



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

Máster en Psicopedagogía

Trabajo de Fin de Máster

Servicio de Ayuda a Domicilio Temporal tras el alta hospitalaria, para personas sin grado de dependencia ni recursos económicos.

Presentado por:
Myriam de Andrés Gaspar

Dirigida por:
María Jesús Pérez Curiel

Valladolid Junio 2021

Mi agradecimiento sincero a María Jesús Pérez Curiel por estar ahí, escucharme, consolarme, guiarme y darme esperanzas cuando más lo necesitaba.

A todas las integrantes de la Unidad de Trabajo Social del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Gracias por todos los conocimientos aportados y por ser tan maravillosas a nivel personal.

Y por su puesto, a mi padre, mi charro favorito, que supo mantener el sentido del humor hasta el final.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.....	8
2.1. RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL MÁSTER.....	9
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	10
3.1. CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SU ENFERMEDAD.....	11
3.2. ORÍGENES DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.....	12
3.3. SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD).....	15
3.3.1. Objetivos del SAD.....	17
3.3.2. Derechos y obligaciones de los usuarios del SAD.....	18
3.3.3. Usuarios a los que va dirigido.....	19
3.3.4. Contexto sociodemográfico y sociosanitario del SAD.....	20
3.3.5. Ética en el SAD.....	20
3.3.6. Tareas realizadas en un SAD.....	21
3.4. SAD DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOPSIICOSOCIAL.....	21
3.5. VENTAJAS DEL SAD.....	23
3.6. LA EXPERIENCIA DE ENFERMAR.....	23
3.6.1. Conducta de la persona enferma.....	24
3.6.2. La familia y la enfermedad.....	25
3.6.2.1. El impacto de la enfermedad en la familia.....	26
3.6.2.2. Posibles reacciones adversas de la familia.....	27
3.6.2.3. Consideraciones al realizar un estudio de las necesidades familiares.....	29
4. PROYECTO DE INTERVENCIÓN SAD TEMPORAL.....	30
4.1. MARCO LEGISLATIVO.....	31
4.1.1. Normativa Estatal.....	31
4.1.1.1. La Constitución Española.....	31
4.1.1.2. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.....	31
4.1.1.3. Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.....	32

4.1.1.4. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD).....	32
4.1.1.5. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.....	34
4.1.1.6. Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia establecida en la Ley 39/2006.....	35
4.1.2. Normativa Autonómica.....	35
4.1.2.1. Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.	35
4.1.2.2. Plan Concertado para el desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales.....	36
4.1.2.3. Decreto 13/1990, de 25 de enero, por el que se regula el sistema de Acción Social de Castilla y León.....	37
4.1.2.4. Decreto 269/1998, de 17 diciembre 1998. Regula la prestación social básica de la Ayuda a Domicilio.....	37
4.1.2.5. Decreto 74/2000, de 13 de abril, por el que se crea y regula la estructura de coordinación de atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León.	37
4.1.2.6. Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León.....	37
4.1.2.7. Decreto 59/2003 de 15 de mayo por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León.....	38
4.1.2.8. Orden FAM/1057/2007, de 31 de mayo, por el que se regula el baremo para la valoración de solicitudes de acceso a la Prestación Social Básica de la Ayuda a Domicilio en Castilla y León.....	38
4.1.2.9. Ley 8/2010 de 30 de agosto, de Ordenación Sanitaria en Castilla y León	38
4.1.2.10. Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.....	39
4.1.2.11. Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las	

prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.....	39
4.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	40
4.2.1. Antecedentes del Proyecto de Intervención.....	41
4.2.2. Gestión del Proyecto.....	42
4.2.3. Unidad de Trabajo Social del Hospital Clínico Universitario de Valladolid...	42
4.2.4. Cómo se interviene desde la UTS.....	42
4.2.5. Código Deontológico de la UTS.....	43
4.2.6. Áreas de Intervención de la UTS.....	43
4.2.7. Herramientas del Trabajador Sociosanitario.....	44
4.2.8. Recursos que ofrece el Hospital a su pacientes al recibir el alta hospitalaria...	45
4.3. PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER A UN SAD.....	45
4.3.1. Pasos para solicitar la dependencia en Castilla y León.....	46
4.3.2. Servicios y prestaciones a los que se puede tener acceso una vez aprobada la solicitud del grado de dependencia.....	47
4.4. ETAPAS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO.....	49
4.4.1. Cronograma.....	50
4.4.2. Análisis de la realidad.....	51
4.5. ESTUDIO DE LA NECESIDAD E HIPÓTESIS.....	51
4.5.1. Metodología.....	52
4.5.2. Recogida de datos para la muestra.....	53
4.5.3. Comparación con el año 2019.....	55
4.6. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	57
4.7. SOLUCIÓN A LA HIPÓTESIS PLANTEADA.....	59
5. DESARROLLO DEL PROYECTO.....	60
5.1. OBJETIVOS.....	60
5.1.1. Objetivo Principal.....	60
5.1.2. Objetivos Secundarios.....	61
5.2. DESTINATARIOS.....	62

5.2.1. Personas incluidas.....	62
5.2.3. Requisitos.....	62
5.3. CATÁLOGO DE SERVICIOS Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN.....	63
5.3.1. Actuaciones del servicio.....	64
5.3.2. Intensidad del Servicio.....	65
5.3.3. Valoración de la situación de dependencia.....	65
5.3.4. Duración.....	66
5.4. PRESUPUESTO.....	67
5.5. ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA INDIVIDUAL Y ESPECÍFICO.....	68
5.6. MEMORIA Y EVALUACIÓN FINAL DEL PROYECTO.....	69
6. CONCLUSIONES.....	70
BIBLIOGRAFÍA.....	73
ANEXOS.....	80

RESUMEN

Este TFM contempla la creación de un Proyecto de Intervención que dará cobertura asistencial hasta el reconocimiento de un grado de dependencia, a personas sin recursos económicos, que tras el alta hospitalaria presentan una situación de dependencia no reconocida pero, requieren atención domicilia para incrementar su autonomía y favorecer su permanencia en el domicilio, con ayuda de su familia y el apoyo de personal externo cualificado.

Obteniendo beneficios a nivel social, asistencial, sanitario, emocional y cognitivo. Evitando ingresos frecuentes en hospitales o centros residenciales, con el considerable ahorro en recursos económicos y personales a la sanidad pública.

El servicio se proporcionará a través del Hospital hasta el reconocimiento del grado de dependencia que dará entrada a una prestación pública.

Palabras clave: enfermedad, persona enferma, familia, cuidados, atención sociosanitaria, ayuda a domicilio.

ABSTRACT

This TFM contemplates the creation of an Intervention Project that will provide care coverage until the recognition of a degree of dependency, to people without economic resources, who after hospital discharge present a situation of unrecognized dependency but require home care to increase their autonomy and favors their stay at home, with the help of their family and the support of qualified external personnel.

Obtaining benefits at a social, healthcare, health, emotional and cognitive level. Avoiding frequent admissions to hospitals or residential centers, with considerable savings in financial and personal resources for public health.

The service will be provided through the Hospital until recognition of the degree of dependency that will lead to a public benefit.

Keywords: illness, sick person, family, care, social health care, home help.

1. INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la esperanza de vida ha derivado en un envejecimiento progresivo de la población, aumentando notablemente las patologías crónicas y enfermedades degenerativas, lo que conlleva un incremento de personas enfermas y dependientes.

A medida que las personas avanzan en edad, su calidad de vida empeora, requiriendo un mayor cuidado por parte de la familia que a menudo se ve desbordada a la hora de atender las necesidades de la persona enferma, o carecen de recursos sociales y económicos para poder ocuparse adecuadamente.

En otras ocasiones la persona enferma no tiene soporte social suficiente que se pueda hacer cargo de él, encontrándose en una situación de desamparo y empeorando así su modelo de vida.

Durante un ingreso hospitalario, la mayoría de los pacientes manifiesta su deseo de regresar a su domicilio cuando reciban el alta del hospital. Así lo confirma un estudio realizado en el año 2017 por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU), donde se establece que el 82% de los individuos encuestados de edades comprendidas entre los 65 y 85 años, prefiere quedarse en su hogar mientras pueda, aun teniendo un alto grado de dependencia.

El domicilio familiar les aporta la seguridad de un lugar conocido y cómodo. Les hace sentir que pueden controlar su entorno, disfrutar de su intimidad y normalidad.

Barragán (2006) establece que la convalecencia en el propio domicilio hace que el paciente se recupere antes, al dormir mejor, realizar sus rutinas diarias y estar rodeado de su familia le proporciona estabilidad emocional que hace que mejore su estado de ánimo y por consiguiente, afronta la enfermedad de manera más favorable.

El regreso al domicilio, también beneficia a la familia al ofrecer un horario más flexible para estar con él, pudiendo compaginar sus rutinas diarias con la atención del resto de la familia. Disminuyendo de este modo el estrés y la angustia de todo el núcleo, ya que acompañarle durante su estancia en el hospital en ocasiones puede ocasionar cansancio y conflictos familiares o laborales.

Realizando la convalecencia en el domicilio, también se consigue rebajar considerablemente los gastos económicos y asistenciales a la sanidad pública, evitando continuos ingresos hospitalarios, derivaciones a centros residenciales o de recuperación.

Para la realización de este Proyecto de Intervención además de toda la bibliografía consultada y sobre la que se fundamenta la propuesta se ha contado con la ayuda inestimable de las Trabajadoras Sociosanitarias de la Unidad de Trabajo Social del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Gracias a ellas y especialmente a la tutora de las prácticas realizadas durante el máster en Psicopedagogía, se ha tenido acceso directo a las distintas problemáticas presentadas por las personas enfermas y su entorno familiar; las distintas necesidades de cada miembro; como se actúa en cada caso; las diferentes opciones que existen en respuesta a la problemática surgida y como un psicopedagogo podría ayudar a hacer más accesible todo el procedimiento desde que el paciente ingresa en el hospital hasta que recibe el alta con regreso a domicilio.

En la actualidad un psicopedagogo no está considerado como un profesional que deba formar parte del contexto sanitario. Pero puede desempeñar un papel fundamental en este tipo de instituciones, ya que dentro del centro sanitario y en concreto en la Unidad de Trabajo Social (en adelante UTS), un psicopedagogo, tiene una clara cualificación para desempeñar muy bien su misión.

Durante la estancia en el hospital del paciente y su familia, además de informar, orientar, asesorar y detectar las necesidades individuales y colectivas del grupo, puede proporcionar apoyo emocional y herramientas necesarias para valorar la situación de forma realista, rebajando el nivel de angustia familiar y proporcionando un clima de afecto y confianza.

Esto no significa que se reivindique un espacio dentro del ámbito sanitario, pero sería conveniente valorar una colaboración dentro de la UTS, aunque solo fuera para determinadas tareas.

La estructura del TFM se divide en cinco grandes apartados:

- La primera parte establece la importancia de la creación de un Proyecto de Intervención de Servicio de Ayuda a Domicilio Temporal, debido al incremento de los

años de vida, pero no así su calidad.

- La segunda parte se centra en la fundamentación teórica de la evolución del Servicio de Ayuda a Domicilio (en adelante SAD), sus objetivos, ventajas o las diferentes conductas presentadas por las personas enfermas y sus familiares más cercanos.
- En la tercera parte se desarrolla el proceso del proyecto de intervención que pretende demostrar los beneficios de un SAD Temporal proponiendo su implantación de manera experimental en el Hospital Clínico Universitario (en adelante HCUV). Pudiendo llegar a implementarse una vez comprobados los resultados al Sistema de Salud de Castilla y León.
- En la cuarta parte se desarrolla el proyecto de intervención, estableciendo los objetivos, pasos que debe seguir una persona para ser incluida en el proyecto, el presupuesto para la puesta en marcha del proyecto y la memoria final.
- Finalizando con unas conclusiones sobre la importancia y viabilidad del proyecto de intervención de este SAD Temporal.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Tal como indica el Foro Económico Mundial (FEM), desde el inicio de la humanidad, los años de vida de las personas han aumentado entre 20 y 30 años. Comenzando su crecimiento exponencial aproximadamente en el año 1820 y siendo más notorio a partir de 1950 cuando los avances médicos y sanitarios modernos comenzaron a llegar a los países en desarrollo.

España es el país europeo con mayor esperanza de vida y el tercero a nivel mundial, solo superado por Japón y Suiza. Así se desprende de un informe elaborado por el Ministerio de Sanidad donde establece que la esperanza de vida en España es de 86,1 en mujeres y 80,4 en hombres (Fernández, 2020).

Un estudio realizado por la Universidad de Washington predice que en el año 2040 España ocupará el primer puesto. Pero a pesar de estos buenos presagios, este estudio no la sitúa entre los 5 países con mejores proporciones entre la edad y los años vividos saludablemente.

Como establece Cordero (2019), un aumento de la esperanza de vida no asegura que esos años sean vividos con una calidad de vida óptima. Los años de vida saludable al nacer en España son de 66,5 en mujeres y 65,9 en hombres.

Más adelante se verá que en este aumento de la esperanza de vida, la familia tiene un papel muy importante, influyendo positiva o negativamente. Todo depende de su capacidad de aceptar responsabilidades, grado de implicación con el resto de miembros, recursos de los que disponen y su soporte emocional, social y psicológico.

Una enfermedad, accidente o un deterioro de la salud puede llegar de manera rápida e inesperada. En estos casos, el paciente y su familia no tienen tiempo de asimilar el proceso por el que están pasando y se encuentran desbordados por la situación. Entran en una espiral de entradas y salidas del hospital, pruebas diagnósticas y consultas médicas.

Esto se complica si no tienen reconocido el grado de dependencia, ya que no disponen de acceso a un SAD de titularidad pública y la tramitación de la solicitud tarda alrededor de 6 meses en tener una resolución. Desgraciadamente, en ocasiones llega tarde.

En ese periodo de tiempo la familia y el paciente se tienen que hacer cargo de la situación. Deben valorar si el núcleo familiar es capaz de prestar la ayuda y los cuidados necesarios a la persona enferma o por el contrario deben recurrir a un SAD privado lo que supone un gasto económico que determinados pacientes o familias no pueden asumir. Provocando un aumento de angustia, frustración, miedo e incertidumbre, tanto para la persona enferma como para su entorno más cercano.

Por esta razón, un Proyecto de SAD Temporal sería muy beneficioso al cubrir ese espacio de tiempo. Proporcionando una ayuda tan necesaria, para la persona enferma y su familia. Evitando de este modo los ingresos continuados en el hospital o en instituciones privadas y ofreciendo la oportunidad de tener una convalecencia en un entorno familiar, confortable y seguro. Aportando los recursos necesarios hasta que se reconozca el grado de dependencia y de esta manera, acceder a las ayudas públicas.

2.1. RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL MÁSTER

Este proyecto planteado ha permitido el desarrollo de las competencias propias del máster, entre las que destacan:

Generales:

G3. Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.

G5. Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.

G7. Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que han de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.

Específicas:

E3 Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.

E4 Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.

E5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.

E8 Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La enfermedad afecta a la persona de manera física, psicológica y moral. Existen muchas definiciones sobre el término enfermedad según el punto de vista desde el cual se analice.

- La Real Academia Española (RAE) define este término como la alteración más o menos grave para la salud.
- Diccionarios médicos revisados como Dicciomed comparten una visión biológica,

definida como una alteración fisiológica o patológica de las funciones normales del cuerpo o de alguna de sus partes, impidiendo el correcto funcionamiento y dando lugar a un conjunto de síntomas particulares.

- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una vida saludable es el resultado de una serie de hábitos que permiten “*un estado de completo bienestar físico, mental y social*”.
- Motero (2010) defiende que actualmente no se tiende a hablar de enfermedades sino de enfermos. Cada persona enferma de forma diferente ante la misma patología, por lo tanto, requiere un tratamiento personalizado. Gregorio Marañón estableció que “si el hombre es persona, personal es su modo de enfermar”.

Cada individuo es único, con unas necesidades específicas y distintas a los demás. Eso no cambia cuando la persona padece una diversidad funcional, una enfermedad o tiene un accidente. Teniendo en cuenta la individualidad de las personas, si se quiere realizar una buena intervención dentro del área sociosanitaria hay que tener claros, los distintos conceptos relativos a las personas enfermas o con diversidad funcional y enmarcarlos dentro del contexto particular de la persona enferma. No es lo mismo, un enfermo terminal con recursos económicos, que un enfermo crónico sin apoyo familiar o una persona con otros problemas relacionados con la salud. Cada uno de ellos tiene unas necesidades y requieren de apoyos y recursos diferentes.

3.1. CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SU ENFERMEDAD

- ◆ **Paciente con Enfermedad Crónica:** se trata de un paciente habitualmente complejo y frágil, con descompensaciones clínicas frecuentes que requieren un ingreso hospitalario para su estabilización. Habitualmente necesitan tratamientos prolongados y pueden ser derivados desde el Servicio de Atención Primaria o desde el Servicio de Urgencias del propio hospital.
- ◆ **Paciente de Cuidados Paliativos:** son personas con procesos oncológicos y enfermedades crónicas evolutivas de cualquier edad que se encuentren en situación de enfermedad avanzada y terminal.
- ◆ **Paciente Subagudo:** es una persona con una enfermedad aguda reciente (posterior

a cirugía u otros procesos puntuales) que precisa un abordaje integral en régimen hospitalario. Habitualmente es un paciente frágil con alto riesgo de deterioro funcional y con inestabilidad clínica moderada. Pueden ser derivados desde cualquier Servicio de Hospitalización.

- ◆ **Paciente de Recuperación Funcional:** se refiere a una persona que partiendo de un buen estado funcional y cognitivo le ha sobrevenido una enfermedad que ha disminuido sus capacidades físicas y/o psíquicas, provocando un deterioro funcional.

