resolución dictada. Si el informe fuere positivo, se procederá al archivo del expediente. Si fuere negativo, se harán constar las circunstancias concretas y su motivación, y especialmente si se ha permitido o no la entrada a la vivienda. En esta situación, se notificará al afectado el día y hora en el que se llevará a cabo la ejecución forzosa subsidiaria, informándole que de no permitir la entrada para ello, continuarían los trámites para recabar la autorización judicial de entrada al domicilio.
- En aquellos casos que sea necesario solicitar al Juzgado del Contencioso-administrativo la entrada al domicilio afectado, deberá indicarse el objetivo de la misma (inspección, limpieza, seguridad), y en todo caso, que se hace en ejecución de acto administrativo firme y dictado de conformidad con el procedimiento administrativo, y que se ha cumplido con la ejecución voluntaria de dicho acto. Se indicará la urgencia del caso a efectos de poder acortar los plazos de alegaciones tanto del Ministerio Fiscal como del interesado, con el fin de eliminar los riesgos contra la salud pública, reflejados en los informes de inspección emitidos.

- Durante la actuación para la realización de la limpieza subsidiaria de la vivienda, coordina el operativo de saneamiento sobre el terreno en el día de su ejecución. Incluyendo la presencia “in situ” de los servicios e instituciones representadas que han de estar presentes en el saneamiento.
- El servicio de Salud, o instancia municipal superior, dará a conocer este procedimiento a las instituciones públicas con las que ha de ejercerse la coordinación (servicio de salud de la Comunidad Autónoma, Defensor del Pueblo, otros servicios municipales, etc.)

La Sección Administrativa de Salud:

- Una vez realizada la inspección sanitaria por los técnicos de Salud y medio ambiente y establecida la competencia del Servicio de Salud en el objeto de la denuncia, tramita expediente Administrativo para restaurar las condiciones de salubridad del domicilio o lugar de convivencia humana denunciado.
- Realiza los trámites necesarios para identificar al propietario o inquilino del lugar denunciado.
- Gestiona la documentación y trámites necesarios para realizar las notificaciones, audiencias y atender las alegaciones de los interesados.
- Realizará la propuesta de resolución al órgano competente.
- Requerirá la intervención de la Asesoría Jurídica cuando sea necesaria la autorización judicial de entrada en domicilio.
- Comunicará al organismo competente la necesidad de proceder a la gestión de cobro de la ejecución subsidiaria.
- Requerirá informe de Servicios Sociales sobre la situación económica y familiar de los inquilinos o propietarios del lugar denunciado, al objeto de informar de la bonificación, en su caso, en el cobro del coste de la ejecución subsidiaria.

C) Servicio de Laboratorio Municipal

Los negociados de Desinfección, des ratificación y desafección (en adelante, DDD) realizarán las siguientes funciones:

- Una vez recibidas y registradas por la sección administrativa, recepción de denuncias y comunicaciones de casos de supuesta insalubridad por presencia de animales en número o condiciones inadecuadas de mantenimiento o por presencia de plagas, determina si es competente o si por el contrario, es competencia de otro servicio o administración.
- Realiza las visitas de inspección. Si fuese necesario, recabaría el apoyo de otros servicios. De forma específica, en caso de que coexista una acumulación de residuos u otros motivos de riesgo para las personas, recabará el apoyo del servicio de Salud.
- Realiza las tareas de retirada o limitación del número de animales cuando sea preciso.
- Realiza tareas de DDD en el marco de los operativos de saneamiento, sean estos coordinados por el propio servicio de Laboratorio o por el de Salud.
- Emite Acta-Informe de las actuaciones en campo que realice, sean de inspección o saneamiento.
- Coordina el operativo de saneamiento sobre el terreno en el día de su ejecución.
- Cuando sea necesario, emite informe técnico aconsejando que el caso sea puesto en conocimiento de los Servicios Sociales o Servicio de Salud Mental.

La Sección Administrativa:

- Tramitará el expediente Administrativo tendente a organizar y dejar constancia de las actuaciones necesarias para restaurar las condiciones de salubridad del lugar denunciado.
- Si es necesario, realizará los trámites necesarios para averiguar la persona propietaria o inquilina del lugar denunciado.
- Gestiona la documentación y trámites necesarios para realizar las audiencias, comunicaciones y requerimientos a los ciudadanos.

- Realizará la propuesta de resolución al órgano competente oportuno.
- Requerirá la intervención de la asesoría Jurídica cuando sea necesaria autorización judicial para la entrada en domicilio privado.
- Iniciará la gestión de cobro de las labores subsidiarias efectuadas.
- Previo informe de SS.SS sobre la situación económica y familiar de los inquilinos o propietarios del lugar denunciado, estos podrán ser eximidos del pago de los costes.

D) Servicios Sociales Comunitarios

Tendrán como cometido la detección y prevención de los casos de riesgo. Si como consecuencia de las actuaciones propias de sus competencias detectasen un caso de posible insalubridad por acumulación, presencia de animales o plagas, tras la apertura de expediente en el programa informático correspondiente, pondrá en conocimiento dicha situación de riesgo de salud mediante informe enviado por el sistema de información RIES de registro telemático unificado a los servicios de Salud o Laboratorio, según tipo de problemática.