Esta definición engloba:

- **Ancianos frágiles o pacientes geriátricos con deterioro funcional.** El objetivo sería conseguir el mayor grado de recuperación funcional y facilitar la reintegración en su entorno.
 - **Pacientes en fase de rehabilitación a consecuencia de una convalecencia larga,** una enfermedad de larga recuperación, una operación que requiere de rehabilitación física o psíquica, etc.
 - **Pacientes que requieren un tratamiento de rehabilitación** debido a un deterioro funcional físico y/o psicológico.
 - **Personas con una enfermedad degenerativa:** en estas personas, la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo.
- ◆ **Personas con algún tipo de diversidad funcional:** son personas con dificultad para realizar las actividades cotidianas. La diversidad funcional puede ser física o mental (Hospital San Juan de Dios (s.f.). Atención Domiciliaria. Recuperado de <https://hsjdpamplona.com/atencion-domiciliaria>).

3.2. ORÍGENES DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

El servicio de ayuda a domicilio no es una forma de actuación social moderna, tiene antecedentes importantes dentro de la historia de intervención social. En cada periodo histórico existe la idea de que hay que asistir en su domicilio a personas que por motivo de

enfermedad, incapacidad o vejez no es posible o no es deseable atenderlos en instituciones exteriores.

En los países más avanzados en políticas sociales el SAD se ha desarrollado en función de las necesidades de cada país.

Son numerosos los países europeos como Dinamarca, Noruega, Suecia o Gran Bretaña en los que el SAD cuenta con una larga tradición. En cambio en España se ha desarrollado fundamentalmente en los últimos 30 años.

En los países occidentales, al terminar la Segunda Guerra Mundial aparece el Estado de Bienestar y con él, un aumento de prestaciones universales en seguridad social que incluían pensiones y asistencia sanitarias, dando un papel importante a los Servicios Sociales orientados a la prevención y la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

En España se empieza a hablar de Estado de Bienestar a partir de los años 60 con un importante peso del sector privado en servicios sanitarios, educativos y sociales.

En 1957, Cáritas Nacional crea la Sección Social con el objetivo de superar la beneficencia pública. No sería hasta 1963 cuando el Estado español cree el Sistema de la Seguridad Social con prestaciones básicas y complementarias, en las que se incluyen los servicios sociales y la asistencia social de la Seguridad Social.

España ha tenido una evolución histórica asociada al Bienestar Social y al desarrollo de la intervención social y la manera de afrontar los problemas sociales.

Se pueden distinguir distintas etapas desde la Edad Media que se basaba en la caridad con una base religiosa, pasando en el siglo XVI a una beneficencia pública, la cual ofrecía prestaciones a los más necesitados, financiados con fondos públicos y privados.

A partir del siglo XVIII en España surge la Asistencia Social. Un sistema público organizado por Servicios e Instituciones Sociales para ayudar a personas en situación de necesidad.

Durante el siglo XIX coexistían los conceptos de beneficencia y asistencia social, pero a mediados de siglo la asistencia social cobra mayor importancia acelerando la intervención estatal en materias sociales.

A principios del siglo XX comienzan los Seguros Sociales y la posterior creación de la Seguridad Social gracias al nacimiento del Instituto de Reformas Sociales y el Instituto Nacional de Previsión. En esta etapa conviven la Beneficencia, la Asistencia social, los Seguros Sociales y la Seguridad Social.

En 1972 el Estado implanta la Ley General de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de la Seguridad Social. A raíz de esta ley los Servicios Sociales evolucionan notablemente.

El punto de partida del modelo actual de los Servicios Sociales llega con la Constitución de 1978, que aunque no contiene un tratamiento expreso sobre los Servicios Sociales, en su artículo 1 expresa que “España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho” y establece que las competencias en el área de Asistencia Social recaerá sobre las Comunidades Autónomas, con la aprobación de sus correspondientes leyes en materia de asistencia social y servicios sociales (Consejería de Trabajo Social. https://www.cgtrabajosocial.es/ejes_sss_inicio).

Dentro de la Constitución, existe un reconocimiento sobreentendido de los Servicios Sociales, ya que habla de grupos objetivos como la familia (art. 39); emigrantes (art. 42) o juventud (art. 48) y no según problemas objetivos.

De igual manera, reconoce servicios como el derecho a la educación (art. 27); a la formación y readaptación profesional (art. 40); la salud pública (art. 43) o el disfrute del medio ambiente y mejora de la calidad de vida (art. 45) entre otros.

Además de la ratificación de distintos textos internacionales que conllevan la obligación estatal de organizar, tutelar y financiar los servicios sociales.

Con todo ello la Constitución, pretende cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos a través de la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas (CC.AA.) y las Corporaciones Locales (CC.LL).

En el caso concreto del SAD según el primer estudio realizado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), al principio de los años 90 aún no se había generalizado el SAD por el

territorio español. En aquellas CC.LL. en las que no se había iniciado se encontraban en fase de planificación y preparación.

Entre los datos extraídos de dicha investigación, se obtuvo que el porcentaje de personas mayores de 65 años que recibían un SAD era sólo del 0,48% en toda España, con significativas diferencias entre las CC.AA. En el País Vasco y Navarra el ratio de actuación llegaba al 2%. (Porto y Rodríguez, 1998)

Siguiendo la tendencia de algunos países avanzados en políticas sociales, la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD) incrementa el ámbito de protección social creando un derecho social.

El calendario de la LAPAD establecía que entre el 2007 y 2015 se desplegaría el nuevo marco de los servicios sociales con competencias de las CC.AA., contando con el apoyo de la Administración General del Estado y la colaboración de las CC.LL. Posteriormente ese periodo fue ampliado hasta 2017.

Entre las prestaciones que la LAPAD incluye se encuentra el SAD, destinado a personas que reúnan los requisitos que la ley establece, la soliciten y les sea contemplada en su Programa Individualizado de Atención (PIA).

Esta prestación se incluye también a personas o familias que aun no encontrándose en situación de dependencia reconocida oficialmente o sea de carácter leve, se hallan en situación de fragilidad o necesidad.

Los usuarios del SAD no han dejado de crecer en los últimos años. A finales de 2019 ya se contabilizaban 520 000 usuarios de SAD, según un estudio realizado por el Observatorio Sectorial DBK de Informa.

3.3. SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD)

La ayuda en el domicilio se encuentra principalmente en la familia, pero muchas veces esos cuidados necesitan de asistencia profesional y una orientación especializada para que el proceso en el que se ven inmersos todos los miembros de la familia sea llevado de una manera adecuada.

Esta ayuda se concibe como un servicio integral, orientado a las personas y familias que

precisan de apoyos para realizar las actividades diarias, proporcionando una atención directa en el propio hogar favoreciendo la permanencia y la integración en su contexto habitual.

El término SAD fue originalmente acuñado en la década de los 70 como un sistema de atención en el hogar para las personas que necesitaban ayuda por encontrarse solas y desvalidas. Este servicio tenía que ser accesible y basado en apoyos personales proporcionados por una Auxiliar de Hogar.

En los años 90 se empiezan a incorporar modelos de atención centralizada y proporcionada por profesionales (asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos, etc.). Ya no se centra solo en las tareas del hogar, va incorporando los cuidados personales y otras tareas más especializadas. Se comienza a conectar el sistema sanitario con los cuidados sociales incluida la familia, en aquellas personas que necesitan simultáneamente cuidados sociales y sanitarios, con el propósito de mejorar la calidad de vida y autonomía personal del individuo que precisa este tipo de atención (Fernández Muñoz, 2000).

Existen diferentes definiciones de SAD, como la que recoge el Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia (2004), en él se indica que se trata de un programa personalizado, con carácter preventivo y rehabilitador, en el que se complementan una serie de servicios y técnicas de intervención profesionales centradas en la atención personal (física y psicosocial); la gestión y funcionamiento de la unidad familiar; el fomento de las relaciones sociales en el entorno y el apoyo al núcleo familiar. Prestado en el domicilio de la persona en situación de fragilidad o de dependencia.

Por otro lado, Villalba Melús (2008) considera que el SAD, es el conjunto de atenciones y cuidados personales, domésticos y de carácter psicosocial que se presta a las personas y su entorno cercano cuando se hallen en situaciones en las que no puedan realizar sus actividades habituales.

Por su parte Trigueros y Mondragón (2006), establecen que la intervención va dirigida a la persona enferma, su familia, vivienda y su entorno social. El apoyo y la asistencia se realizan a través de personal cualificado y bajo supervisión de los trabajadores sociales.

Según contempla la Normativa Reguladora del Servicio de Ayuda a Domicilio de la provincia de Valladolid, este servicio está pensado para toda la población que lo necesite y es

prestado por la Administración correspondiente o por entidades colaboradoras.

Es un servicio normalizador ya que utiliza los recursos del entorno para cubrir una amplia gama de necesidades presentadas por personas o grupos familiares, con carencias o limitaciones en su autonomía personal esencialmente dentro del domicilio familiar, aunque también se puede realizar en el entorno próximo. (Normativa reguladora del servicio de ayuda a domicilio en la provincia de Valladolid, de 3 de octubre de 2009).

Es un servicio técnico ya que el personal que lo presta debe estar cualificado, con una actividad planificada dentro de una intervención técnica. Es una intervención individualizada ya que cada persona necesita un plan personal de actuación.

3.3.1. Objetivos del SAD

- ▶ Tal como ha señalado antes Fernández Muñoz (2020), el objetivo básico del SAD, aborda las necesidades detectadas de forma integrada intentando prevenir o detener situaciones de deterioro. Favoreciendo la autonomía del beneficiario y de su familia para que pueda permanecer en el domicilio el máximo tiempo posible, haciéndole participe del control de su propia vida, evitando de esta manera institucionalizaciones innecesarias.
- ▶ **Objetivos específicos de las prestaciones**
 - * Proporcionar atención periódica y adecuada a las necesidades diarias, por medio de personal especializado.
 - * Atender presencialmente a la persona usuaria en caso de necesidad.
 - * Detectar anticipadamente situaciones de riesgo que puedan originarse a consecuencia de la edad, diversidad funcional, enfermedad o aislamiento social.
 - * Transmitir seguridad y tranquilidad a las personas usuarias y su familia garantizando la atención y cuidados diarios e incorporando tecnología disponible y útil para la protección personal y la detección de situaciones de riesgo.

Para ello los objetivos se deben dirigir, dentro de las posibilidades reales de cada persona a:

- √ Estimular y favorecer la autonomía personal.

- ✓ Facilitar ayuda de carácter doméstico que supongan un apoyo personal o social necesario.
- ✓ Evitar situaciones de necesidad o deterioro personal y social.
- ✓ Animar al desarrollo de hábitos saludables.
- ✓ Proporcionar una convivencia saludable y una relación positiva a través del establecimiento de vínculos familiares sociales y de amistad.
- ✓ Fomentar la adquisición de hábitos y habilidades que potencien la autoestima y la calidad de vida.
- ✓ Promover la adecuación de la vivienda a las necesidades personales del beneficiario.
- ✓ Preservar al sujeto en su medio habitual, apoyando a cuidadores previniendo internamientos innecesario o no deseados.

3.3.2. Derechos y obligaciones de los usuarios del SAD

Según establece la Normativa reguladora del servicio de ayuda a domicilio en la provincia de Valladolid, de 3 de octubre de 2009, los usuarios tienen unos derechos y unos deberes de obligado cumplimiento.

Derechos

- Recibir información antes del inicio del servicio de las características y normativa del servicio, derechos y obligaciones y modificaciones que pudieran surgir. Además de ser orientado hacia recursos alternativos en caso de que sean necesarios.
- No ser discriminado por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- Tiene derecho a su intimidad y confidencialidad de los datos conocidos. Cualquier información obtenida se mantendrá bajo secreto profesional.
- Recibirá un trato correcto y respetuoso por parte del personal que suministra los servicios.
- Percibirá las prestaciones con el contenido y la duración establecidas en el Programa Individual de Atención (PIA)

- A continuar en la medida de lo posible con el personal asignado, salvo en ajustes organizativos o situaciones de necesidad.
- Podrá solicitar la suspensión de los servicios por ausencia justificada del domicilio.
- Presentar quejas, sugerencias, reclamaciones o desacuerdos.

Obligaciones

- < Tener una actitud colaboradora y correcta durante el desarrollo de las prestaciones, manteniendo un trato correcto y respetuoso con las profesionales que prestan el servicio y no exigir tareas o actividades no incluidas en el PIA.
- < Transmitir cualquier cambio que se produzca en su situación personal, familiar o social, que dé lugar a modificaciones en la prestación.
- < Comunicar con antelación suficiente la ausencia temporal del domicilio, que impida la prestación del servicio.
- < Comunicar que la baja de la prestación.
- < Comentar al Coordinador del servicio cualquier anomalía o irregularidad detectada en la prestación.

3.3.3. Usuarios a los que va dirigido

- :: Personas que viven solas o pasan la mayor parte del día sin compañía.
- :: Con aislamiento social o desarraigo.
- :: Individuos en riesgo debido a su avanzada edad.
- :: Sujeto con alguna diversidad funcional.
- :: Gente con enfermedades graves o parcialmente dependientes.
- :: Personas con gran dependencia.
- :: Familiar cuidador que precisan de un SAD para obtener “servicio de respiro”.

3.3.4. Contexto sociodemográfico y sociosanitario del SAD

Fernández Muñoz (2000) indica en la Guía del Servicio de Atención a Domicilio, que el contexto sociodemográfico y sociosanitario del SAD, suele estar centrado en tres sectores susceptibles de recibir apoyo domiciliario por presentar algún grado de dependencia.

- ◊ Personas mayores. Una gran mayoría de este sector presenta enfermedades crónicas y una pérdida de autonomía que ha provocado un aumento de la atención sociosanitaria a domicilio.
- ◊ Personas con diversidad funcional. El SAD tiene el objetivo de apoyar a las personas con diversidad funcional, ayudándolas en la medida de sus posibilidades a superar las limitaciones para la realización de su vida cotidiana.
- ◊ Demanda de atención sociosanitaria. Prestación simultánea de cuidados sociales y sanitarios de larga duración a personas que no pueden ser autónomas.

3.3.5. Ética en el SAD

En 1997 Castro y Conejero, elaboran unos principios éticos orientados a los profesionales que prestan el servicio de ayuda a domicilio. Son 32 artículos relacionados con el respeto a los usuarios y sus familias; el deber de la discreción; el secreto profesional; los límites de la intervención; conocer bien sus funciones y no extralimitarse en ellas y otros relacionados con la higiene personal, puntualidad, trato de respeto hacia los usuarios y su familia, no hacer favores personales o no aceptar regalos.

Se debe tratar a todos los usuarios del servicio de la misma manera, reconociendo la diversidad y distribuyendo los recursos de una manera equitativa, promoviendo así la justicia social.

Además de ser muy respetuosos con el usuario y su entorno cercano, así como con los enseres personales de la familia. En ocasiones los usuarios se quejan del cambio de posición de los objetos por parte de los profesionales de la ayuda a domicilio. Estos objetos tienen gran significado para ellos y el que se modifique su posición se puede considerar una intromisión en su vida privada.

En el caso de tener que compartir información con otros profesionales, se aportará solo

los datos necesarios para conseguir el objetivo común, siempre bajo secreto profesional y con el máximo respeto hacia el usuario y su familia.

3.3.6. Tareas realizadas en un SAD

Este servicio es polivalente, se encarga del cuidado y el apoyo del usuario, la realización de tareas domésticas o el acompañamiento fuera del hogar, dependiendo de las necesidades del usuario.

El SAD tiene un objeto estimulador, por lo tanto las tareas se realizarán en colaboración con el usuario del servicio siempre que sea posible. A través de la consecución de las actividades se conseguirán los objetivos marcados (Sampedro, 2015).

Dependiendo las características personales del usuario, las tareas serán más o menos complejas. Entre las más destacadas se encuentran:

- **Tareas de atención personal directa:** de higiene personal; movilizaciones; ayuda física o motriz o apoyo para comer entre otras.
- **Tareas domésticas:** orden y limpieza; compras; ayuda en la administración económica etc.
- **Ayuda y control de:**
 - Alimentación: elaboración de menús, dietas...
 - Medicación: recoger recetas, comprar la medicación y administrarla.
 - De salud: acompañar y recordar controles médicos.
- **Tareas de apoyo social:** acompañamientos fuera del domicilio, para actividades de ocio, compras y pasear; lectura de periódicos, revistas o libros; tener conversaciones de distintas temáticas...
- **Atenciones especiales:** movilizaciones y transferencias; higiene a personas encamadas; alimentaciones especiales; cambio de colectores, bolsas de incontinencia, etc. (Inforesidencias.com s/f).

3.4. SAD DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOPSIICOSOCIAL

Este modelo está en auge desde hace algunos años pudiendo encontrarse en contextos

relacionados con la salud, la pedagogía, la psiquiatría, en trabajo social, terapia ocupacional, etc.

Cobra especial relevancia en ámbitos como la diversidad funcional intelectual y las enfermedades crónicas o terminales, ya que desde este modelo se puede atender a las necesidades de la persona, presentando la importancia necesaria a factores como la rehabilitación o la mejora de la calidad de vida personal, ya que procura que la persona enferma represente un papel activo en su bienestar y/o recuperación.

El conjunto de estos factores (biológico, psicológico y social), afectan de manera positiva o negativa en la persona enferma, su entorno familiar y la comunidad que le rodea.

Según la OMS, la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales.

Ruiz Mitjana (2020), explica que el modelo biopsicosocial pertenece al ámbito de la psicología y la psicoterapia. Este enfoque establece que es la combinación de distintos factores los que influyen en el bienestar y el desarrollo de la persona, en el contexto de una enfermedad, trastorno o diversidad funcional.

Existen tres tipos de factores:

- ∅ **Factor biológico**, relacionado con biología de la persona (la anatomía, la genética, la herencia...), la causa de la enfermedad, la fisiología, etc.
- ∅ **Factor psicológico** de la persona, engloba las conductas, emociones, pensamiento, procesos cognitivos o psicopatologías entre otras. Juega un papel muy importante en muchos procesos relacionados con la propia enfermedad y salud.
- ∅ **Factor social**. Establece que hay que tener en cuenta cómo afronta una determinada enfermedad, diversidad funcional, estrés, capacidad económica, laboral (oportunidades educativas, pobreza, desempleo...)

Por eso, no hay que centrarse solo en las necesidades de la persona enferma. Hay que realizar un proyecto de intervención global. Orientar, informar y asesorar teniendo en cuenta las necesidades detectadas a nivel grupal e individual de cada miembro. Ya que cuando a una persona se le diagnostica una enfermedad crónica, terminal, degenerativa o con amplios

periodos de convalecencia, se produce un cambio de rutinas en todos miembros de la familia.

3.5. VENTAJAS DEL SAD

Como se ha comentado anteriormente, la mayoría de las personas durante un ingreso hospitalario, expresan su deseo de volver lo antes posible a su hogar. Se sienten más cómodos y seguros al regresar a un lugar conocido y confortable para ellos, rodeados de sus objetos personales, teniendo su intimidad al no compartir la habitación con alguien extraño y sin que entre el personal sanitario en la habitación para hacer el seguimiento de su estado de salud.

Por otro lado, la familia y grupo de apoyo, se coordinan mejor al no depender de los horarios establecidos en el hospital.

Barragán (2006), indica que atender en el domicilio constituye una alternativa que mejora considerablemente la calidad de vida de un anciano, o cualquier otro paciente crónico. El cambio de rutinas conlleva en numerosas ocasiones a estados de ansiedad e intranquilidad, provocando con frecuencia episodios de desorientación y un desequilibrio emocional. Por eso la atención en el domicilio puede ser una solución aceptable para mejorar la calidad de vida de estas personas.

Siguiendo con el mismo autor, la ayuda domiciliaria produce grandes beneficios tanto para la persona enferma, como la familia y el profesional.

Entre los aspectos positivos podemos encontrar:

- ◆ Las personas enfermas forman parte de estructuras de relación compuestas de amigos, familiares, vecinos. Estas estructuras de relación transmiten apoyos afectivos, psicológicos y de ayuda mutua.
- ◆ Muchas de las intervenciones profesionales dan mejores resultados si el sujeto destinatario del servicio tiene una red de apoyo.
- ◆ Las intervenciones profesionales alcanzarán de forma más eficaz sus objetivos.
- ◆ La ayuda a domicilio sirve de apoyo al núcleo familiar.

3.6. LA EXPERIENCIA DE ENFERMAR

Según Aguirre y Pajuelo (2003), la enfermedad y la persona enferma van acompañados

de una serie de circunstancias cambiantes, con unas necesidades variables y una historia personal, familiar y social que hará que cada individuo enfrente la enfermedad de una determinada manera, que no será siempre la misma durante el proceso.

Es habitual que la persona enferma presente conductas de inadaptación provocadas por el afrontamiento del miedo y la angustia que puede producir la enfermedad, aunque también puede desarrollar conductas favorables hacia la situación.

3.6.1. Conducta de la persona enferma

Siguiendo a Alonso-Fernandez (1989), es frecuente que la persona enferma desarrolle conductas como:

- * **Regresión:** la persona enferma se vuelve como un niño. Pierde toda iniciativa, se muestra pasivo y dependiente de los cuidados sanitarios.
- * **Agresividad:** descarga contra el cuidador y el personal sanitario que le atiende, su frustración y les culpa de las complicaciones que surgen durante el desarrollo de la enfermedad.
- * **Inculpación:** el convaleciente se siente culpable de la enfermedad y trata de aislarse. En este caso es muy importante la comunicación con él para evitar que se cierre y evitar así depresiones o intentos de suicidio.
- * **Evasión:** la persona crea su propio mundo de fantasía, en la que vive la realización de sus deseos y motivaciones. También se puede producir evasión hacia el alcohol o las drogas.
- * **Negación de la realidad:** la persona enferma no acepta la situación.
- * **Se entrega de manera activa a la enfermedad,** por medio de:
 - La vía masoquista: la persona cree que es un castigo justo y merecido.
 - La vía ganancial: intenta obtener beneficios como ayuda ajena o la liberación de sus responsabilidades.
 - O vía hipocondríaca: aumenta el temor a las enfermedades.

Como he comentado anteriormente, la persona enferma también puede desarrollar actitudes favorables como:

- **Reacciones de superación de la enfermedad:** caracterizado por el deseo de curación. Son personas dispuestas a superar la enfermedad.
- **Reacciones de resignación:** es similar a la anterior, pero con una menor motivación y actividad psicomotora.
- **Reacciones de aprobación de la enfermedad:** acepta la enfermedad y la incorpora a su vida cotidiana.

3.6.2. La familia y la enfermedad

La familia es un pilar importantísimo para cualquier persona. Cuando un miembro cae enfermo, su función principal es proporcionarle fortaleza emocional y ayudarle a afrontar la situación de la manera más confortable posible. El impacto de la noticia es muy profundo y en ocasiones es recibido de forma dramática, con sentimientos de angustia, miedo e incertidumbre (Sánchez Fabela, 2005).

La OMS en 1971 estableció que la familia casi no ha sido estudiada desde la perspectiva de la salud pública.

Según expresa Vergeles-Blanca (2013), es importante considerar a la persona enferma dentro del contexto familiar, para comprender mejor la enfermedad, ya que la familia influye en la salud de sus miembros positiva o negativamente.

- Dentro del contexto familiar se originan las principales conductas sobre el cuidado y la educación relativas a la salud.
- No todas las personas enfermas evolucionan de la misma forma ante una determinada enfermedad. Depende de múltiples factores como por ejemplo la carga genética.
- El estilo de vida (dieta, ejercicio, constitución, etc.) también influyen.

El cuidador principal es el que le aporta el mayor apoyo instrumental y afectivo a la persona enferma, y junto a ella, es el que sufre un mayor riesgo de empeorar su estado de

salud. En la mayoría de los casos suele ser una única persona (generalmente mujer) la que asume la responsabilidad del cuidado del convaleciente, contrayendo una gran carga física y psíquica (Conde, 2009).

Poco a poco, el familiar va centrándose en la persona enferma porque es el que requiere más de su atención, lo que provoca que desatienda al resto de los miembros de la familia e incluso a sí mismo. Esta situación se puede alargar en el tiempo y paralizar las perspectivas de futuro del núcleo familiar, generando angustia, estrés y malestar.

Por estas razones es muy importante prestar el apoyo necesario a la familia para así conseguir mejores resultados en la evolución y rehabilitación de la persona enferma, desde una triple perspectiva: individual, familiar y social, centrada en la recuperación domiciliaria.

Hay familias con recursos suficientes (tanto económicos como emocionales) para llevar de manera saludable la adaptación a esta situación, pero hay otras familias que la nueva situación les desborda, provocando en ocasiones sentimientos de frustración e impotencia.

3.6.2.1. El impacto de la enfermedad en la familia

Según Fernández Ortega (2004), la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal de algún miembro de la familia puede afectar al funcionamiento del núcleo familiar.

La asimilación de la familia ante esta situación requiere de un tiempo que a menudo, la propia enfermedad no les ofrece, aumentando de este modo las situaciones de estrés y conflictos emocionales.

En ocasiones se han detectado dificultades por parte de los parientes cercanos para conectar con la realidad de la enfermedad. No son capaces de asimilar la situación, o siendo conscientes muestran enfado e ira contra su familiar, el equipo sanitario, los otros miembros de la familia, etc.

Ante esta situación, la familia consciente o inconscientemente genera una serie de respuestas adaptativas funcionales o disfuncionales que pueden poner en riesgo el bienestar y la atención del convaleciente, ocasionar mayor estrés a todos los miembros de la familia y crear tensiones incluso después del fallecimiento de la persona enferma.

Estos cambios familiares no siguen un patrón específico. Depende de las características

del núcleo familiar, como la etapa del ciclo vital de cada miembro, grado de solidez de la familia, nivel socioeconómico, relaciones familiares, etc.

Dentro de estas respuestas adaptativas podemos observar:

- ✓ Afectivas en las que se incluyen aspectos como negación, tristeza, ira, ansiedad, etc.
- ✓ Negociación de roles.
- ✓ Flexibilización de límites.
- ✓ Pérdida de capacidad económica.
- ✓ Acondicionamiento de espacios y tipo de alimentación de la persona enferma.
- ✓ Aislamiento social.

Establecer un diagnóstico familiar es difícil ya que influyen múltiples factores, características de las personas a nivel individual y colectivo, etapa de la vida en la que se encuentran, circunstancias personales y sociales, etc.

Ante esta situación, los psicopedagogos deben prestar ayuda material y cobertura emocional a todo el núcleo para que ese tipo de respuestas adaptativas sean lo más funcionales posible. Deben conocer el grado de implicación familiar y las necesidades de cada uno de sus miembros, porque, además de proporcionar los cuidados y apoyos necesarios a la persona enferma hay que proporcionar ayuda a todo el conjunto, acompañándolos, orientándolos y apoyándolos en las distintas etapas por las que van a pasar. Proporcionando los recursos necesarios para que puedan aportar posibles soluciones y llevar esta situación de la manera más estable posible.

3.6.2.2. Posibles reacciones adversas de la familia

Siguiendo en la línea de Novellas y Pajuelo (2003) la familia de la persona enferma puede sentirse disgustada por los siguientes motivos:

a) En lo concerniente a la persona enferma:

- Experimentar la posibilidad de reprochar al convaleciente ser el causante de su propio desánimo y estado de ansiedad.
- Mostrar indiferencia o negación ante la situación.

- Sobreprotección. La persona enferma se convierte en el centro de su atención de manera exagerada.
- Sentimientos de culpa por no ser ellos los enfermos, pensar que tienen que hacerse cargo de todo o querer tener tiempo para ellos mismos.

b) Respecto a ellos mismos:

- Tener cambios de humor extremos debido a la ansiedad, incertidumbre y miedo a lo desconocido.
- Sentirse culpables por querer tener tiempo libre para el ocio y el entretenimiento personal, al considerar que deben dedicar todo el tiempo posible a la persona enferma.
- Temer que se le reproche su comportamiento en el caso de realizar actividades lúdicas y se le acuse de no estar lo suficientemente afectado.
- Con el paso del tiempo, las energías y optimismo con respecto a la enfermedad pueden disminuir, ocasionando una merma en el estado anímico del familiar que puede ser observable por la persona enferma, creando una situación de malestar general en el convaleciente al considerarse una carga y en el familiar por pensar que no está haciendo lo suficiente.

Para evitar estas situaciones habría que conseguir:

- Facilitar un equilibrio entre las actividades cotidianas y la enfermedad, adaptando cada momento a las circunstancias. Así se evitará que el cambio de rutinas recuerde la enfermedad y sus consecuencias.
- Procurar ajustar el rol de la persona enferma. Que sea lo más autónomo posible para mantener su autoestima al considerarse útil y necesario para los demás.
- Intentar tener tiempo para el ocio tanto la persona enferma como los cuidadores. Entendiendo que la distracción es beneficiosa porque permite recobrar energías y mostrarse más animados ante la situación vivida.

La persona enferma dentro de sus capacidades, se da cuenta de sus limitaciones, lo que

puede generarle angustia, abatimiento, miedo, preocupación, desorientación por las constantes entradas y salidas del hospital, etc.

Por su parte los distintos miembros de la familia se sienten afectados ya que sus rutinas diarias cambian. Deben coordinar su actividad diaria con la atención de la persona enferma, lo que puede generar desestabilidad familiar, tristeza, miedo, frustración por no poder abarcar todo.

Se produce un desajuste en el contexto familiar. Se crean situaciones de mucho estrés y frustración. Los sentimientos se magnifican, en ocasiones, se producen sentimientos contradictorios: por un lado, el familiar siente la necesidad de cuidar de la persona enferma, pero por otro lado siente que desatiende a los otros miembros de la familia y nacen sentimientos de culpabilidad y malestar al querer tener tiempo para el mismo o piensa que la persona enferma se aprovecha de su situación para que le presten más atención.

3.6.2.3. Consideraciones al realizar un estudio de las necesidades familiares.

Novellas y Pajuelo (2003), indican los aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de realizar un estudio sobre las necesidades familiares.

- + Un genograma para enmarcar a la familia de forma gráfica y un sociograma para conocer su círculo social. Esto permitirá saber qué rol desempeña cada miembro de la familia durante la enfermedad.
- + Expectativas familiares sobre la enfermedad para entender el grado de sufrimiento familiar.
- + Cambios en la vida social y laboral de los miembros de la familia.
- + Conflictos familiares que dificultan la atención a la persona enferma y crea tensión entre los miembros de la familia.
- + Necesidades implícitas y explícitas que pueden ser de tipos organizativos, relacionales y/o emocionales.
- + La información facilitada a los distintos miembros de la familia, debe ser acorde a su capacidad de comprensión.
- + Contemplar las vivencias sanitarias anteriores.

- + Saber si han afrontado el duelo de un ser querido anteriormente y como han sobrellevado.
- + Es importante tener en cuenta la relación de la familia con el equipo sanitario ya que una buena relación facilitará mucho la ayuda y el apoyo que reciban.
- + Detectar situaciones de riesgo, resaltando aquellos aspectos manifestados por la familia que posibiliten una evolución desfavorable, ya sea por las características de algún familiar (enfermedad mental, duelo reciente, desapego hacia la persona enferma...) o carencias personales que pueden desorganizar la estabilidad familiar.
- + A menudo los profesionales centran sus intervenciones en el cuidador principal o portavoz familiar ya que es muy útil tener una persona de referencia, pero no hay que olvidar que hay más miembros de la familia y que involucrarlos a todos beneficiará a todo el conjunto familiar.

Cuando se sufre una enfermedad, los miembros sanos de la familia deben continuar con sus obligaciones, incluso asumir algunos roles nuevos. La estructura familiar cambia, las actividades laborales, de ocio, sociales quedan en segundo plano, se intensifican las emociones, el estrés y la angustia, sucesos que no benefician en absoluto al transcurrir cotidiano de la vida familiar.

4. PROYECTO DE INTERVENCIÓN SAD TEMPORAL

En este apartado se expone el Proyecto de Intervención para proporcionar un SAD Temporal a aquellas personas que al recibir el alta hospitalaria regresan a sus hogares necesitando ayuda para realizar las actividades de la vida cotidiana, sin tener reconocido todavía el grado de dependencia y no disponiendo de recursos sociales ni económicos para recurrir a un SAD privado.

En él se incluyen las competencias que se exigen a un psicopedagogo, entre las que cabe destacar aquellas competencias genéricas como resolver problemas en entorno nuevos o poco conocidos, tomar decisiones aplicando los conocimientos aprendidos con actitud crítica o actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión.

De las más específicas: el saber detectar diagnosticar y evaluar las necesidades sociales de las personas o grupos; planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos; aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favoreciendo el desarrollo personal y/o profesional de las personas y saber formular nuevas propuestas de mejora de intervención psicopedagógica fundamentadas en los resultados de la investigación.

4.1. MARCO LEGISLATIVO

Este proyecto está enmarcado dentro de las Normativas Estatales y Autonómicas.

El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea.

En el año 2002, bajo la presidencia española, la Unión Europea decidió tres criterios que debían regir las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de los sistemas que se implanten.

4.1.1. Normativa Estatal

4.1.1.1. La Constitución Española

En sus artículos 49 y 50, indican que la atención a personas con discapacidad y personas mayores tiene que efectuarse en un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos.

4.1.1.2. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad

Establece desarrollar actuaciones dirigidas a la prevención de enfermedades y su curación, además de garantizar la asistencia sanitaria durante la pérdida de salud y realizar las acciones necesarias para una rehabilitación y reinserción del paciente en la sociedad.

Esta ley recoge el espíritu de la Conferencia internacional Alma Ata de la OMS celebrada en 1978. Refleja unos objetivos muy relacionados con la filosofía de la ayuda a domicilio como por ejemplo:

- Mejorar el estado de salud del paciente, aumentando el mayor número de cuidados posibles al domicilio.

- Mantener a la persona enferma en su medio, proporcionándole independencia, integración con el entorno, evitando el aislamiento y el desarraigo.
- Proporcionar apoyo al paciente y a su familia, detectando e interviniendo precozmente en disfunciones que puedan aparecer.

4.1.1.3. Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Indica que es preciso desarrollar actuaciones no sólo para curar enfermedades, también para prevenirlas y garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud, además de promover acciones necesarias para la rehabilitación funcional y la reinserción social del paciente.

4.1.1.4. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD)

Pretende atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

Esta Ley regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas. Estableciendo una interacción entre la Administración del Estado y las Comunidades.

Entre los principios de esta ley se encuentran:

- g) El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.
- h) La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.
- i) La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.

j) La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.

q) Las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente.

A diferencia de otras ayudas sociales, esta ley no se basa solo en pagos económicos, sino que proporciona unos servicios directos al paciente, para favorecer su situación personal.

Entre sus principales servicios se encuentran:

★ **Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.**

Para mejorar la calidad de vida mediante la prevención y rehabilitación de personas mayores o con algún tipo de diversidad funcional. Se lleva a cabo a través de una coordinación de los servicios sociales y sanitarios.