Si el caso llega a los Servicios Sociales Comunitarios mediante petición de otro servicio municipal, administración u entidad privada se pueden dar dos circunstancias:

- . Que el caso no sea conocido por estos servicios por lo que procederá a la apertura el expediente.
- . Que el caso tenga expediente en el Centro, lo que conllevaría el conocimiento del mismo mediante la lectura detenida de su historial.

Se iniciaría por lo tanto un estudio de la situación y valoración de la situación Socio-familiar para posteriormente elaborar diagnóstico social y diseñar la planificación de las intervenciones a llevar a cabo siendo estas temporalizadas en un tiempo concreto. En todo el proceso de intervención se utilizarán diferentes instrumentos y técnicas del Trabajo Social como son el Genograma familiar, la Historia Social, Visita a Domicilio, entrevistas, Eco mapa, Escalas, Historia de vida...

Así mismo si procede, se efectuará la correspondiente coordinación con los servicios sanitarios y sociales que sean necesarios. Específicamente con el centro de atención Primaria de Salud y de Salud Mental (si se valorara necesario), con dispositivos judiciales, entidades privadas y de la iniciativa social, con el objeto de conocer la situación actual de la persona para la elaboración del estudio social correspondiente intentando que sea lo más completo posible.

Consideramos que es fundamental para obtener una adecuada valoración social la realización de visita domiciliaria. Mediante esta técnica se puede conocer a la persona en su propio hábitat. Se puede conocer como es y como se sienten de una manera más real y directamente en su propio medio. Nos facilita mucha información no sólo de la persona sino también de la existencia o no de relación con su entorno y su dinámica familiar si la hubiera. Para ello se utilizará el instrumento correspondiente presentado en el Anexo 9.3.1. Registro de visita domiciliaria.

Con el fin de poder realizar el estudio social proponemos para la recogida de información la ficha que presentamos en el Anexo 9.3.3 Ficha de Datos sociodemográficos.

Una vez concluido el estudio socio-familiar, se realizará el correspondiente Diagnóstico Social de la situación. Para la elaboración del mismo habría que tener en cuenta entre otras las siguientes posibles situaciones:

- Persona/s mayor viviendo sola
- Ingresos económicos insuficientes para la cobertura de las necesidades básicas
- Ausencia de atención y cuidados sanitarios
- Ausencia de hábitos higiénicos y autocuidados
- Alimentación inadecuada
- Características de la vivienda, tipo de régimen, equipamientos y suministros básicos, estado de salubridad, condiciones de insalubridad, acumulación de basuras y objetos ...

- Falta de red de apoyo familiar y social, aislamiento, rechazo de apoyo institucional, conflictos con los vecinos...

Se diseñará un Proyecto de Intervención Social Individual o Familiar tal y como queda recogido en la nueva Ley 9/2016 de 27 de diciembre de SS.SS de Andalucía. Dicha ley en el artículo 46. 2 recogerá, al menos, los siguientes aspectos: diagnóstico, objetivos propuestos, prestaciones previstas, planificación de las actuaciones, , indicadores y la periodicidad del seguimiento, acuerdos y compromisos entre los afectados y los equipos profesionales implicados. Seguimiento del caso y evaluación de las intervenciones sociales realizadas.

La Planificación de la intervención debe de contemplar la finalidad de las actuaciones que se programen, estando las mismas enfocadas a la mejora de la calidad de vida de la persona con conducta acumuladora. Para ello se deberán de planificar una serie de actuaciones para las que es imprescindible la colaboración y cooperación de la persona interesada siendo fundamental para ello establecer un vínculo con la persona que padece esta problemática y ganarse su confianza. De esta forma destacar que no hay que centrarse solo en la aplicación de recursos que les puedan ayudar ya que si no se llega el profesional a vincularse con la persona, potenciando sus capacidades y haciéndole sentir humano entre tanta basura que le rodea y con aptitudes de cambio para su mejora difícilmente la situación mejorará.

En términos generales a modo de orientación, los objetivos que se pretenden alcanzar y los recursos que se pueden aplicar en el proyecto de intervención social se pueden resumir en los siguientes:

Objetivo general:

- Mejorar la calidad de vida de la persona en situación de conductas acumuladoras en la ciudad de Sevilla

Objetivos Específicos:

- Facilitar la permanencia en su medio habitual de vida
- Acondicionar la vivienda
- Proporcionar ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria

- Fomentar el desarrollo de hábitos de vida saludable (higiene, orden, salud, alimentación...)
- Facilitar una dieta alimenticia saludable y adecuada
- Paliar situación de soledad y aislamiento
- Movilización de recursos para mejorar las condiciones de seguridad y habitabilidad del hogar

Recursos Sociales

- Limpieza de Choque
- Tramitación de Ley de Dependencia, Servicio de ayuda a domicilio...
- Gestión de las ayudas económicas necesarias para la adquisición de mobiliario, equipamientos básicos y suministros.
- Motivación para su acceso y posible participación en asociaciones de personas mayores u otros sectores, de su territorio de residencia u otras actividades de ocio y tiempo libre que puedan interesarle, para favorecer la integración y participación de la persona en su medio social, utilizando recursos inclusivos y no exclusivos para estas personas, evitando de esta manera una situación que las pueda condenar a un aislamiento social mayor del que ya padecen.
- Otros recursos disponibles que se valoren adecuados en función de las características específicas de cada situación, y la aplicación de cuantas acciones se consideren necesarias y apropiadas para la resolución de la problemática existente.
- Para la consecución de las líneas marcadas se considera muy importante la participación y el apoyo de personas voluntarias, que realicen labores altruistas en cada territorio.

Se considera esencial para el proceso de intervención, la colaboración con el servicio de Salud o Laboratorio y con la Policía Municipal, principalmente para la entrada del domicilio y desalojo de las personas que no faciliten su voluntariedad y colaboración en el proceso de intervención. En este sentido es función de los SS.SS la tramitación de

recurso alternativo a su vivienda como puede ser el realojo en el Albergue Municipal u otros dispositivos de Alojamiento (hostales), en caso de ser necesario por las tareas a realizar en la vivienda afectada de limpieza. Para ello se informará de la situación del caso mediante los modelos de Nota Informativa, Anexo 9.3.2 y 9.3.4

Una vez realizada la limpieza en la vivienda, ante la vuelta al domicilio de la persona afectada por el trastorno de acumulación, se realizará un seguimiento de dicha situación. Comprobaremos diferentes aspectos entre ellos cobertura de necesidades básicas como alimentación, estado de la vivienda, necesidad de mobiliario y equipamiento básico que se haya podido perder tras la limpieza realizada. En este sentido y tras la finalización de las primeras intervenciones planificadas en el Proyecto de Intervención Social, se realizará un seguimiento aproximadamente cuatrimestral por parte de los técnicos de los Servicios Sociales Comunitarios, u otros técnicos del centro que se valore necesaria su incorporación en el proceso de intervención valorándose en este sentido en función de las características del caso. Estos casos no deberían de cerrarse excepto por causas como traslado de domicilio o por fallecimiento del interesado.

Sobre la base de la situación social y económica de la persona o personas titulares del lugar objeto de actuación, ésta será evaluada por los y las trabajadores sociales de los Servicios Sociales Comunitarios, quienes asumirán e informarán al Servicio correspondiente sobre la posibilidad de la familia de afrontar el pago de los servicios subsidiarios realizados. Este informe acreditará o no la situación de precariedad económica de la/s persona/s propietaria/s de la vivienda para su autorización a la realización del saneamiento de la vivienda de forma gratuita o no por parte de los interesados. Dado que el Ayuntamiento no tiene un servicio de limpieza gratuita de inmuebles privado, son los inquilinos y propietarios de los mismos quienes tienen la obligación de su mantenimiento y conservación, incluyendo el caso de que el propietario sea una empresa o entidad pública de cualquier administración.

En aquellos casos que se detecten que la persona pueda padecer algún trastorno cognitivo que le impida o limite para gobernarse por sí mismo/a, se procederá por parte del profesional del trabajo social a:

Solicitar al médico de su centro de atención primaria un examen y dicho informe médico deberá contener estado de salud mental.

Se informará poniendo en conocimiento en el juzgado competente de incapacitación la situación social y médica de la persona adjuntando ambos informes a dicha comunicación.

Se solicitará plaza residencial en aquellos casos en que se prevea la imposibilidad de la permanencia en su domicilio.

En este sentido se solicitará autorización de ingreso involuntario al juzgado correspondiente.

Se llevará la coordinación del ingreso con auxilio policial (si procediera) y su traslado al centro residencial.

E) Policía Local

Si como consecuencia de las actuaciones propias de sus competencias detectasen un caso de posible insalubridad por acumulación, presencia de animales o plagas, lo pondrán en conocimiento mediante oficio a los servicios de Salud o Laboratorio, según tipo de problema.

- Acompañamiento y protección de los Técnicos Inspectores, así como de desinfectores y laceros, en las actuaciones en las que pudiese existir riesgo de agresión o que por cualquier motivo precisen de la presencia de agentes de la autoridad y de seguridad ciudadana.
- Estar presentes durante el curso de las actuaciones. En todo caso, estarán presentes siempre que se realice una actividad de saneamiento.
- Gestión de tráfico en aquellos casos en que sea preciso dadas las características o localización de un saneamiento.

F) Asesoría Jurídica Municipal

Cualesquiera actuaciones o comunicaciones que se insten o dirijan a los órganos jurisdiccionales con competencias en la materia deberán ser cursadas a través de la Asesoría Jurídica Municipal, a la que además corresponderán los siguientes cometidos:

- Solicitar la autorización judicial necesaria para la entrada en el domicilio.
- Previo informe de los Servicios o Unidades actuantes, informar al Juzgado del fin del Expediente, una vez finalicen las actuaciones de limpieza subsidiaria de la vivienda.

G) Servicio de Prevención Extinción de Incendios y Salvamento

Podrá ser requerido su servicio, durante las tareas de inspección para evaluar el grado de riesgo de incendio según el tipo y cantidad de material acumulado. En caso de riesgo extremo tomarán las medidas que por sus competencias le correspondan. Emitirán los informes y actas correspondientes a su actuación.