★ **Servicio de Teleasistencia.**

Se basa en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para atender a los beneficiarios siempre que lo necesiten. Ofrece una respuesta inmediata a situaciones de emergencia. Este servicio propicia que la persona pueda seguir en su vivienda.

★ **Servicio de Ayuda a domicilio.**

Es una atención personalizada y presencial para la ayuda a la persona a cubrir sus necesidades básicas diarias, dependiendo del grado de dependencia que tenga.

★ **Servicio de Centro de Día y de Noche.**

Ofrece un apoyo a las familias en caso de ser necesario, durante el día o durante la noche. En él se incluyen rehabilitación, atención médica sanitaria y otros servicios relativos a la salud de la persona.

★ **Servicio de Atención Residencial.**

Atención residencial es de carácter integral y personal, tanto en centro público como privados.

Esta ley establece que las comunidades autónomas serán las que determinen los órganos de valoración de la situación del grado de dependencia y la especificación de los cuidados que la persona deba requerir.

4.1.1.5. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre

En él se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley LAPAD.

Se recoge todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) valoradas mediante una evaluación de hasta 100 puntos

Dicho baremo tomará como referentes: la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) adoptada por la Organización Mundial de la Salud.

En la valoración se tendrá en cuenta los informes de salud de la persona, el entorno donde vive y las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas.

Además el grado de dependencia podrá ser revisado a instancia del interesado, de sus representantes o por las Administraciones públicas competentes.

- **Grado I. Dependencia moderada (25 – 49 puntos):** personas que necesitan ayuda al menos una vez al día para realizar varias actividades básicas de la vida diaria.
- **Grado II. Dependencia severa (50 – 74 puntos):** cuando necesitan ayuda dos o tres veces al día para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- **Grado III. Gran dependencia (75 – 100 puntos):** cuando necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo generalizado para su autonomía personal.

4.1.1.6. Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia establecida en la Ley 39/2006

Establece los servicios y prestaciones económicas de grado de dependencia y los criterios para determinar las intensidades de los servicios establecidos en la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

4.1.2. Normativa Autonómica

Para acercar los Servicios Sociales a la zona geográfica donde se genere la necesidad, la Constitución Española atribuye la competencia en este ámbito a las Comunidades Autónomas a través del art. 148.1.20.

Favoreciendo de este modo la promulgación de las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales, que promueven una serie de principios, actuaciones y prestaciones a través de unos equipamientos y servicios que han impulsado el desarrollo y la implantación de los Servicios Sociales.

4.1.2.1. Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local

Entre 1983 y 1985 se concedieron las primeras transferencias en el área de servicios sociales, aparecieron las primeras leyes en este ámbito hasta llegar a la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local de 1985, que reforzará la aproximación de los Servicios Sociales al ciudadano. Establece en su artículo 25.2.k que será el municipio el que ejercerá las competencias de prestación de los Servicios Sociales, en los términos que establece la legislación del Estado y la Comunidad Autónoma a la que pertenece.

A lo largo de estos años se han ido aprobando las 17 leyes de Servicios Sociales que se han implantado en las Comunidades Autónomas, cuyo objetivo principal es organizar el sistema público de servicios sociales incidiendo en el papel de los servicios sociales de atención primaria y atención especializada en personas sin hogar. Estas prestaciones se regulan a través de los Servicios Sociales Municipales que constituyen el Nivel de Atención e Inserción Primario que recoge los programas de urgencias y emergencias sociales y la atención a colectivos o sectores con problemas específicos. La ley de Bases de Régimen Local

de 1985 regula las competencias de los municipios.

- En la mayoría de las leyes autonómicas los servicios sociales se organizan en 2 niveles:
 - **Servicios Sociales Generales**, dirigidos a toda la población, para informar y orientar sobre derechos y recursos, además de prevenir y fomentar la inserción social y familiar, prestar ayuda a domicilio, proporcionar alojamiento y conveniencia o prestar servicios a colectivos como infancia, juventud, mujeres, minorías, personas sin hogar, etc.
 - **Servicios Sociales Especializados**, destinado a colectivos específicos de la población (tercera edad, toxicómanos, mujeres maltratadas...). Se gestionan y organizan en función de los sectores o colectivos a los que se dirigen. Algunos de estos servicios se encuentran en los centros de día, centros ocupacionales, residencias, etc. La responsabilidad de este nivel de atención está en manos de la Administración Autonómica y Local.

En todas la Leyes Autonómicas incluyen entre sus disposiciones los Catálogos y Carteras de Servicios Sociales, aunque no todas los han elaborado.

- Un catálogo determina el conjunto de prestaciones y servicios garantizados por medio de la Red de Servicios Sociales de Atención Públicas
- Una Cartera legisla las modalidades, características, población, requisitos a los servicios y prestaciones de los catálogos, el equipo profesional que lo llevará a cabo, así como los perfiles y los ratios de los profesionales del equipo (Consejo General de Trabajo Social. https://www.cgtrabajosocial.es/ejes_ sss_inicio).

4.1.2.2. Plan Concertado para el desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales

Surge en 1988 a través del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y la Dirección General de Acción Social, plasma la cooperación económica y técnica entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas, colaborando con las Entidades locales el

cumplimiento de las obligaciones relacionadas con la prestación de Servicios Sociales, estableciendo los fundamentos del sistema asistencial y protección social de la gestión local, desde una perspectiva metodológica y técnica entre las administraciones (estatal, autonómica y local).

Todos los años es renovado este acuerdo, aunque desde su primera edición establece, entre otras, la información, orientación, valoración y prevención de la marginalidad e inserción social como prestaciones básicas realizadas por equipos profesionales y dirigidas a personas o colectivos en riesgo de exclusión social.

4.1.2.3. Decreto 13/1990, de 25 de enero, por el que se regula el sistema de Acción Social de Castilla y León

En él se concretan las funciones de los Centros de Acción Social (en adelante CEAS), regulando y coordinando los Equipos y la colaboración de la Administración de la Comunidad con las entidades públicas y privadas.

4.1.2.4. Decreto 269/1998, de 17 diciembre 1998. Regula la prestación social básica de la Ayuda a Domicilio

Pretende regular la prestación de Ayuda a Domicilio, entendida ésta como una prestación básica del sistema público de Servicios Sociales.

4.1.2.5. Decreto 74/2000, de 13 de abril, por el que se crea y regula la estructura de coordinación de atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León

Establece una relación entre los servicios sociales y sanitarios más próximos a la ciudadanía, garantizar la adecuada gestión que requieran la prestación simultánea o sucesiva, de servicios sociales y sanitarios, y detectar las necesidades de mejora tanto de procesos como de servicios o recursos a través de la participación activa de servicios sociales y sanitarios incluyendo al Trabajador Sociosanitario.

4.1.2.6. Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León

Pensada para proporcionar una atención integral y continuada a las personas mayores, favoreciendo su desarrollo personal y social, además de fomentar su participación e integración social.

4.1.2.7. Decreto 59/2003 de 15 de mayo por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León

Contempla que los recursos del Sistema de Acción Social y los del Sistema de Salud de Castilla y León son cada vez más variados respondiendo así, a los cambios producidos en la sociedad. Destacan la coordinación sociosanitaria, la prevención de la dependencia, la mejora asistencial en los centros de carácter social, la continuidad de los cuidados en los hospitales y la atención a las necesidades específicas de determinados objetivos.

4.1.2.8. Orden FAM/1057/2007, de 31 de mayo, por el que se regula el baremo para la valoración de solicitudes de acceso a la Prestación Social Básica de la Ayuda a Domicilio en Castilla y León

Su objetivo es establecer la valoración de las solicitudes de acceso a la Prestación Social Básica de la Ayuda a Domicilio en Castilla y León.

4.1.2.9. Ley 8/2010 de 30 de agosto, de Ordenación Sanitaria en Castilla y León

Las prestaciones sanitarias son los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud, dirigidos a la ciudadanía.

Se disponen de manera integral y coordinada en:

- **Atención Primaria.** Está compuesta por el Equipo de Atención Primaria, que se coordina con la Atención especializada, de urgencias sanitarias, de salud pública y servicios sociales. Sus actuaciones se dirigen a la asistencia sanitaria, prevención de enfermedades, educación sanitaria, mantenimiento, recuperación, rehabilitación y el trabajo social de primer nivel.
- **Atención Especializada.** Se centra en los hospitales o complejos asistenciales. Garantizan el progreso de los cuidados y la adecuada coordinación entre todos los dispositivos asistenciales.
- **Salud Pública.** Es el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población
- **Atención de Urgencias.** Se presta cuando es necesaria una atención sanitaria

inmediata, tanto en los centros sanitarios como el domicilio del paciente las veinticuatro horas del día.

- **Atención Sociosanitaria.** Es el conjunto de cuidados destinados a aquellas personas enfermas, generalmente crónicos, que por sus especiales características y vulnerabilidad pueden beneficiarse de la actuación conjunta de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

Las Consejerías competentes en materia de Sanidad y Servicios Sociales elaborarán un Plan Sociosanitario definiendo sus estrategias y objetivos a conseguir identificando las necesidades personales de las personas y precisando unos recursos tanto sociales como sanitarios. Para el desarrollo de este Plan se tendrá en cuenta el marco del Plan de Salud de la Comunidad de Castilla y León.

Además existen una serie de Estrategias y Planes de Salud que están en continua actualización.

4.1.2.10. Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León

Diseñó el Sistema de Acción Social de Castilla y León a fin de mejorar la calidad de vida y del bienestar social de los ciudadanos de la Comunidad.

Estructura los servicios sociales en dos niveles de actuación:

- Servicios básicos, donde se incluyen los CEAS
- Servicios específicos

4.1.2.11. Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales

Tiene como fin establecer la intensidad de los servicios del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD). Contempla las prestaciones económicas y medidas de apoyo de las personas cuidadoras. Además de los criterios de valoración económica de los

beneficiarios a fin de determinar la cuantía de las prestaciones económicas.

4.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Debido a una experiencia hospitalaria con un desenlace fatal (así es como se refieren los sanitarios a un fallecimiento inminente) se planteó la idea de realizar un proyecto de intervención para ayudar a otras familias en una situación similar para que pudieran afrontar la nueva realidad de una manera más sosegada. Aportando una ayuda esencial tanto al paciente como a su núcleo familiar. Intentando de este modo atenuar la sensación de estrés, miedo y angustia y procurando que el paciente regrese al hogar con todas las atenciones y medidas sociosanitarias necesarias para una convalecencia estable y segura.

Para elaborar un buen proyecto de intervención es necesario conocer la situación de los pacientes desde la perspectiva de la UTS, acercarse a la realidad de cómo se trabaja, su organización, consultas que se reciben, tipo de pacientes y núcleo familiar a los que ayudar. El HCUV facilitó este proceso autorizando la realización de las prácticas del máster en la UTS.

Las trabajadoras sociosanitarias de la UTS del HCUV, viven estas situaciones a diario. Se encargan de tranquilizar, apoyar, orientar y asesorar a todas las familias. Cada día reciben consultas sobre los recursos que se necesitarán cuando la persona enferma reciba el alta hospitalaria y sea trasladada al domicilio.

Se encuentra muy a menudo con un determinado grupo de pacientes que antes del ingreso hospitalario realizaban sus actividades básicas diarias con total normalidad por lo que no habían solicitado un grado de dependencia. Pero, en el momento de recibir el alta, ya no son autónomos y carecen de recursos económicos para acceder a un SAD privado.

Estas personas, necesitan urgentemente un apoyo asistencial temporal o permanente para poder seguir su convalecencia o recuperación en su propio domicilio, favoreciendo su calidad de vida, evitando un deterioro físico y cognitivo e instituciones innecesarias.

Por esa razón, se propuso crear un Proyecto de Intervención. Para intentar que esas personas y sus familiares, ante una situación de enfermedad inminente con un diagnóstico poco favorable, puedan encontrar un punto de apoyo y no sentirse desbordadas por la situación. Ayudando a cubrir ese espacio hasta que se aprueba el grado de dependencia y

evitando de este modo los ingresos continuados en el hospital o en instituciones privadas. Ofreciendo la oportunidad de tener una convalecencia en un entorno familiar y agradable, aportando los recursos necesarios hasta que se reconozca el grado de dependencia y pueda acceder a las ayudas públicas.

4.2.1. Antecedentes del Proyecto de Intervención

Este Proyecto de intervención es pionero en Castilla y León, pero no en España.

▲ El ayuntamiento de Barcelona presta un SAD orientado:

- »» Personas con dependencia reconocida, según lo establecido en la ley LAPAD.
- »» Personas en situación de riesgo o vulnerabilidad temporal que precisan una actuación inmediata o una intervención temporal para evitar su deterioro.
- »» Personas o conjunto familiar en riesgo social por falta de capacidades o hábitos para el autocuidado, la organización del hogar o la atención de otros miembros de la familia.

Este proyecto se inició en el año 2018 en cuatro barrios de la ciudad con el fin de transformar la atención domiciliaria en un servicio próximo y de más calidad.

En el 2019 esta prueba piloto se extendió a otras zonas de la ciudad, constatando los beneficios de este proyecto. Entre el 2020 y 2025 este proyecto se ampliará a más distritos.

▲ Cheque asistencial de Galicia:

Cuenta con 4 modalidades en función de las necesidades de la persona dependiente y el núcleo familiar que esté a su cargo.

- »» Cheque Residencia. Contempla ayudas individuales destinadas a cubrir los costes de la estancia permanente en centros asistenciales.
- »» Cheque Centro de Atención Diurna. Ayuda a cubrir los costes de cuidados y mantenimiento de la capacidad funcional en los centros de atención diurna.

- » Cheque de Atención de Ayuda en el Hogar. Ofrece una ayuda integral en el hogar a personas que por sus condiciones de salud o porque deseen permanecer en su domicilio
 - » Cheque de Estancia Temporal o Programa de Respiro. Permite a la persona permanecer en un centro residencial por un tiempo temporal, por descanso familiar o por descanso personal.
- ▲ Programa “Rompiendo Distancias”, realizado por la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias:
- » Está pensando para personas mayores en situación de dependencia en el entorno rural.
 - » Tiene como objetivo acercar recursos y servicios de la comunidad a personas que viven en zonas aisladas con el fin de prevenir el aislamiento y la soledad de las personas mayores en esas zonas.

4.2.2. Gestión del Proyecto

Este proyecto piloto se llevará a cabo a través de la Universidad de Educación y Trabajo Social de Valladolid en colaboración con el Hospital Clínico Universitario de Valladolid dentro de la Unidad de Trabajo Social del Hospital.

4.2.3. Unidad de Trabajo Social del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

La UTS se encuentra situada en la planta baja del hospital. En ella se atienden los aspectos sociofamiliares de los pacientes ingresados, detectando posibles necesidades tanto del paciente como de su familia, con el fin de prevenir situaciones de riesgo o desatención.

Ofrecen herramientas y pautas para que el paciente y su familia tomen conciencia de la nueva situación y sean capaces de tomar sus propias decisiones. Para ello se unen al equipo médico del hospital, colaboran con Atención Primaria, CEAS y SAD, coordinando recursos, orientando y asesorando con el fin de proporcionar a cada persona enferma una solución personalizada y específica a sus necesidades.

4.2.4. Cómo se interviene desde la UTS

Se pueden recurrir a la UTS del hospital en busca de orientación, información y asesoramiento:

- * A petición propia del paciente o su familia. Exponiendo sus necesidades, inquietudes, dudas o recibir pautas sobre los recursos que pueda necesitar al recibir el alta hospitalaria.
- * Por medio del Servicio Médico del Hospital. Los médicos que lo atienden detectan algún problema y envían una interconsulta a la trabajadora social para que evalúe la situación del paciente.
- * También, el Servicio de Enfermería, puede solicitar una interconsulta para que se realice una valoración de riesgo al paciente.
- * Igualmente se reciben consultas externas de **otros servicios sociales** como CEAS, Atención primaria, Equipos de Salud Mental (ESM), Equipos de Promoción y Autonomía Personal (EPAP), Asociaciones, ONG, Servicios Penitenciarios, vecinos del paciente, etc.

4.2.5. Código Deontológico de la UTS

La UTS del HCUV se rige por el Código Deontológico de Trabajo Social de junio de 2012, donde se establecen las funciones y áreas de intervención de los trabajadores sociales en Castilla y León. En él se regulan los principios éticos y criterios profesionales por los que se guía el trabajador social. Como se puede observar en el anexo I, sus funciones están muy relacionadas con el trabajo de un psicopedagogo.

4.2.6. Áreas de Intervención de la UTS

Las áreas de intervención de los trabajadores sociales sanitarios son:

- * **Área de Atención directa.** Es la atención a personas o grupos con relación a sus necesidades sociales.
- * **Área de Coordinación y Participación.** Se coordinan internamente con otros niveles de asistencia y externamente con otros servicios sociales y recursos de la comunidad.
- * **Área Docente y de Investigación.** Colaboración formativa y de investigación.
- * **Área de Gestión.** Participan en actividades de planificación, organización y evaluación para mejorar la calidad de la asistencia.