Colaborarán en el caso de tareas de inspección o saneamiento, para estabilizar la estructura de aquellos lugares con riesgo de caída o desprendimiento de materiales.

Colaborarán en casos de retirada o tratamiento de enjambres de abejas o similares cuando estén situados en lugares no accesibles fácilmente o que precisen medios de seguridad de los que dispongan en su departamento.

H) Empresa de limpieza pública del ayuntamiento de Sevilla

Participarán en los operativos de saneamiento, realizando la retirada de material acumulado y gestionando los residuos según sus competencias.

I) Gerencia Municipal de urbanismo

Es requerido su servicio ante la presencia de aquellas anomalías que pudiesen afectar a la seguridad del edificio por problemas estructurales en la edificación y que sean de su competencia técnica. Así mismo, podrá intervenir tanto a nivel de inspección como en las sucesivas fases, ante situaciones en las que el origen y causa principal de la situación de insalubridad sea la deficiente conservación de edificios, construcciones o solares y es susceptible de la aplicación de normativa urbanística.

J) Coordinación con otras instituciones

Juzgados del Orden Civil y Contencioso-Administrativo

Prevía solicitud, cursada a través de la Asesoría Jurídica, se procurará su autorización para el acceso al domicilio y limpieza del mismo.

Prevía solicitud, cursada a través de los Servicios Sociales, le será procurada orden de ingreso involuntario en centro protegido, e incapacitación, cuando procedan y cuando existan indicios de que las personas afectadas puedan suponer un riesgo para sí misma o para sus vecinos.

Servicio de Salud Mental de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Los Servicios Sociales Comunitarios coordinarán su actuación con los servicios Sanitarios especializados de Salud Mental cuando existan indicios de que existe patología mental asociada a los síndromes de acumulación objeto de nuestra actuación. Al menos, los casos serán comunicados a dicho Servicio de Salud Mental por escrito en el cual se indiquen los signos que hacen sospechar rasgos patológicos en la personalidad del denunciado.

En los casos procedentes los Servicios Sociales emitirán informe pericial dentro de proceso de incapacitación o internamiento forzoso por enfermedad mental.

Delegación Provincial de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la J.A

Los Servicios Sociales Comunitarios coordinarán, en función de la valoración social, su actuación con la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la junta de Andalucía, al objeto de localizar recursos residenciales para el alojamiento alternativo de los usuarios afectados, con carácter provisional o definitivo; así como los recursos personales y materiales para el seguimiento y atención a los afectados.

6. CONCLUSIONES

Los Servicios Sociales Comunitarios están en la primera línea de atención de los problemas sociales emergentes. Entre la diversidad de problemáticas que son abordables por ellos, los y las profesionales hacemos frente a innumerables problemáticas entre las cuales se encuentran las conductas acumuladoras, y más concretamente el síndrome de Diógenes.

Dicho calificativo se utiliza para denominar a un trastorno individual, que no sólo tiene consecuencias para la salud del individuo, sino también afecta a su entorno más inmediato con unas importantes connotaciones vecinales, sociales y comunitarias que no son fáciles de resolver ni de afrontar.

La intervención con personas afectadas por el síndrome de Diógenes es un fenómeno poco explorado y esta patología principalmente es reconocida por la repercusión mediática que genera en la sociedad, así como las problemáticas que puede llegar a ocasionar tanto a nivel individual de la persona que lo padece como en el entorno más inmediato de ésta persona.

El abordaje de esta enfermedad y de sus consecuencias tanto individuales, familiares y comunitarias, necesita de intervenciones precisas, definidas y clarificadoras que orienten a los profesionales el camino a seguir a la hora de la intervención profesional de manera adecuada.

Este ha sido el principal objetivo de esta investigación. En este sentido se puede concluir positivamente la misma ya que este trabajo ha culminado con el diseño de un protocolo de intervención Interadministrativo e interdisciplinar en el que se han especificado las competencias, funciones y líneas de actuación de todos los agentes implicados en la intervención ante esta compleja problemática.

El síndrome de Diógenes presenta unas características peculiares que se podrían enumerar de la siguiente manera: extremo abandono del autocuidado en la alimentación, higiene y salud de la persona que lo padece, aislándose de su medio, recluyéndose en su vivienda y rechazando cualquier ayuda externa. Es una patología que principalmente de presenta en ancianos que viven solos, acumuladores de basura en su domicilio y con un estilo de vida en el que la miseria material es absoluta.

Del trabajo realizado en las diferentes fases de la investigación, tanto en la lectura de material científico, como análisis de los datos secundarios facilitados por el servicio de Salud del Excelentísimo Ayuntamiento de Sevilla y comparativa de los protocolos analizados de las ciudades de Salamanca, Cádiz, Málaga y Soria, se ha podido comprobar cómo estas situaciones crean importantes problemas sociales y de salud. La primera alarma es la existencia de quejas vecinales por los olores pestilentes que salen de las viviendas afectadas o por la proliferación de roedores o insectos en la comunidad. Las carencias higiénicas se ven agravadas por la inexistencia de suministros de luz, agua corriente etc...valorándose las viviendas por debajo de un mínimo de habitabilidad. La acumulación de enseres y las condiciones de saturación general son potencialmente peligrosas ante la aparición de incendios o derrumbes por la carga existente, y además los niveles de amoníaco en el aire superan lo que se considera seguro. Todo ello supone un riesgo para la persona y para la comunidad a muchos niveles.

Mediante el análisis de los datos del Plan de Evaluación de Salubridad de los años 2014, 2015 y 2016, se ha podido llegar a las siguientes conclusiones:

- El año de mayor número de denuncias recibidas corresponde al año 2014.
- Existe un alto porcentaje de finalización de expedientes en los tres años analizados.
- Coincide que el año que más intervenciones se han realizado se corresponde con el año que mayor número de denuncias ha recibido. Con respecto a las intervenciones realizadas con otros agentes intervinientes en el proceso de actuación se ha confirmado la vinculación estrecha existente entre los servicios municipales tanto desde el servicio de salud como desde los Servicios Sociales Comunitarios a la hora de intervenir en casos que padecen este trastorno y con ello la necesidad dado el alto número de intervenciones conjuntas de la creación de un protocolo de intervención que aclare y especifique detalladamente el procedimiento a realizar por parte de los profesionales de los Servicios Sociales ante estas situaciones para que los ciudadanos tengan un servicio de calidad.
- Con respecto a los saneamientos realizados es el año 2015 el año que se producen más saneamientos, se ha constatado que la voluntariedad de la persona o personas afectadas por este trastorno ha agilizado y favorecido los tiempos del procedimiento acortando el mismo. En este sentido es fundamental el

establecimiento de vínculos con las personas afectadas que generen la confianza para superar la situación problemática con los apoyos técnicos necesarios.

- Los Servicios Sociales Comunitarios no son los agentes principales a la hora de derivar casos al servicio de Salud municipal, si se ha comprobado que son ambos servicios quienes realizan mayor número de visitas o inspecciones conjuntas, siendo la zona de Cerro Amate la que mayor número de intervenciones de insalubridad presenta, repercutiendo en este sentido en los equipos técnicos de los centros de servicios Sociales de dicho territorio.
- Estas conclusiones nos confirman que ante el número tan alto de inspecciones realizadas conjuntas por parte del Servicio de Salud con Servicios Sociales Comunitarios, estos deben de contar con unos procedimientos de intervención adecuados para que de esta forma los y las profesionales puedan tener definidas sus funciones y actuaciones en estas situaciones.
- Se ha considerado conveniente la división del protocolo de intervención inter-administrativo e interdisciplinar en casos de conductas acumuladoras-síndrome de Diógenes en dos fases con diversas divisiones en cada una de ellas. Se ha pretendido establecer las actuaciones a ejecutar por cada uno de los servicios y agentes implicados en la intervención considerando fundamental en este sentido especificar cada de ellas definiéndolas y clarificarlas. El fin del mismo ha sido la mejora de la intervención social que realizan los profesionales del municipio de Sevilla en estas situaciones.

Finalmente se considera que la utilización de dicho protocolo facilitará la labor técnica de estos profesionales que como agentes sociales de cambio buscan el deseado cambio social desde esta perspectiva de intervención, para lograr una mayor calidad de vida en las personas afectadas. Las líneas de intervención se han fundamentado en la realización del saneamiento pertinente en la vivienda para posteriormente ayudar a integrar a quienes están excluidos o en riesgo de exclusión por el posible trastorno que pueda padecer. El ámbito de la intervención produce espacios que buscan tomar acciones desde las capacidades teóricas, técnicas y profesionales, para la transformación de estados de cosas que son vistas como problemáticas.

7. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

El presente trabajo se ha realizado con los datos obtenidos del servicio de Salud municipal, habiendo existido dificultades para la obtención de datos en relación al número de intervenciones llevadas a cabo desde los Servicios Sociales Comunitarios municipales de Sevilla, una vez se ha realizado la inspección conjunta con el servicio de Salud. Desconocemos el proceder de cada Centro de Servicios Sociales, ya que no existen líneas de intervención homologadas.

Para poder obtener dicha información sería necesario realizar un estudio más amplio y una prospección a todos los Centros, mediante la participación de los técnicos implicados poder obtener los datos necesarios para tal valoración, ya que desde el programa informático que actualmente se utiliza es imposible el conocimiento estadístico de la mayoría de los datos que se puedan necesitar.

Constatar, igualmente, la inexistencia de estudios rigurosos al respecto sobre el procedimiento a seguir ante casos con conductas acumuladoras – Síndrome de Diógenes desde los Servicios Sociales en España. No se ha localizado ningún estudio científico que lo recoja.

Por otra parte, son escasas las publicaciones desde una perspectiva social, principalmente las existentes se refieren a estudio de casos de personas con demencias o desde un enfoque clínico y no social.

Asimismo, las evaluaciones realizadas por el Servicio de Salud Municipal de Sevilla, no recogen datos sociodemográficos de la población objeto de estudio que permita realizar una investigación o estudio más completo, por lo que se ha concretado la investigación a los datos que constan en las evaluaciones de los tres años últimos en función de los datos secundarios obtenidos. En este sentido los datos que se han analizado a nivel de intervenciones eran las que nos interesaban analizar para la consecución del objetivo de este trabajo.