4.2.7. Herramientas del Trabajador Sociosanitario

Para desarrollar su trabajo utilizan instrumentos que les ayudan a detectar las necesidades y posibles problemas del paciente y su entorno más cercano, entre los más utilizados se encuentran:

- * **La Historia Social.** En él se anotan los datos más significativos del paciente como los datos personales y sanitarios, relación con la familia y miembros que la componen, situación económica y laboral, tipo de vivienda, etc. además de la demanda o necesidad, el diagnóstico y la intervención y evaluación de la situación. Se realiza a través de una entrevista semiestructurada. A medida que avanza la conversación se van introduciendo preguntas relevantes para la Historia Social. Se registra a través del programa informático Gacela y mediante una Historia Social en papel que una vez finalizada la intervención se archiva (anexo II).
- * **Informe Social:** Es elaborado y firmado exclusivamente por la trabajadora sociosanitaria. En él se refleja la situación o necesidad, la valoración, un dictamen técnico y la propuesta de intervención.
- * **Escala de valoración sociofamiliar Gijón.** Se utiliza para evaluar situaciones de riesgo social o problemática social. Se trata de un instrumento específico de medición de la situación social, muy utilizado por profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria. Es una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems donde se registra la situación familiar, económica, características de la vivienda, apoyo social y tipo de relaciones, con 5 variables en cada uno de los ítems que van desde una situación ideal hasta una situación de riesgo dependiendo la puntuación global. Se puede ver un ejemplo en el anexo III.
- * **Proyecto de Intervención Social.** Se incluye dentro de la Historia Social, es un proyecto individualizado de atención personalizada para cada paciente. En él se recoge la intervención social, la planificación, los objetivos, metas, actuaciones y actividades que se llevan a cabo.

4.2.8. Recursos que ofrece el Hospital a su pacientes al recibir el alta hospitalaria

Dependiendo de la enfermedad, su evolución y las características del convaleciente, desde la UTS se informa a persona enferma y a su familia de los recursos que se pueden ofrecer desde el hospital.

Estos pueden ser:

- * **Atención hospitalaria.** Son actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados. Además de prevención y educación sanitaria.

Según la necesidad del paciente este servicio se presta en consultas externas, en hospital de día e ingresos hospitalarios.

- * **Cuidados paliativos.** Ayudan a las personas con enfermedades graves a sentirse mejor al tratar los síntomas y efectos secundarios de la dolencia y su tratamiento.

Se administran en pacientes con cáncer, insuficiencia renal, demencia, enfermedad cardíaca, pulmonar, VIH, entre otras.

La mayoría de los cuidados paliativos se prestan en el domicilio, aunque también pueden atender al convaleciente, a su familia o cuidadores en unidades de cuidados paliativos, salas de emergencia, centros de tratamientos u hospitales.

- * **Hospitalización a domicilio** es un conjunto de atenciones y cuidados proporcionados por profesionales sanitarios en la vivienda del paciente, durante un periodo de tiempo limitado.

Pueden acceder a ella pacientes con patología médica, quirúrgica o en situación paliativa.

El SAD no se presta desde el hospital, pero, desde la UTS se informa en qué consiste, los requisitos de acceso, como solicitarlo y si fuera necesario empezar los trámites para su concesión.

4.3. PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER A UN SAD

Como se ha comentado anteriormente el SAD proporciona una ayuda directa en el hogar a través de intervenciones específicas a personas y/o familias con problemas para

realizar las actividades de la vida diaria. Facilitando la permanencia en un entorno habitual y compensando la pérdida de independencia funcional.

Se puede solicitar por medio de estas vías:

- ✓ **Servicio de Ayuda a Domicilio Privado.** El paciente y su familia asumen todos los gastos derivados del servicio.
- ✓ **Servicio de Ayuda a Domicilio Público**
 - A través del CEAS de la **Diputación de Valladolid**
 - O a través del CEAS del **Ayuntamiento de Valladolid**

El SAD de titularidad pública (ayuntamiento o diputación) suele gestionarse a través de conciertos con empresas externas. En este tipo de SAD, el usuario aporta una cantidad económica en función de sus ingresos. Para poder acceder a este tipo de ayuda es necesario tener reconocido grado de dependencia.

La Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales, establece que los Ayuntamientos de Municipios con una población superior a 20 000 habitantes se les confiere competencias en la gestión del SAD y la Teleasistencia (Art. 48) y en poblaciones con población igual o inferior a 20 000 habitantes serán las Diputaciones provinciales las que se encarguen de este servicio.

4.3.1. Pasos para solicitar la dependencia en Castilla y León

Para poder acceder a un SAD público lo primero que hay que realizar es la solicitud de grado de dependencia.

Pasos a seguir:

- ➔ Solicitar la valoración del grado de dependencia.

Esta valoración es común para todo el Estado y se realiza a través de la persona interesada o de su representante legal. Para ello se debe pedir cita al CEAS que le corresponda por su domicilio. Allí le indicarán los formularios específicos que debe presentar.

- La solicitud de dependencia debe ir acompañada de los siguientes documentos:
 - DNI o libro de familia si el solicitante es menor de 3 años; o NIE si la persona carece de nacionalidad española.
 - Un informe médico emitido por su profesional de Atención Primaria.
 - Informe de ingresos del año anterior en caso de no haber presentado la declaración del IRPF.
- ➔ La solicitud y los documentos se presentarán en las Gerencias Territoriales de la Junta de Castilla y León, en cualquier registro de la Administración o a través de la sede electrónica de la Junta de Castilla y León: <https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es/>.
- ➔ Una vez recibida la solicitud, se abrirá un expediente y se efectuará una valoración de la dependencia realizada por un profesional sociosanitario del Servicio de Valoración que tendrá en cuenta los informes de salud del solicitante y el entorno en el que vive para poder concretar los cuidados que la persona pueda requerir.
- ➔ Posteriormente se elaborará un Programa Individual de Atención (PIA) donde se establecerán las prestaciones, servicios sociales y modalidades de intervención dependiendo de la necesidad del solicitante.
- ➔ La normativa establece un plazo máximo para resolver un expediente en 180 días. En Castilla y León se tarda de media 188, según recoge el Nuevo Plan de Choque de la Dependencia, que busca reducir las listas de espera y mejorar las prestaciones económicas, aprobado el 30 de septiembre de 2020, en el Consejo Interterritorial de Servicios Sociales y Dependencia. (Fundación Caser, 2013).

4.3.2. Servicios y prestaciones a los que se puede tener acceso una vez aprobada la solicitud del grado de dependencia

Dependiendo del grado de dependencia que se reconozca a la persona, tendrá derecho a unos determinados servicios.

Servicios:

- ✓ Servicio de Promoción de la Autonomía Personal.
- ✓ Servicio de Prevención de la dependencia.
- ✓ Servicio de Teleasistencia: Básica y Avanzada.
- ✓ Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).
- ✓ Servicio de Centro de Día y Noche.
- ✓ Servicio de Atención Residencial.

Prestaciones económicas

- ◆ Prestación económica de Asistencia Personal.
- ◆ Prestación económica Vinculada a la adquisición de alguno/s de los servicios anteriores.
- ◆ Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Para acceder a ésta prestación deben haber convivido mínimo un año antes de presentar la solicitud, aunque existen excepciones en ámbitos rurales o despoblados.

En muchas ocasiones las personas, bien por desconocimiento o bien, por ser lo suficientemente autónoma hasta que sufre un accidente, se desarrolla o empeora su enfermedad, o se hace visible un deterioro físico o mental; la solicitud de dependencia no se tramita y cuando se genera la necesidad, la ayuda debe ser inmediata.

Al recibir el alta hospitalaria y regresar al domicilio, estas personas, se encuentran en una situación de incertidumbre, algunas necesitan rehabilitación física, cognitiva o psicológica; otras personas han perdido parte de su autonomía y otras ya no volverán a ser autónomos necesitando de atención continua. La familia en estos casos se suele implicar en la recuperación de la persona enferma, pero en ocasiones esa ayuda no es suficiente y se suele recurrir a un SAD privado. Pero no todo el mundo tiene la capacidad social y económica suficiente para afrontar estos imprevistos.

4.4. ETAPAS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

Para llevar a cabo este proyecto de intervención se han seguido los siguientes pasos:

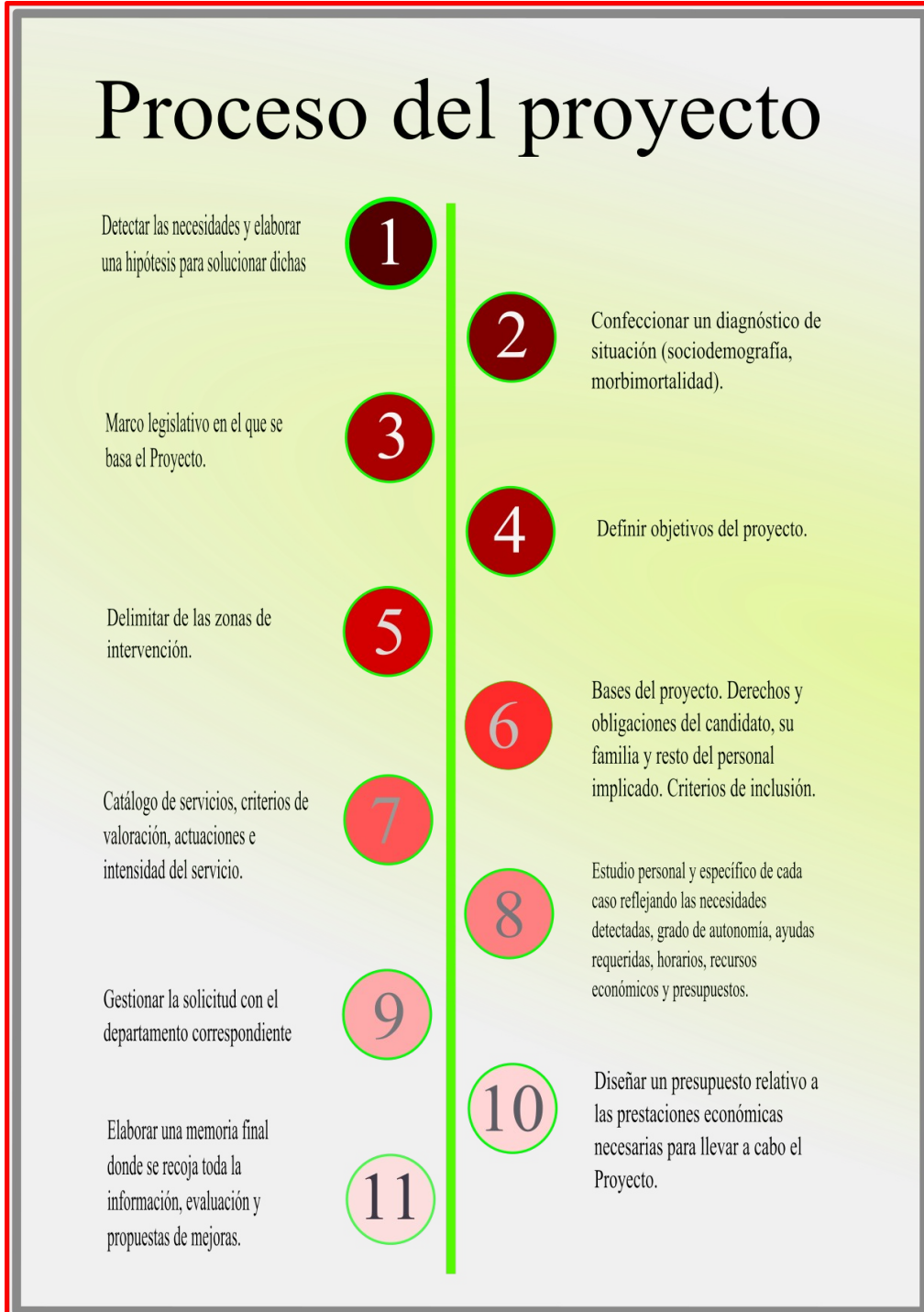


Figura1. Infografía del desarrollo del Proyecto

Nota: Elaboración Propia

4.4.1. Cronograma

En la siguiente tabla se establece: el tipo de actividad a realizar en la primera columna; en la segunda columna el profesional que va a llevar a cabo la actuación; y en la última columna se registra la fecha aproximada de realización.

Periodo de actuación: 19 de marzo de 2021 a 30 de junio 2022		
Actividad	Profesional	Fecha
Detección de las necesidades y elaboración de una hipótesis	Trabajadora Sociosanitaria y Psicopedagoga	19/03/21 a 30/07/21
Elaboración del diagnóstico de situación	Psicopedagoga	
Establecer el marco legislativo en el que se basa el proyecto	Trabajadora Sociosanitaria y Psicopedagoga	
Señalar los objetivos	Psicopedagoga	
Delimitar de las zonas de intervención	Trabajadora Sociosanitaria	
Crear las bases del proyecto	Trabajadora Sociosanitaria y Psicopedagoga	
Puesta en práctica del Proyecto		
Recoger información fehaciente sobre el solicitante	Trabajadora Sociosanitaria y Psicopedagoga	01/07/21 a 30/07/21
Informar sobre el catálogo de servicios y los criterios de valoración	Trabajadora Sociosanitaria y Psicopedagoga	
Elaborar un estudio personal y específico para cada caso	Psicopedagoga	
Elaboración de informes y tablas de evaluación	Trabajadora Sociosanitaria	
Gestión la solicitud con el departamento correspondiente	Trabajadora Sociosanitaria y Psicopedagoga	
Solicitud de presupuestos	Psicopedagoga	01/07/22 a 30/07/22
Elaboración de memoria final y propuesta de mejoras	Trabajadora Sociosanitaria y Psicopedagoga	

Figura 2. Fases para la realización del proyecto de intervención

Nota: Elaboración propia

4.4.2. Análisis de la realidad

A medida que las personas avanzan en edad su calidad de vida empeora. Se detectan más enfermedades degenerativas y crónicas provocando un aumento de personas dependientes que requieren una mayor atención y cuidado por parte del sistema sanitario, social y familiar.

Se entiende como dependiente a la persona, que por razón de la edad, enfermedad o diversidad funcional se ve afectada la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial y precise de atención de otras personas o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana.

Dependiendo del cuadro clínico del paciente, si el avance de la afección es rápido y no se pueden prestar los apoyos necesarios en el hogar, se le traslada a un centro residencial, convalecencia, de recuperación o de cuidados paliativos.

Desde el hospital, como hemos visto anteriormente, se presta asistencia hospitalaria en el domicilio, a pacientes oncológicos y de cuidados paliativos.

Por otro lado, para intentar detectar pacientes vulnerables, el hospital está coordinado con los CEAS de área y las UTS de Atención Primaria.

4.5. ESTUDIO DE LA NECESIDAD E HIPÓTESIS

- * Se parte de la problemática de muchos pacientes que en el momento del ingreso hospitalario eran autosuficientes para las actividades diarias y no se habían planteado solicitar un grado de dependencia o lo habían solicitado y están pendientes de la resolución, pero al recibir el alta han perdido parte o toda capacidad física, cognitiva o psicológica de ser autónomos. Tienen un diagnóstico estable, una convalecencia con posibilidades de recuperación y regresan o piden volver a su domicilio, pero carecen de recursos económicos suficientes para contratar un SAD privado hasta que le reconozcan el grado de dependencia o recuperen un nivel de autonomía óptima para su vida diaria.

- * Esta necesidad está fundamentada en el aumento de la esperanza de vida que ha derivado un envejecimiento progresivo de la población, acrecentando de este modo las patologías crónicas y enfermedades degenerativas, provocando un aumento de personas enfermas dependientes.
- * A medida que las personas avanzan en edad su calidad de vida empeora y se vuelven más dependientes, requiriendo un mayor cuidado por parte de la familia, que a menudo se ve desbordada a la hora de atender a su pariente o no tiene los recursos sociales ni económicos para poder atenderle adecuadamente.
- * En otras ocasiones la persona enferma no tiene soporte social que pueda hacerse cargo de él, lo que provoca una situación de desamparo. Empeorando así su calidad de vida.
- * No todas las personas que necesitan ayuda a domicilio son personas mayores, y padecen enfermedades crónicas o degenerativas, también se encuentran en esta situación de dependencia personas de cualquier edad que ha sufrido un accidente o una enfermedad sobrevenida (enfermedad que no se padecía antes).
- * La hipótesis es que, si se proporciona una ayuda inmediata a este grupo de personas, se estará facilitando una mejor calidad de vida a la persona enferma y a su familia a la vez que se evitará ingresos hospitalarios innecesarios, reduciendo de esta manera los gastos de asistencia hospitalaria, pudiendo utilizar este beneficio económico en otras áreas sanitarias.

4.5.1. Metodología

La investigación realizada para este Proyecto de Intervención ha sido exploratoria, ya que se ha efectuado sobre un tema poco conocido y estudiado como es el SAD Temporal y los resultados obtenidos constituyen una aproximación a la realidad sociosanitaria.

Por otro lado, la investigación es de campo, porque se recoge los datos directamente del contexto real donde ocurren los hechos, ya que han sido tomados de los pacientes y familiares atendidos en la UTS durante el 2020.

Las técnicas para la obtención de los resultados que se han utilizado han sido la

observación directa, las entrevistas (guiadas y semiestructuradas) y el estudio de las historias sociales de la UTS.

4.5.2. Recogida de datos para la muestra

Para realizar este programa de intervención se han tomado como referencia a todos los pacientes atendidos durante el año 2020 en la UTS del HCUV, con el fin de conocer el tipo de perfil del paciente adecuado para este proyecto de intervención.