Se considera necesario para futuras investigaciones poder contar con datos sociodemográficos de la población objeto de estudio y de las intervenciones llevadas a cabo por los diferentes Centros de Servicios Sociales Comunitarios con personas que padecen conductas acumuladoras.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayuntamiento de Cádiz (2008). Servicio de Salud. PROCASA. Promoción y Gestión de Viviendas de Cádiz, S.A. *Protocolo de Actuación Municipal ante situaciones de riesgo para la salud Pública –Síndrome de Diógenes en viviendas y locales.*
- Ayuntamiento de Málaga. (2006). *Instrucción por la que se determina el Protocolo de Actuación Municipal para dar respuesta a las competencias que le son propias en materia de protección de la salubridad, en casos del denominado Síndrome de Diógenes y otras situaciones de análogas características.*
- Ayuntamiento de Salamanca. (2010). *Propuesta que se eleva a dictamen de la comisión Municipal de Bienestar Social sobre la Aprobación de una Instrucción Reguladora del Protocolo de Actuación ante situaciones de Insalubridad en viviendas y locales.*
- Ayuntamiento de Sevilla. (2014). *Procedimiento de Intervención ante situaciones de Limpieza subsidiaria -Saneamientos. Servicio de Salud Ayuntamiento de Sevilla.*
- Ayuntamiento de Sevilla. Servicio de Salud, Negociado de arte corporal y salubridad (2014). *Evaluación Plan de Salubridad 2014.*
- Ayuntamiento de Sevilla. Servicio de Salud, Negociado de arte corporal y salubridad (2015). *Evaluación Plan de Salubridad 2015.*
- Ayuntamiento de Sevilla. Servicio de Salud, Negociado de arte corporal y salubridad (2016). *Evaluación Plan de Salubridad 2016.*
- Cea D´Ancona, M.A. (1996). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de Investigación Social.* Madrid: Síntesis.
- Cybulska E, Rucinsky, J. (1986) Gross self-neglect in old age. *British Journal of Hospital Medicina* 36, 21-25.
- Beatson A.W, (1960). Imaginary poverty. *British Medical Journal* 6, 468-495
- Boillos García, C. R, (2012). Más allá de la basura. Intervención con personas que padecen Síndrome de Diógenes en la provincia de Soria. *Documentos de Trabajo Social nº 51*, 317-353.

- Calvo, J., Sánchez, P y Vilella, J (1976) Síndrome de Diógenes: Un cuadro clínico frecuente en la vejez y poco conocido. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 10, 257-263.
- Clark ANG, Mankikar GD y Cray I. (1975). Diógenes Syndrome. A clinical study of. Gross neglect in old age. *The Lancet* 15, 366-368.
- De la Gándara, J.J. (1992) Los Ancianos solitarios: El llamado Síndrome de Diógenes. *Anales de Psiquiatría* 8, 21-26.
- De la Gándara, J.J. (1995). *Envejecer en soledad*. Madrid: Popular.
- García Ferrando, M., Ibáñez, J. Y Alvira, F. (2002): *El Análisis de la realidad social: Métodos y Técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Granick, R y Zeman F.D, (1960). The aged recluse: an exploratory study with particular reference to community responsibility. *Journal of Chronic diseases* 12, 636-653.
- Gómez- Feria I, (2009). Formas clínicas de las conductas acumuladoras, *Psiquiatría Biol*;16(3), 122-130.
- Jiménez Játiva E., Molina Fernández N., Díaz Pérez F., Reyes Taboada A. (2008). El mal llamado “Síndrome de Diógenes”. *Enfermería docente* 88, 36-39.
- Lera G., Hernández M., Leal C., (2008). A propósito de un caso. *Psiquiatría Biológica* 15, 4, 140-143.
- MacMillan, D y Shaw, P, (1996). Senter Breakdown in standards of Personal and Environmental Cleanliness. *British Medical Journal*, 29, 1032-7.
- Rodríguez L., Ortiz F., Blasco N., Sáez A., García G., Bermejo P,. (2014). *Características sociodemográficas de las personas con conducta acumuladora/trastorno por acumulación (Síndrome de Diógenes) en la ciudad de Madrid. Serie de casos*”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* , nº 34, 665-681.
- *Organización Mundial de la Salud*. (1978) Atención Primaria de Salud. Ginebra.
- Real Academia Española. (2001) *Diccionario de la Lengua Española*. 22a ed. Madrid, Editorial Espasa Calpe.

9. ANEXOS

9.1. ORGANIGRAMA DEL ÁREA DE BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SEVILLA.



Fuente: Ayuntamiento de Sevilla, 2017.

9.2 FOTOS DE INSPECCIONES REALIZADAS POR LA DIRECCIÓN SOCIAL DE ACCIÓN SOCIAL DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SEVILLA.



Imagen del salón de vivienda, de una persona afectada por el trastorno de acumulación. Véase que la acumulación de basura llega hasta el techo. Fuente: Servicio de Salud Municipal. Ayuntamiento de Sevilla 2016.



Imagen vista frontal de pasillo de vivienda, para acceso a una habitación. Fuente: Servicio de Salud Municipal. Ayuntamiento de Sevilla. 2016.



Imagen del salón de vivienda 132/16, horas después de haber iniciado parte de la retirada de basuras. Fuente: Servicio de Salud Municipal. Ayuntamiento de Sevilla. 2016.



Vista del salón de vivienda tras la retirada de basuras dos días después de haberla iniciado. Fuente: Servicio de Salud Municipal. Ayuntamiento de Sevilla. 2016.



Imagen de dormitorio vista de vivienda de una enferma mental que convivía con su hija discapacitada. Dormían sobre los residuos de basuras. Fuente: Servicio de Salud Municipal. Ayuntamiento de Sevilla. 2015.



Imagen de dormitorio vista lateral, vivienda. Fuente: Servicio de Salud Municipal. Ayuntamiento de Sevilla. 2015.



Imagen de dormitorio de vivienda tras la retirada de basuras. Fuente: Servicio de Salud Municipal. Ayuntamiento de Sevilla. 2015.

9.3 INSTRUMENTOS DE INTERVENCIÓN SOCIAL

ANEXO 9.3.1:

REGISTRO DE VISITA A DOMICILIO

Nombre:

Nº Exp.:

Dirección:

Teléfono:

Fecha:

Hora:

Realizada por:

Motivo:

Personas que se encuentran:

Personas entrevistadas:

1.- CROQUIS DE LA VIVIENDA:

Desde cuando la habitan:

Personas que la habitan:

2.- SITUACIÓN DE LA VIVIENDA:

<u>TIPO</u>	<u>RÉGIMEN CONSTRUCCIÓN</u>	<u>Nº HABITACIONES</u>
PISO ____	PROPIA ____	UNA ____ MUY ANTIGUA ____
CASA ____	ALQUILADA ____	DOS ____ ANTIGUA ____
	CEDIDA ____	TRES ____ RECIENTE ____
AÑO CONST. ____		
SUPERF. M ² ____		
COSTE ALQUILER/ HIPOTECA:		
COSTE COMUNIDAD:		

OBSERVACIONES:

3.- EQUIPAMIENTOS:

OTROS:		
ELECTRICIDAD ____	T.V ____ VIDEO ____	
AGUA CORRIENTE ____	RADIO ____	DVD ____
AGUA CALIENTE ____	LAVADORA ____	INTERNET ____
GAS BUTANO ____	FRIGORÍFICO ____	P.C ____
GAS INSTALADO ____	COCINA ____	INTERNET ____
MICROONDAS ____	CONGELADOR ____	
LAVAVAJILLAS ____	CALEFACTOR ____	
HORNO ____	VENTILADOR ____	
AIRE ACONDIC. ____		

OBSERVACIONES:

4.- CONDICIONES DE HIGIENE Y HABITABILIDAD:

<u>CONSERVACIÓN</u>	<u>HABITABILIDAD</u>
HUMEDAD ____	VENTILACIÓN ____
GOTERAS ____	ILUMINACIÓN ____
GRIETAS ____	CONFORTABLE ____
DESPERFECTOS ____	HABITABLE ____
	DEFICIENTE ____
	INHABITABLE ____

OBSERVACIONES:

5.- LIMPIEZA GENERAL DE LA VIVIENDA:

6.- DECORACIÓN:

7.- PRESENCIA DE ANIMALES EN EL DOMICILIO:

8.- ORDEN GENERAL DE LA VIVIENDA:

9.- ESTADO DEL MOBILIARIO:

10.- DESCRIPCIÓN DE LA COCINA (Equipamientos, limpieza....):

11.- DESCRIPCIÓN DEL ASEO (Equipamientos, limpieza....):

12.- DESCRIPCIÓN DE LAS HABITACIONES (Distribución, contenido, existencia de espacio de estudio y/o juegos...)

13.- DEMANDA DEL USUARIO (en relación a la vivienda)

14.- TIPO DE ARREGLOS O MODIFICACIONES NECESARIAS (considerado por el equipo):

15.- RELACIONES FAMILIARES:

16.- RELACIONES VECINALES:

17.- RELACIONES SOCIALES:

Actividad asociativa:

Utilización Instituciones/Centros de la zona:

Amistades en la zona:

OBSERVACIONES:

18.- VALORACIÓN SOCIAL:

Sevilla, a de de

Fdo.:

ANEXO 9.3.2:

NOTA INFORMATIVA

Referencia del Área: C.S.S San Pablo-Santa Justa.
Nº Exp . 713 . Mayores nº 133

Emitida por: PFM, Trabajadora Social del Servicio de Información, Orientación y Valoración.

Dirigida a: Cuerpo de Policía Local. División Operativa Distrito San Pablo- Santa Justa.

Asunto: Devolución de información en referencia a su notificación de 20 de abril de 2017 sobre un presunto caso de Síndrome de Diógenes en el domicilio sito en C/ ----- nº 1 6º dcha.

Contenido: en relación al asunto de referencia, una vez consultados nuestros expedientes, informamos que el presunto caso de Diógenes del que se nos informa es un caso que ya disponía de expediente en estos Servicios Sociales Comunitarios y se ha abierto nueva intervención a raíz de su notificación.