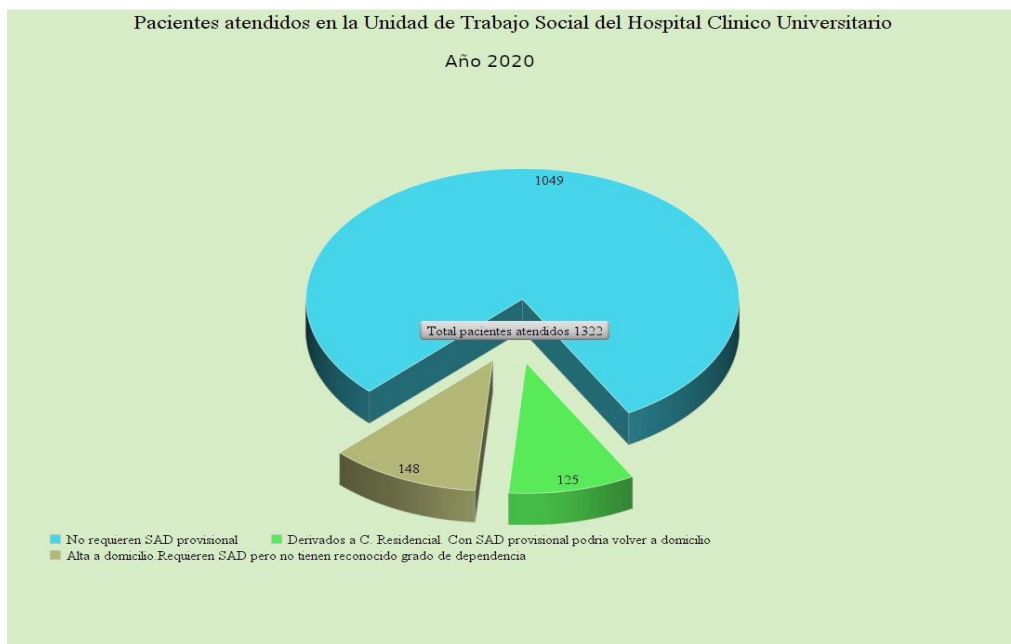


Figura 3. Pacientes atendidos en la UTS del HCUV.

Nota: Elaboración propia

Como se puede observar en la Figura 3, de los 1322 pacientes atendidos durante el año 2020 en la UTS del HCUV, 1049 no precisan de una ayuda a domicilio inmediata al recibir el alta hospitalaria por diversos motivos:

- Otros motivos de demanda. Requieren un préstamo de mobiliario ortoprotésico; tienen problemas relacionados con la dificultad de gestión de vida; son madres adolescentes; pertenecen a seguros privados o mutuas; son pacientes con conflictos dentro del domicilio como violencia familiar, tienen problemas relacionados con su estilo de vida o con adicciones; son menores derivados a la unidad de valoración y atención a personas con diversidad funcional; necesitan hacer algún trámite relacionado con tarjeta sanitaria o tienen problemas de comunicación debido al desconocimiento del

lenguaje.

- Proceden de otra área de salud. Pertenecen a otro centro sanitario. En el caso de no poder redirigir la problemática al área de salud que le corresponde, se inician los trámites desde la UTS del hospital.
- Son pacientes oncológicos o de cuidados paliativos y desde el propio hospital se les facilitan los cuidados necesarios a través de una Hospitalización a Domicilio (HAD).
- No han solicitado cuidados al alta hospitalaria, porque su entorno familiar se encarga de proporcionar la ayuda necesaria o porque no es necesaria una convalecencia domiciliaria.
- Tienen un grado de dependencia reconocida y son usuarios del SAD
- Disponen de recursos familiares o económicos suficientes para contratar un SAD privado.
- Proceden o tras el alta hospitalaria son derivados a centros residenciales.

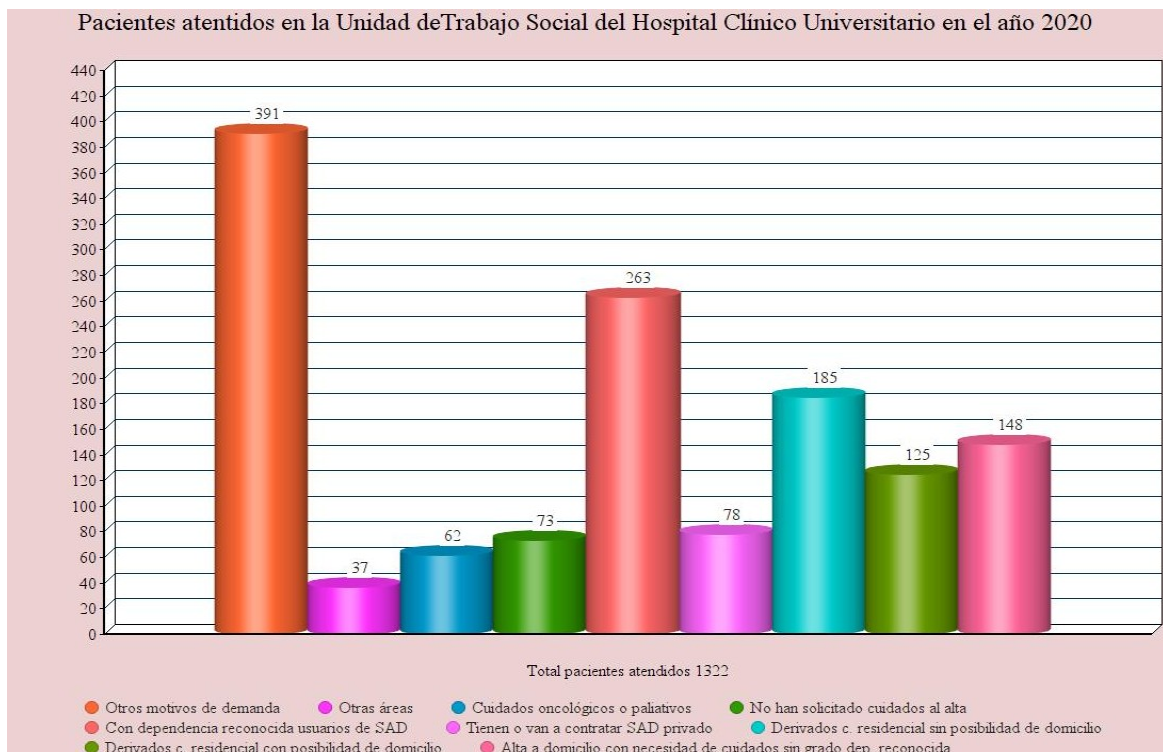


Figura 4. Pacientes atendidos en la UTS del HCUV en el año 2020.

Nota: Elaboración Propia

Una vez establecido el tipo de consultas atendidas en la UTS, se han tomado como base a pacientes atendidos en el Área de Trabajo Social del hospital que una vez recibida el alta hospitalaria eran susceptibles de volver a su domicilio con un SAD Temporal hasta que se resuelva su solicitud de dependencia o recuperen un grado de autonomía para realizar sus actividades básicas de la vida diaria.

Para ello se han elegido fundamentalmente dos grupos de pacientes.

- Pacientes que al recibir el alta hospitalaria han regresado al hogar pero necesitan ayuda para realizar sus actividades cotidianas como levantarse de la cama, asearse, vestirse o comer, pero debido a la falta de recursos familiares y/o económicos y al no tener tramitada la solicitud de dependencia se les hace muy difícil el poder acceder a un SAD.
- Pacientes que han sido derivados a centros residenciales en vez de a su domicilio al no contar con el apoyo social y familiar necesario.

Entre los distintos tipos de ayudas que precisan estos pacientes se pueden destacar:

- Necesidades de asistencia con cuidado personal y/o supervisión continua.
- Paciente encamados (personas permanecen mucho tiempo inmóviles en la cama ya sea por accidente, convalecencia larga, personas de movilidad reducida, etc.) .
- Pacientes que tienen solicitada la ayuda a domicilio y está pendiente de resolución.
- Familia sobrecargada (especialmente el cuidador) o con dificultades para cuidar al paciente.
- Personas que viven solos o con escasos recursos familiares.
- Necesitan asistencia sin que otro miembro de la familia pueda prestarle cuidados.
- Personas con escasos recursos económicos y sociales.

4.5.3. Comparación con el año 2019

El 2020 ha sido un año atípico a consecuencia de la pandemia y las medidas

preventivas realizadas al respecto. Por eso, se han contrastado los datos obtenidos con el año 2019, encontrando algunas diferencias.

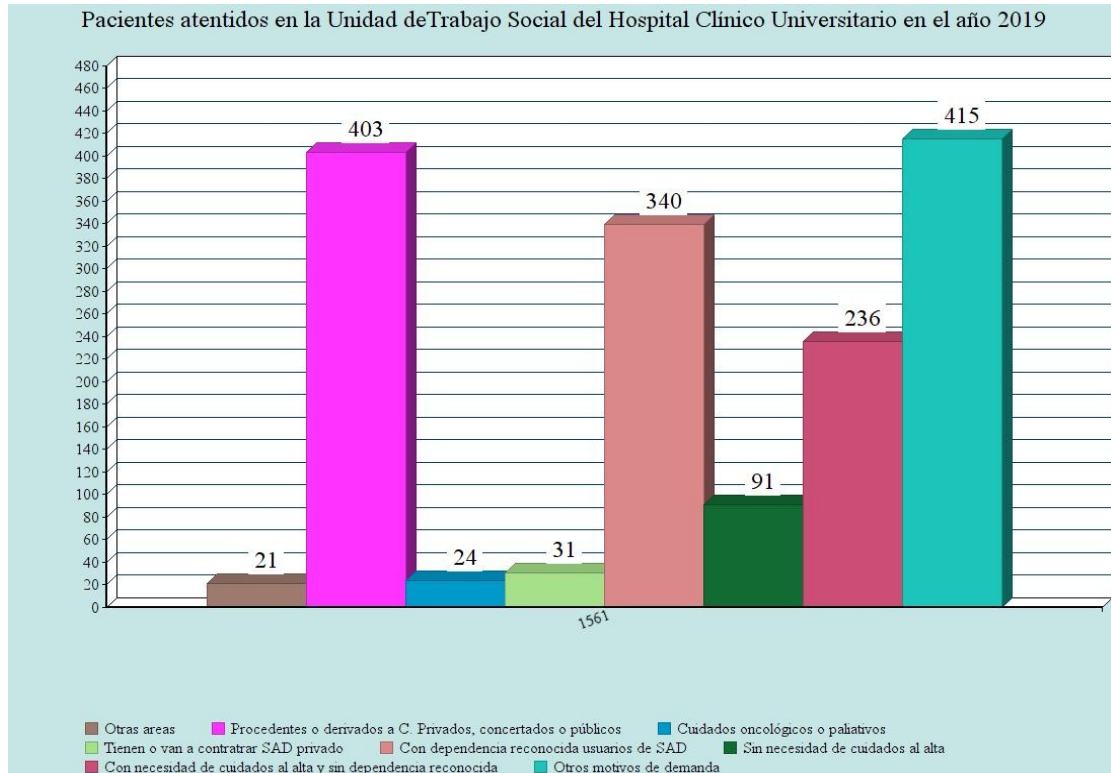


Figura 5. Pacientes atendidos en la UTS del HCUV en el año 2020.

Nota: Elaboración Propia

Al comparar los datos se ha comprobado que en el 2020 hubo un descenso de las visitas de 239 personas.

Los datos más significativos los encontramos en los pacientes que tienen o van a solicitar un SAD privado. Mientras que en el 2019 era de 31 personas, en 2020 aumentaron a más del doble.

En 2020 descendieron los pacientes con dependencia reconocida y usuarios de SAD en 30 personas, las personas sin necesidad de cuidados al alta en 18 personas y los pacientes con necesidades de cuidados al alta y sin dependencia reconocida en 88 personas.

Todo esto puede ser debido a que la pandemia ha cambiado la sociedad, las medidas para intentar frenar los contagios, el aplazamiento de las citas médicas no esenciales y el miedo a los contagios han provocado que mucha gente no acuda al hospital.

4.6. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

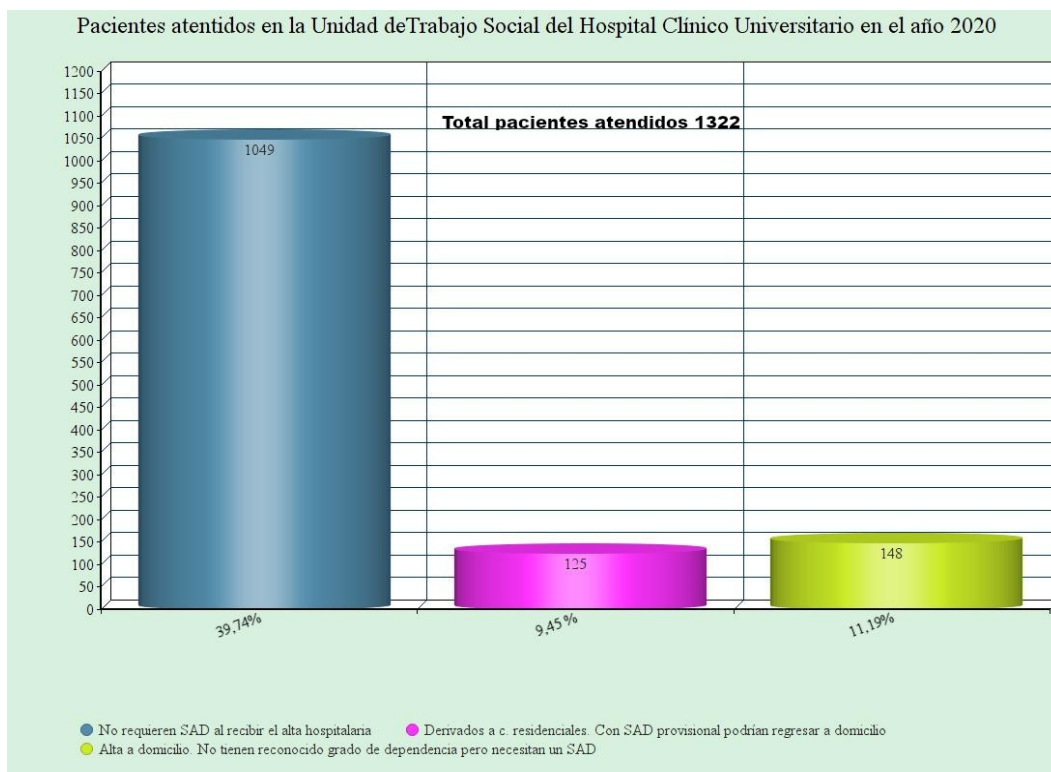


Figura 6. Pacientes atendidos en la UTS en el año 2020

Nota: Elaboración propia

Con estos datos se ha concretado:

- Por un lado, el tipo de pacientes que se atienden en el UTS del HCUV.
- Tipo de problemática o necesidad presentada por el paciente y su familia.
- Y qué personas son susceptibles de formar parte del Proyecto de Servicio de Ayuda a Domicilio Temporal.

Según los datos evaluados se ha comprobado lo siguiente:

- * De las 1322 Historias Sociales abiertas en la UTS más del 20% de los pacientes atendidos al recibir el alta hospitalaria y regresar al domicilio familiar no tenían reconocido un grado de dependencia al no haberlo solicitado o estar pendiente de resolución.
 - En este 20% se incluyen a pacientes que han sido derivados a centros

residenciales pero que con la ayuda de un SAD Temporal podrían haber vuelto al domicilio y pacientes que al recibir el alta hospitalaria han regresado al hogar pero necesitan ayuda para realizar sus actividades cotidianas, como levantarse de la cama, asearse, vestirse o comer, pero debido a la falta de recursos familiares y/o económicos y no tener tramitada la solicitud de dependencia se les hace muy difícil el poder acceder a un SAD.

- Si se agrupan según el rango de edad, se detecta que las personas que necesitan más apoyos tras el alta domiciliaria son los mayores comprendidos entre 70 y 89 años.

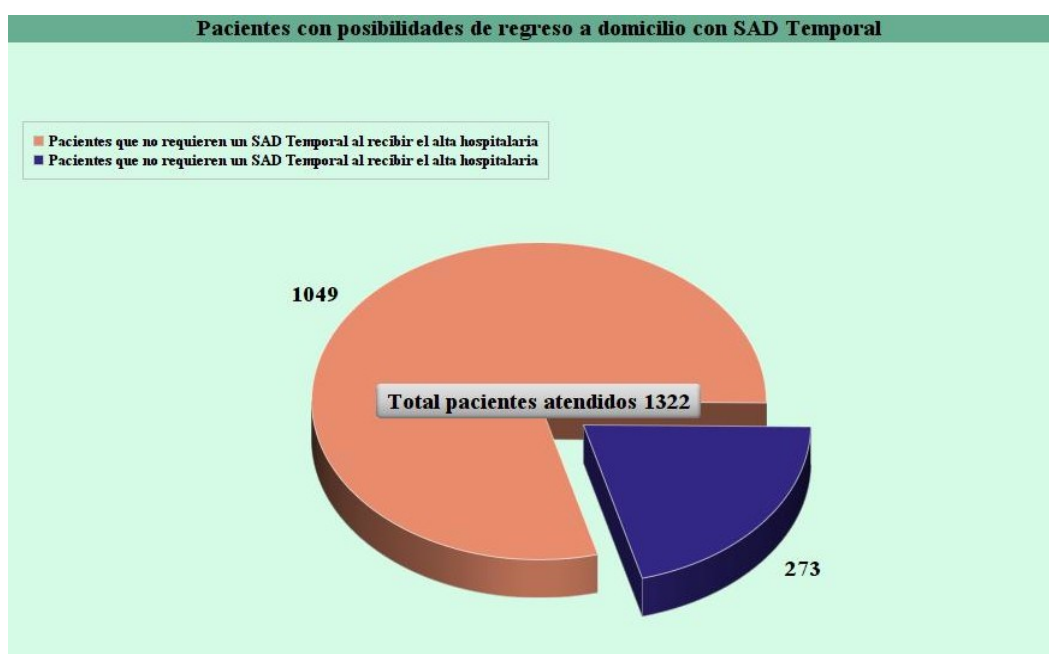


Figura 7. Pacientes con posibilidad de regreso a domicilio con SAD Temporal.