En Sevilla, a 01 de mayo de 2017.

VºBº JEFA DE SECCION
ZTS NERVION- SAN PABLO- SANTA JUSTA

TRABAJADORA SOCIAL
C.S.S SAN PABLO- SANTA JUSTA

Fdo.

Fdo.

Entrevistador/a:

Fecha:

Datos sociodemográficos

DATOS PERSONALES	
Nombre y apellidos: Nivel educativo: Fecha de nacimiento: / / ☐ Sin estudios / dificultades para leer/escribir Lugar de nacimiento: _____ ☐ Primarios incompletos ☐ Primarios completos ☐ Secundarios/FP incompleto ☐ Secundarios/FP completo ☐ Universitarios incompletos ☐ Universitarios completos ☐ Otros (<i>especificar</i>): Vivienda habitual: ☐ Casa ☐ Piso	
Factores de riesgo personales: ☐ Enfermedad física 1: _____ Diagnosticada: sí / no ☐ Enfermedad física 2: _____ Diagnosticada: sí / no ☐ Enfermedad mental 1: _____ Diagnosticada: sí / no ☐ Enfermedad mental 2: _____ Diagnosticada: sí / no ☐ Otras adicciones: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Antecedentes de riesgo familiares: ☐ Enfermedad física: _____ _____ _____ _____ ☐ Enfermedad mental: _____ _____ _____ _____ ☐ Otras adicciones: _____ _____ _____ _____ _____

DATOS FAMILIARES

Estado civil: Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Desconocido ☐

Núcleo familiar ☐ estable ☐ no estable

Tipo de familia: ☐ vive solo ☐ con hijos ☐ otras personas*

*En caso de vivir con otras personas especificar grado de parentesco _____

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta situación de acumulación? _____

Genograma*

*Especificar:

- La edad de cada miembro de la familia
- Quién vive habitualmente en la casa y quién no.
- Tipo de relación con la pareja.

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA	
Trabaja: ☐ Sí ☐ No Trabajó ☐ Sí ☐ No ¿Cuál es su profesión? _____	¿En qué trabaja? : _____ ¿En qué trabajó? _____
Procedencia de los ingresos	
Ingresos aproximados al mes _____ €. Prestación por desempleo ☐ Sí ☐ No: _____ €. Pensión o Ayuda* ☐ Sí ☐ No: _____ €.	Ex-pareja ☐ Sí ☐ No: _____ €. Padres/suegros ☐ Sí ☐ No: _____ €. Hijo/a ☐ Sí ☐ No: _____ €.
* Aportadas por una institución pública	
<u>Pareja:</u> Trabajo ☐ Sí ☐ No: _____ €. Prestación por desempleo ☐ Sí ☐ No: _____ €. Pensión o Ayuda* ☐ Sí ☐ No: _____ €.	<u>Ayuda social familiar</u> ☐ Sí ☐ No: _____ €.
* Aportadas por una institución pública	<u>Otros (especificar)</u> _____ : ☐ Sí ☐ No: _____ €. _____ : ☐ Sí ☐ No: _____ €.

HISTORIAL DE INTERVENCIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES

Prestación/es en la actualidad

De otros dispositivos de Bienestar Social

- ☐ Salud Mental
- ☐ Centro Comarcal de Drogodependencias
- ☐ Empleo
- ☐ Vivienda
- ☐ Otros: _____.

Trayectoria en los SS. SS.

Nº de años: _____.

Evolución: A peor 0 1 2 3 Se mantiene 4 5 6 7 8 9 A mejor 10

Descripción:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Especificar:

- *Motivo de entrada.*
- *Servicios en los que ha estado.*
- *Cómo ha respondido a las intervenciones.*
- *Motivo de permanencia actual.*

ANEXO 9.3.4

NOTA INFORMATIVA

Institución: CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES SAN PABLO-SANTA JUSTA.
Área de Bienestar Social y Empleo del Ayuntamiento de Sevilla.

Emitido por:

Dirigido a:

Datos de identificación:

Nombre:
Apellidos:
Domicilio:
Teléfono:
Fecha:

Motivo de la nota informativa:

Situación social:

Valoración Profesional:

Trabajadora Social

Fdo.:

VºBº
JEFA DE NEGOCIADO
CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES SAN PABLO-SANTA JUSTA

Fdo..

ANEXO 9.3. 5

FICHA DE FINALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN
DILIGENCIA PARA HACER CONSTAR que se da por finalizada la intervención técnica con

D./D^a. -----

Nº EXP SIUSS : -----

por los siguientes motivos:

1. A iniciativa del profesional:

- Consecución de los objetivos previstos
 - Derivación del caso a
-

2. A Iniciativa del usuario por:

- Aparecer emergentes en la vida del usuario/a

3. Otros especificar:

- Fallecimiento del usuario/a
- Traslado del usuario/a a otra zona
- Ingreso del usuario/a

Sevilla, a de de 20

VºBº JEFA DE NEGOCIADO
UTS SAN PABLO-SANTA JUSTA

Trabajador/a Social

Fdo: -----

Fdo: -----