Nota: Elaboración Propia

Tomando como referencia el Decreto 83/2013, de 26 de diciembre (B.O.C. y L. - N° 249, de 30 de diciembre de 2013) que contiene la actualización de los precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León se establece que el gasto aproximado de una estancia en un hospital de Castilla y León, sería de unos 582 € al día solo la hospitalización, el triple si el ingreso es en la UCI. A ese importe hay que sumarle el traslado en ambulancia si fuera necesario, las

consultas médicas, pruebas médicas o los tratamientos entre otros servicios.

Hospitalización: 378 €/día.

Primera consulta ambulatoria: 209 € Consultas sucesivas: 128 €/consultas.

Cada vez que se realiza una analítica básica (hemograma, bioquímica y orina) 59,40 €.

Tratamiento onco-hematológico 257 €/día.

El importe medio de un día en el hospital serían unos 1030 € sin contar pruebas diagnósticas, posibles tratamientos o intervenciones.

Calculando que la estancia media de un paciente es de unos 10 días, el importe asciende mínimo sería de unos 10 300 €.

Si al recibir el alta hospitalaria es derivado a un centro residencial hasta su recuperación el gasto asciende a un mínimo 1600 € al mes, sólo la estancia, si necesita algún tipo de rehabilitación el importe aumenta.

En cambio, si al recibir el alta hospitalaria se les facilita un SAD Temporal hasta que se recupere o se resuelva el grado de dependencia estos gastos se reducen en más de un 90% el gasto de hospitalización y en más de un 42% al mes, si no es derivado a un centro residencial, porque que coordinamos los servicios de ayuda a domicilio con la colaboración del núcleo sociofamiliar del paciente.

El precio medio de una hora de ayuda a domicilio con el 10% de IVA incluido ronda los 14,85 €/hora de lunes a sábado y 17,5 €/hora los domingos y festivos. Aproximadamente el importe mensual del SAD sería de unos 920 €, ayudando a la persona enferma en sus tareas básicas como levantarse, asearse y vestirse.

4.7. SOLUCIÓN A LA HIPÓTESIS PLANTEADA

Según expone Barragán (2006) citado anteriormente, siempre que la situación sociosanitaria del paciente lo permita es muy recomendable que vuelva a su domicilio. Es de vital importancia que mantenga el contacto con su familia y su convalecencia sea un lugar conocido y seguro para él. De esta manera, mejora su recuperación ya que se evita el estrés y la desorientación que producen los lugares extraños como pueden ser los hospitales o centros

residenciales, además de proporcionar privacidad al convaleciente, el mantenimiento de sus rutinas diarias y la comodidad de su entorno familiar.

Con los datos expuestos se entiende, que este proyecto sería muy beneficioso a nivel social, asistencial, sanitario, emocional y cognitivo, al proporcionar un SAD Temporal a la persona enferma en el momento de recibir el alta hospitalaria, y de este modo, facilitar a este grupo de pacientes la posibilidad de realizar tareas cotidianas, como levantarse, asearse, vestirse, comer, pasear o acostarse en un entorno confortable y seguro, mejorando su calidad de vida y acortando el proceso de convalecencia. A la vez que se le proporciona a su familia un desahogo emocional y asistencial, lo que repercute favorablemente rebajando la tensión emocional dentro del núcleo familiar al atenuar la sensación de estrés y angustia.

Por otro lado se evitan ingresos y estancias innecesarias en el hospital, lo que ayuda a reducir el gasto sanitario considerablemente, pudiendo utilizar este beneficio económico en otras áreas sanitarias.

5. DESARROLLO DEL PROYECTO

Este proyecto de está enmarcado dentro de las Normativas Estatales y Autonómicas y toma como base el modelo biopsicosocial, tal como se ha comentado anteriormente. Este modelo establece que es el conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales los que afectan de manera positiva o negativa en la persona enferma, su entorno familiar y la comunidad que le rodea.

5.1. OBJETIVOS

5.1.1. Objetivo Principal

Proporcionar un SAD Temporal a los pacientes sin grado de dependencia reconocido y sin posibilidades de contratar un SAD privado, que durante su ingreso hospitalario hayan perdido total o parcialmente autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria y al recibir el alta necesitan un apoyo asistencial para poder recuperarse en su domicilio, siempre y cuando la persona esté estable y con posibilidad de recuperación.

5.1.2. Objetivos Secundarios

El objetivo principal lo conseguiremos a través de los objetivos secundarios que hemos dividido en tres núcleos de actuación:

- ◆ **Relacionados con las personas enfermas crónicas, enfermedades degenerativas o con amplios periodos de convalecencia** que todavía no reciben la ayuda a personas dependientes o la requieran de manera puntual.
 - Proporcionar la asistencia sociosanitaria necesaria para que la persona enferma pueda continuar su tratamiento o convalecencia en su domicilio, evitando ingresos institucionalizados innecesarios.
 - Mejorar su calidad de vida a través de actuaciones que motiven su autonomía personal, fomenten su autoconcepto y estabilidad emocional
 - Retrasar y ayudar en el avance del agravamiento de la enfermedad a través de actividades de rehabilitación tanto cognitiva, física y emocional, además de fomentar hábitos saludables.
- ◆ **Relacionados con el grupo familiar**
 - Dar apoyo sanitario, social y emocional aportando información, asesoramiento y ayuda para que la familia afronte la situación de manera realista y lo más positiva posible.
 - Dotar de herramientas para que toda la familia, incluido el convaleciente, aprendan a gestionar sus emociones de manera optimista, cambiando pensamientos negativos o de culpa por otros más realistas y positivos.
 - Facilitar el descanso físico y emocional de los cuidadores proporcionando tiempo para el ocio y el descanso.
- ◆ **Relacionados con los distintos profesionales sociosanitarios**
 - Establecer conexiones directas entre los diferentes entornos para concretar pautas de actuación comunes.

- Aportar información y asesoramiento a los distintos contextos implicados sobre los beneficios de este proyecto.
- Probar la eficacia del SAD Temporal
- Disminuir los costes de sanitarios del paciente debido a sus largas estancias en el hospital.

5.2. DESTINATARIOS

Personas que regresan al domicilio al recibir el alta hospitalaria con necesidad de apoyos para realizar sus rutinas diarias. Careciendo de recursos familiares y económicos suficientes para contratar un SAD privado y cubrir el tiempo que transcurre hasta que se apruebe el grado de dependencia o recupere un grado de autonomía satisfactorio.

Al gestionarse desde el Área de Trabajo Social del hospital, el convaleciente debe residir dentro de su área de cobertura sanitaria.

5.2.1. Personas incluidas

- .∴ Dependientes que están a la espera de la resolución de su grado de dependencia.
- .∴ Qué no tenían tramitada la solicitud del grado de dependencia al ser totalmente autónomas antes del ingreso, pero al recibir el alta hospitalaria precisan de ayuda.
- .∴ Personas de cualquier edad con una enfermedad sobrevenida que va a necesitar de apoyos domiciliarios hasta su recuperación. Sin necesidad de tramitar una solicitud de dependencia hasta evaluar su recuperación.

5.2.3. Requisitos

- ~ Estar ingresado en el hospital y permanecer estable clínicamente.
- ~ Pertenecer al área de cobertura sanitaria del hospital.
- ~ Tras recibir la información adecuada sobre este tipo de atención, aceptar voluntariamente entrar a formar parte del proyecto.
- ~ Autorizar al profesional a tener acceso a su historial clínico, donde conste el tipo de patología que tiene, la funcionalidad de la persona y el tipo de ayuda que necesita.

- ~ Facilitar la información y documentación fidedigna para la comprobación de los recursos económicos que posee el solicitante.
- ~ Si el beneficiario incumpliera o falseara la información o la documentación sería excluido automáticamente del Proyecto. Además de estar obligado a reintegrar al hospital el importe o la parte proporcional del servicio prestado.
- ~ Contar con un soporte familiar adecuado, que se comprometa a coordinare y complementar la ayuda y cuidados proporcionados por el SAD
- ~ Tener una vivienda adaptada a las necesidades de la persona enferma. En el caso de ser necesario el hospital facilitará dentro de sus posibilidades la infraestructura necesaria para la convalecencia. Además estará coordinado con los servicios de Atención Primaria y los Trabajadores Sociales.
- ~ Comunicar cualquier variación en sus circunstancias que puedan modificar el derecho o el nivel de la ayuda concedida en un plazo de 15 días a contar desde la variación. Especialmente en los casos que se suspenda temporal o definitivamente el SAD Temporal como puede suceder en los nuevos ingresos hospitalarios, empeoramiento de la salud, traslado a un centro institucionalizado o defunción.

5.3. CATÁLOGO DE SERVICIOS Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Se ha tomado como referencia la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ya que se siguen las mismas líneas de actuación.

- A efectos de una correcta valoración de la situación personal, familiar, social y económica, la persona solicitante se compromete a facilitar sus datos de forma fehaciente. Todos los datos y la información proporcionada se mantendrá en completa confidencialidad siguiendo lo establecido en la Guía de intimidad, confidencialidad y protección de datos de carácter personal de SACYL (2007).

5.3.1. Actuaciones del servicio

Este proyecto proporciona un SAD Temporal al alta hospitalaria del beneficiario, a través del cual recibirá una ayuda acorde a sus necesidades, con el objeto de mejorar su convalecencia y complementar los cuidados administrados por parte de su núcleo familiar, hasta que se restablezca la autonomía necesaria para realizar sus rutinas básicas o se resuelva la demanda del grado de dependencia y pueda acceder a las prestaciones públicas.

El acceso al programa se determinará en primer lugar por la urgencia de la situación y la implicación familiar en los cuidados del solicitante. Seguida de una valoración temporal del grado de dependencia y a igual nivel, por la capacidad económica del solicitante.

- ⊙ La capacidad económica estará determinada por la propuesta del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, teniendo en cuenta la renta y el patrimonio del beneficiario.

Estos servicios proporcionan a la persona en situación de dependencia, la capacidad de recuperar, desarrollar y mantener la posibilidad de vivir conforme a sus preferencias, facilitando su autonomía para la realización de las actividades básicas de la vida diaria con el fin de posibilitar la permanencia en el domicilio.

Dentro del SAD se incluyen las siguientes actuaciones:

- ♦ Proporcionar pautas y cuidados que fomenten la autonomía y la calidad de vida de la persona enferma.
- ♦ Indicar pautas de cuidados al núcleo familiar.
- ♦ Ayuda a la realización de tareas domésticas.
- ♦ Contactar con los profesionales sanitarios, sociales, familiares u otros en el caso en caso de alerta.
- ♦ Detectar posibles barreras de autonomía y riesgo de accidentes en el entorno familiar.
- ♦ Dar aviso al servicio correspondiente, trabajadores sociales, personal sanitario u otros en el caso de detectar posibles conflictos familiares.

- ♦ Ofrecer una valoración integral y la elaboración de un plan de apoyo.

5.3.2. Intensidad del Servicio

La intensidad del servicio de ayuda a domicilio prestado se establece siguiendo los criterios de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre y será establecido por la normativa estatal que resulte de aplicación.

Si no tiene consideración de prestación esencial según lo establecido en la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León se pueden solicitar máximo 11 horas. Aunque se puede aumentar cuando la valoración de la situación familiar y de convivencia supere 65 puntos del baremo aprobado en la Orden FAM/1057/2007 de 31 de mayo

Según el grado reconocido se puede solicitar determinadas horas del SAD

- Grado I máximo entre 12 y 20 horas mensuales
- Grado II mínimo entre 21 y 45 horas mensuales
- Grado III mínimo entre 46 y 70 horas mensuales

5.3.3. Valoración de la situación de dependencia

- * Para la realización de la valoración de dependencia se toma como base el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- * La valoración se realizará mediante un cuestionario, la observación directa de la persona y una entrevista guiada dirigida por la trabajadora sociosanitaria del hospital en compañía de la psicopedagoga.
- * En el supuesto de que las capacidades de la persona pudieran estar afectando a su capacidad perceptivo-cognitiva, el cuestionario y la entrevista se realizarán en presencia de una persona cercana al solicitante con el fin de completar la valoración de una manera satisfactoria.

- * Dicha valoración tomará en cuenta los informes de salud, posible evolución del paciente, entorno familiar y si fuera el caso, posibles necesidades técnicas, ortesis y prótesis que pueda necesitar.
- * Una vez valorada y aprobada la solicitud, se concretarán las horas, los servicios y cuidados que requiere el convaleciente. Se creará un cronograma de intervención donde quede reflejado las horas, las actividades y cuidados que debe realizar en la medida de sus posibilidades cada miembro de la familia, completándolo con los cuidados del personal del SAD Temporal.
- * En el baremo se valorará la realización de actividades y tareas cotidianas del solicitante: comer, beber; regulación de la micción/defecación; asearse; pasear fuera del domicilio y resto de actividades diarias.
- * Además, se valorará la autonomía de la persona para realizar sus tareas básicas de forma autónoma, así como el grado de necesidad de apoyo y supervisión por parte de otra persona.
- * Se tendrá en cuenta su capacidad física, mental y/o iniciativa de la persona.
- * Los profesionales identificarán las necesidades detectadas, así como el grado de apoyo que necesita de otra persona.
- * La valoración de actividades y tareas se realizará de acuerdo con los criterios recogidos en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

5.3.4. Duración

Este periodo, dependiendo las necesidades y la evolución de la convalecencia tendrá una duración aproximada de 6 meses, por ser el plazo que se emplea para la resolución del grado de dependencia.

5.4. PRESUPUESTO

Para la elaboración del presupuesto se ha calculado el SAD Temporal en función de los pacientes que podrían haberse beneficiado de este proyecto en el año 2020.

Concepto	Justificación	Und.	€/ Und.	Subtotal
Material Fungible (se excluyen programas informáticos)				
Mesas de oficina	Todo el mobiliario se utilizará para poder atender a la familia de los pacientes y hacer las gestiones pertinentes para la resolución de las necesidades	2	190	380 €
Sillas de escritorio		2	150	300 €
Sillas		4	45	180 €
Armario		1	250	250 €
Teléfono		2	160	320 €
Ordenadores		2	600	1200 €
Impresora multifunción		1	200	200 €
FUNGIBLE (hasta un máximo de 10% en consumibles informática, reprografía y material de oficina)				
Material de oficina				500 €
Recursos humanos				
Trabajadora Sociosanitaria		1	2 366	33 124 €
Psicopedagoga		1	2 366	33 124 €
Servicio de Ayuda a domicilio*		273	980	267 540 €
Coste total del proyecto				337 618 €

Figura7. Presupuesto del Programa de Intervención de SAD temporal.

Nota: Elaboración Propia

El importe total anual asciende a 337 618 €, una cifra muy inferior al gasto si se compara con el gasto que producirían 273 pacientes ingresados en el hospital, el cual

ascendería a 2 811 900 €; y si fueran derivados a centros residenciales para su recuperación, el importe mínimo supondría 436 800 € al mes. Esto supone un ahorro considerable al sistema sanitario, además de todos los beneficios sociales que se contemplan en el desarrollo de este proyecto.

5.5. ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA INDIVIDUAL Y ESPECÍFICO

- * Una vez producido el ingreso hospitalario de un paciente que cumpla los requisitos para acceder al proyecto, se procederá a informar a la persona enferma y su familia sobre el desarrollo del mismo, pidiéndoles el consentimiento para formar parte de él.
- * Seguidamente se elaborará una Historia Social desde el Área de Trabajo Social del hospital en coordinación con la psicopedagoga, indicando:
 - Información relativa al paciente: género; edad; motivo del ingreso; diagnóstico y evolución del paciente; y si está en tramitación del grado de dependencia.
 - Se realizará una evaluación inicial mediante una entrevista con el paciente y sus familiares donde se les pasará las tablas recogidas en el baremo de valoración del Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, además de la escala de Gijón.
 - Con estos datos conoceremos el grado de implicación de la familia, si tienen capacidad suficiente para cuidar adecuadamente al solicitante y qué recursos pueden aportar tanto personales como económicos.
- * A través de la información recabada se hará un estudio personal y se redactará un informe donde quedarán reflejadas las necesidades detectadas y se establecerá:
 - El grado de autonomía y la ayuda y cuidados que precisará al recibir el alta hospitalaria.
 - Horarios, funciones y tareas que cada miembro del núcleo familiar debe cumplir.
 - Recursos económicos con los que se puede contar.
 - Presupuesto del SAD.
 - Importe aportado por el beneficiario.

- Importe que debe abonar el hospital.
- * Una vez aprobada la solicitud, se acordará un SAD al alta hospitalaria.
- * Al mes se realizará una evaluación seguimiento de cada paciente y entorno familiar para comprobar la viabilidad del proyecto y ajustarlo en caso de ser necesario. Para ello se volverán a pasar los cuestionarios iniciales.

Este SAD Temporal se suspenderá automáticamente una vez reconocido el grado de dependencia o recuperada la autonomía suficiente para realizar las tareas diarias.

5.6. MEMORIA Y EVALUACIÓN FINAL DEL PROYECTO

Al final del año se redactará una memoria donde se recogerán los resultados obtenidos; personas atendidas, grado de dependencia, nivel de satisfacción de los resultados obtenidos por parte de los usuarios del servicio; presupuesto utilizado y ahorro producido.

Se incluirán los siguientes apartados:

- Nombre del Proyecto.
- Si se han logrado los objetivos marcados.
- Desarrollo del Proyecto. Como ha sido su puesta en funcionamiento, los ajustes requeridos y el nivel de implicación por parte de los involucrados.
- Valoración cuantitativa del Proyecto. Siendo lo más objetivo posible en cuanto a su desarrollo, organización, participación, si los recursos han sido suficiente o no, o si han sido apropiados.
- Valoración de coste-beneficio. Después de conocer el presupuesto real y la valoración cuantitativa y cualitativa, establecer si se ha producido un beneficio.
- Conclusiones. En este apartado se incluirá unas reflexiones acerca de lo que se puede corregir, mantener o potenciar, así como si se han cumplido las expectativas y en qué grado.
- Áreas de mejora. Como todavía no se ha llevado a término, no podemos indicar en que se podría mejorar el proyecto.

6. CONCLUSIONES

Una enfermedad crónica, de larga duración, la diversidad funcional y la muerte son experiencias que suponen un gran impacto en la familia. Por eso, es necesario un nuevo enfoque que permita y facilite que este tránsito se lleve de la manera más tranquila y favorecedora tanto para el paciente como para la familia.

El núcleo familiar juega un papel muy importante en la evolución de la persona. En muchas ocasiones los familiares motivados por la empatía y el afecto se vuelcan en los cuidados de la persona enferma que al cobijo de la familia se siente protegido y seguro.

Si la situación no es tratada adecuadamente, puede generar tensiones entre todos los miembros de la familia. En el cuidador puede causar sentimientos encontrados, estrés, cansancio físico y mental, cambios de humor, sentimientos de culpa, etc. La persona enferma por su parte puede manifestar también culpabilidad debido a los cuidados que necesita y el tiempo que resta al resto de su familia o por el contrario requerir más atención por parte de los cuidadores.

Por eso es necesaria una estrategia que permita conocer el proceso por el que está pasando la familia, el grado de implicación y los sentimientos de cada uno, de manera individual y como núcleo familiar. Cómo les afecta a cada miembro, su relación con el entorno social y los recursos con los que cuentan para afrontar esta situación.

En la actualidad el domicilio del paciente es el escenario de las estrategias de coordinación y de integración, pero también donde a menudo se manifiestan las contradicciones del actual modelo sanitario.

El sistema sociosanitario español ofrece una serie de prestaciones a las personas con un grado de dependencia reconocido para que puedan permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible. Les proporciona una ayuda inestimable para realizar sus tareas diarias, favoreciendo la autonomía y autoestima del usuario y proporcionando por otro lado un desahogo al familiar, al disminuir su carga de cuidador.

Si no tienen reconocido el grado de dependencia pueden acceder a un SAD privado, repercutiendo el gasto del servicio en el núcleo familiar.

El problema radica como se ha observado durante el desarrollo de este TFM, en aquellas personas que antes de su ingreso hospitalario eran autosuficientes, pero al recibir el alta necesitan ayuda para realizar sus actividades cotidianas, no tienen reconocido ningún grado de dependencia y no disponen de recursos económicos suficientes para contratar un SAD privado. El reconocimiento del grado de dependencia tarda unos 6 meses y en estos casos, la familia se tiene que hacer cargo de la situación. Deben coordinar sus rutinas diarias con el cuidado de la persona enferma, sin desatender a los demás miembros ni a ellos mismos. Comprender que los sentimientos contradictorios de culpa, miedo, ansiedad son normales y aprender a expresar sus emociones. Para ello el resto de la familia debe implicarse en el cuidado del convaleciente y a menudo esta situación es fuente de múltiples conflictos.

Por todas estas razones este Proyecto de SAD Temporal es una gran oportunidad ya que beneficia al usuario hasta que se resuelva la solicitud del grado de dependencia y pueda acceder a las prestaciones sociosanitarias públicas, además le brinda la oportunidad de permanecer en su propio domicilio, fomentando y favoreciendo su autonomía; preservando sus rutinas y su lugar de confort; rodeado de sus seres queridos; mejorando su proceso de recuperación y evitando ingresos institucionalizados innecesarios.

También la familia recibe un apoyo indispensable al poder compaginar sus actividades diarias con el cuidado del familiar gracias al apoyo del SAD Temporal, lo que permite, tener tiempo para el resto de la familia y realizar actividades sociales y recreativas, ayudando de este modo a reducir las tensiones familiares y el estrés. Además favorece la aceptación de la nueva situación de una manera realista y sosegada. Conscientes de lo que ocurre y con capacidad de tomar decisiones acordes a la situación.

Por otro lado, disminuye considerablemente el gasto sanitario, ya que como se ha podido comprobar en el desarrollo del proyecto, se reduce hasta un 90% el desembolso económico de hospitalización y en más de un 42% al mes, si no es derivado a un centro residencial, porque se complementa la colaboración del núcleo sociofamiliar de la persona con un SAD Temporal.

Estos resultados se podrían mejorar ampliando el ámbito de actuación a todos los pacientes atendidos en el Hospital. Muchos pacientes ingresados pasan inadvertidos para los

sanitarios porque acuden acompañados de familia, presentar buen nivel cognitivo u ocultar información sobre su estado de salud, su núcleo familiar, incluso de su vivienda o estado de salud.

Para ello, sería conveniente hacer visitas a todos los pacientes ingresados con edades comprendidas entre los 70 y 89 años por ser la franja de edad más vulnerable.

Además de entrevistarse con pacientes aunque no se haya recibido una interconsulta o pedido una entrevista.

Otra sugerencia de mejora sería realizar charlas informativas en los centros de Atención Primaria y Centros Cívicos, ofreciendo pautas para detectar posibles necesidades de ayuda a domicilio para la realización de las actividades cotidianas y las posibles soluciones como la solicitud del grado de dependencia.

En estos momentos este Proyecto de SAD Temporal está siendo revisado en el HCUV y las valoraciones son muy alentadoras. Por esa razón se espera que lo aprueben y lo pongan en práctica.

Al ser un Proyecto experimental, una vez comprobados sus beneficios a nivel personal, social y asistencial se podría ir ampliando paulatinamente el área de intervención hasta extenderse por toda la Comunidad de Castilla y León.

Con este proyecto se ha querido crear de algo tan doloroso como es la pérdida de un ser querido, algo bueno y beneficioso para otras personas que se encuentren en esa situación. Facilitar el regreso al domicilio de una persona convaleciente para ser atendida en un ambiente agradable, cómodo y seguro, atendido por su familia y apoyados por un SAD Temporal que amortigüe la multitud de sensaciones que surgen en esos momentos, aportando un poco de tranquilidad y apoyo en los cuidados de la persona enferma, disminuyendo la sobrecarga física y emocional del cuidador o cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA

- ↳ Alonso-Fernandez, F. (1989). Psicología médica y social. Barcelona: Salvat., pp.288-289.
- ↳ Asale, R. (s. f.). enfermedad | Diccionario de la lengua española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/enfermedad>
- ↳ Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2016). ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas, 34(2), 46. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v34i2.206>
- ↳ Atención Domiciliaria. (2021). Hospital San Juan de Dios Pamplona. <https://hsjdpamplona.com/atencion-domiciliaria/>
- ↳ Barragán, F. J. I. (2006). La atención domiciliaria. Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo, 211–230. Universidad de La Rioja. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756907>
- ↳ Barrón, A. Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones. Siglo XXI de España Editores, 1996
- ↳ Castro, R. y Conejero, M.C. (1997) Código de ética para profesionales de la ayuda a domicilio. Zaragoza: Libros Certeza.
- ↳ Conde Sala, J.L. (2009). Los cuidados a personas con dependencia. website: <https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25078/conde-cuidados-01.pdf>
- ↳ Constitución española (BOE núm.311, de 29 de diciembre de 1978) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- ↳ Cordero, P. (2019). España, líder en esperanza de vida pero no en años de vida saludable. Consalud. https://www.consalud.es/pacientes/espana-lider-en-esperanza-de-vida-pero-no-en-anos-saludable_59741_102.htm
- ↳ de la Revilla, L., & Espinosa Almendro, J. (2003). La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Atención Primaria, 31(9), 587–591. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)79221-x](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(03)79221-x)

- ↳ Decreto 13/1990, de 25 de enero, por el que se regula el Sistema de Acción Social de Castilla. Familia, mujer, adicciones. ((BOCyL n.o 23, de 1 de febrero de 1990; Corrección de errores en BOCyL núm. 57, de 21 de marzo de 1990).
<http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100DetalleFeed/1246988963464/Normativa/1138973604695/Redaccion>

- ↳ Decreto 269/1998, de 17 diciembre por el que se regula la prestación social básica de la Ayuda a Domicilio. Administración Pública. (BOCyL 21 diciembre 1998, núm. 243 pág. 11337)
<https://www.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionPublica/es/Plantilla100Detalle/1248367026092/1248367026092/1216042511420/Redaccion>

- ↳ Decreto 59/2003 de 15 de mayo por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León (BOCyL núm. 95 de 21 de mayo de 2003).
<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/planes-sanitarios/decreto-59-2003-15-mayo-aprueba-ii-plan-sociosanitario-cast>

- ↳ Decreto 74/2000, de 13 de abril, por el que se crea y regula la estructura de coordinación de atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León. (BOCyL núm. 77, de 19 de abril de 2000).
<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/organizacion-administrativa-castilla-leon/organizacion-administrativa/decreto-74-2000-13-abril-crea-regula-estructura-coordinacion>

- ↳ Dicciomed: Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. (s. f.).
<https://dicciomed.usal.es>. <https://dicciomed.usal.es/palabra/enfermedad>

- ↳ Documentación y trámites para solicitar la valoración de la dependencia. (2013).
<https://www.fundacioncaser.org/autonomia/documentacion-y-tramites-para-solicitar-la-valoracion-de-la-dependencia>

- ↳ Encuesta de OCU: el 82% de los mayores españoles quiere envejecer en su propia casa #. (2017).
<https://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2017/mayores-vivienda-07122017>

- ↳ Fernández Ortega, M.A. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. MG Rev Fac Med UNAM , Vol.47 No.6 , 251-254.
- ↳ Fernández, I. (2020,). Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/esperanza-vida-espana-hasta-4-anos-mas-segun-region>
- ↳ Guía de intimidad, confidencialidad y protección de datos de carácter personal. (2007). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad>
- ↳ Inforesidencias.com. (s. f.). Atención domiciliaria (SAD). <https://www.inforesidencias.com/contenidos/mayores-y-familia/nacional/atencion-domiciliaria-sad>
- ↳ La situación del servicio de ayuda a domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro. (2020). Instituto Matia. <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/la-situacion-del-servicio-de-ayuda-domicilio-en-el-ambito-local-y-perspectivas-de>
- ↳ León, F. (2021). 7 hábitos de vida saludable según la OMS. Factor Nueve. <https://www.factornueve.com/7-habitos-de-vida-saludable-segun-la-oms/>
- ↳ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- ↳ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE->
- ↳ Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León. (BOE núm. 17, de 8 de enero de 2011)). <https://www.boe.es/eli/es-cl/l/2010/12/20/16>
- ↳ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006). <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/com>
- ↳ Ley 5/2003, de 3 abril de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y

- León. Administración Pública (BOCyL núm. 67/2003, de 8 de abril de 2003). <https://www.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionPublica/es/Plantilla100Detalle/1248367026092/1248367026092/1216042378588/Redaccion>
- ↳ Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. (BOE, núm. 80 de 3 de abril de 1985). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1985-5392>
- ↳ Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León. (BOCyL núm.173 de 7 de septiembre de 2010). <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/resumen-bocyl-legislacion-sanitaria/ley-8-2010-30-agosto-ordenacion-sistema-salud-castilla-leon>
- ↳ Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). <https://www.cermi.es/es/colecciones/libro-blanco-de-atenci%C3%B3n-las-personas-en-situaci%C3%B3n-de-dependencia-en-espa%C3%B1a>
- ↳ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Servicios Sociales - Inclusion Social - Servicios Sociales - Plan Concertado. (2020). <https://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/MemoriasPlanConcertado.htm>
- ↳ Ministerio de Sanidad. Indicadores de Salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm>
- ↳ Mitjana, L. R., & Ruiz Mitjana, L. (2021). Modelo biopsicosocial: qué es y cómo entiende la salud mental. Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/psicologia/modelo-biopsicosocial>
- ↳ Motero, I. (2010). CRE Enfermedades Raras. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias de Burgos: Los profesionales escriben.

https://creenfermedadesraras.imserso.es/crear_01/documentacion/boletindigitalcrear/ano_2010/news_octubre/profesionalesescriben_oct/index.htm

- ↳ Normativa reguladora del servicio de ayuda a domicilio en la provincia de Valladolid, (BOP núm. 227, de 3 de octubre de 2009).
- ↳ Novellas Aguirre de Cárcer, A., & Pajuelo Valsera, M. M. (2003). SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos). <https://secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
- ↳ Nuevo Servicio de Ayuda a Domicilio, próximo y de calidad. (2020). IMI. https://ajuntament.barcelona.cat/imi/es/noticia/nuevo-servicio-de-ayuda-a-domicilio-proximo-y-de-calidad-2_902160
- ↳ Orden del DOG nº 2 de 03/01/2001 - Xunta de Galicia. (2001). https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2001/20010103/AnuncioCDA_es.html.
- ↳ Orden FAM/1057/2007, de 31 de mayo, por el que se regula el baremo para la valoración de solicitudes de acceso a la Prestación Social Básica de la Ayuda a Domicilio en Castilla y León. (BOCyL núm. 121, de 22 de junio de 2007). http://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/_/1284658802548/Informe
- ↳ Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales. http://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/_/1284658802548/Informe
- ↳ Políticas y Sociología., F. M. L. D. en C. (s/f). 1. Los servicios de atención a domicilio en España: Antecedentes, Evolución Histórica y Marco Normativo. Madrid.es website: <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Ficheros/Libro%20Jornadas%202005/2%20Ponencias%20I.pdf>
- ↳ Portal del Consejo General del Trabajo Social - Ejes Estratégicos - Servicios Sociales - Inicio. (s. f.). Consejo General del Trabajo Social. Recuperado 18 de marzo de 2021,

de https://www.cgtrabajosocial.es/ejes_sss_inicio

- ↳ Porto y Rodríguez, P. (1998) (Editores), Evolución y extensión del SAD en España, Madrid. IMSERSO.
- ↳ Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de los Adultos Mayores en la Región, & Fernandez Muñoz, J. N. (2000). Guía del Servicio de Atención a Domicilio. INSERSO. <https://docplayer.es>
- ↳ Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 2013). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-13811>
- ↳ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE núm. 42, de 18 de febrero de 2011). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-3174>
- ↳ Rodríguez, O. (2015). Principios éticos de la intervención: así es el código deontológico del profesional de atención sociosanitaria. <http://masquemayores.com/magazine/principios-eticos-de-la-intervencion-asi-es-el-codigo-deontologico-del-profesional-de-atencion-sociosanitaria/>
- ↳ Sampedro Vacas, E. (2015). Planificación, en sus Distintas Fases, del Servicio de Ayuda a Domicilio para Adultos Mayores. Asispa Atención a Personas. <https://www.riicotec.org>
- ↳ Sánchez Fabela, L. (2005). La familia frente a la enfermedad. Plenilunia. <https://plenilunia.com/vida-sana/prevencion/la-familia-frente-a-la-enfermedad-2/12537/>
- ↳ Servicio de ayuda a domicilio - Acción social Diputación de Valladolid. (s. f.). <https://accionsocial.diputaciondevalladolid.es/servicio-de-ayuda-a-domicilio>

- ↳ Servicio de ayuda a domicilio | Ley de Dependencia. (2020, 30 noviembre). Vital Hogar. <https://vitalhogar.com/servicio-de-ayuda-a-domicilio-ley-de-dependencia/>
- ↳ Servicios Asistenciales a Domicilio | DBK Observatorio Sectorial. (2020, septiembre). <https://www.dbk.es/es/informes-especiales/servicios-asistenciales-domicilio>
- ↳ Trigueros, I y Mondragón, J. (2006) Manual de ayuda a domicilio. Formación teórica práctica. 2ª ED., Madrid: Siglo XXI.
- ↳ Vergeles-Blanca JM. (2013). En la enfermedad crónica, ¿la familia ayuda?. AMF Sitio web: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1185
- ↳ Villalba Melús, I. (2008). Servicio de ayuda a domicilio: visita domiciliaria. Trabajo Social y Salud n.º 75, 165-171

ANEXOS

ANEXO I

Funciones principales de un Trabajador Social

- **Integrar y apoyar la inclusión social** en todas las acciones, ámbitos asistenciales y profesionales de los centros sanitarios.
- **Determinar las causas y situaciones de riesgo social referidos a la salud** de la persona, familia y comunidad.
- **Confeccionar un plan de intervención social.**
- **Facilitar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento** al paciente, familia y comunidad.
- Suscitar la **involucración de los profesionales de la salud** en actividades comunitarias para suscitar entornos más saludables.
- **Favorecer el diálogo y coordinación** entre el Sistema de Servicios Sociales y con otros sistemas que aseguren una atención integral.
- **Participar y fomentar** en actividades de **promoción y prevención de la salud.**
- **Participar en programas de aprendizaje** continuo además del **diseño y colaboración en proyectos de investigación** referidos a la salud y factores psicosociales
- **Anotar la actividad llevada a cabo y emitir un informe social** cuando sea oportuno.

ANEXO II

HISTORIA SOCIAL

FECHA APERTURA.....

N.H.C.....

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombre.....

D.N.I./N.I.E.....CIP/Nº S.S.....

Fecha de Nacimiento.....E. Civil:.....

Representante/Tutor.....

TFNOS.....

Domicilio.....

Localidad:

C.P.:Provincia:.....

CEAS:.....

C.A.P/ESM:.....

Unidad Familiar / Convivencia

2. SITUACION SOCIOECONOMICA/ DATOS DE LA VIVIENDA.

3. DEMANDA / DIAGNOSTICO SOCIAL /DIAGNOSTICO CLINICO.

4. INTERVENCIÓN SOCIAL.

ANEXO III

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4").	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5