

ASISTENCIA DOMICILIARIA A PERSONAS MAYORES EN ALMERIA

Francisca Lucas
José J. Gázquez
Francisco Miras
M^a Dolores Ruiz

Universidad de Almería

INTRODUCCIÓN

La Ley General de Sanidad 14/1986, de fecha 25 de Abril, publicada en el B.O.E del día 29 de Abril del mismo año, en su Título I, capítulo II, trata de “las actuaciones sanitarias del sistema de salud”, y afirma: <<las administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones: la asistencia sanitaria especializada, que incluye la **asistencia domiciliaria**, la hospitalización y la rehabilitación”. Es por ello, en este caso, por lo que la Excmá Diputación Provincial de Almería, a través del Area de Servicios Sociales, firma un convenio de colaboración con el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Almería, en concreto con el Grupo de Investigación, cuyo director es el Profesor Dr. Francisco Miras Martínez, para evaluar las necesidades de diversa índole que nuestros mayores pudieran tener en Almería y provincia.

Dado el interés nuestro en evaluar las necesidades de asistencia domiciliaria existentes en nuestra provincia, así como el interés que ha despertado el abordaje de todos los temas relacionados con la senectud, decidimos realizar la correspondiente investigación. Dicha experiencia se llevó a cabo en una comarca formada por diversos pueblos, pertenecientes a la provincia de Almería (España), cada uno ellos inferiores a los 6.000 habitantes.

Se han analizado 6 grandes ejes referentes a los mayores y otros varios pertenecientes a cada uno de ellos y que pasamos a enumerar; posteriormente mediante sus correspondientes tablas discutiremos los resultados.

SUJETOS

Los sujetos utilizados en la muestra son un total de 28, de los cuales 8 son varones y 20 son mujeres.

INSTRUMENTOS

Para recopilar toda esta serie de información hemos utilizado el “cuestionario de examen cognitivo SPMSQ (Pfeiffer; Adaptación española: Cátedra de Psicodiagnóstico. Universidad Autónoma de Madrid).

En primer lugar estudiamos 4 tipos de aspectos: a.-) Deterioro Intelectual; b.-) Sexo; c.-) Estado Civil y d.-) Tipo de Ayuda; y enumeramos las variables que en relación con ellos, han sido objeto de análisis, aunque nosotros nos centraremos única y exclusivamente en las que intervienen en la asistencia domiciliaria, que son las del apartado nº 6:

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES ANALIZADAS

1º.-Hábitos de comportamiento.

- Actividades durante el tiempo libre.
- Pertenencia a asociaciones.
- Visita al hogar de mayores.
- Actividad que realiza durante el día.
- Hábitos perjudiciales para la salud.,

2º.-Salud.

- Régimen alimenticio.
- Necesidad de aparatos de ayuda.
- Dificultad de visión y auditiva.
- Caídas.
- Número de visitas al médico.
- Enfermedades crónicas.
- Distribución de medicamentos por enfermedades.

- Ingresos en el hospital durante el último año.
- Motivo de ingreso.
- Persona que atendió al usuario cuando salió del hospital.

3°.-Relaciones familiares.

- Número de hijos.
- Contacto con otras personas.
- Modo de vida.
- Atención en caso de enfermedad.
- Capacidad para cuidar a su acompañante.
- Atención para su acompañante, en caso de ayuda.

4°.-Ayuda recibida de otras personas.

- Capacidad para realizar las tareas.
- Prestación de ayuda para dichas tareas.
- Horas en la cama.
- Incontinencia.
- Edad de necesidad de ayuda.

5°.-Factores socio-económicos.

- Ingresos al mes del usuario y de la familia.
- Propietario del inmueble donde residen.
- Precedencia de los ingresos.
- Tipo de vivienda.
- Eliminación de barreras arquitectónicas.
- Tipo de barreras.
- Equipamiento de la vivienda.

6°.-Servicio de ayuda a domicilio.

- Horas semanales de asistencia.
- Días a la semana.
- Período del día.
- Satisfacción con el servicio, con el trato y con la comunicación con el técnico.
- Suficiencia del servicio.

- Expectativas y quejas del servicio.
- Número de meses recibiendo el servicio.
- ¿En qué consiste la A.S.D?.
- Edad a la que comenzó a recibir el servicio

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se exponen las distintas tablas que nos van a permitir discutir los resultados obtenidos en la presente investigación. Las 4 primeras tablas hacen referencia a los apartados que se mencionaron en la introducción: deterioro intelectual, sexo, estado civil y tipo de ayuda; y las posteriores son las que pertenecen a las variables del apartado nº 6.

Tabla1. Puntuación en el cuestionario PMSQ. Deterioro Intelectual

	Deterioro intelectual	Frecuencia	Porcentaje
	Intacto	14	50
	Leve	6	21,43
	Moderado	4	14,29
	Severo	2	7,14
	Total	26	92,86
Perdidos	Sistema	2	7,14
Total		28	100

Tal y como se puede observar, el 50% de los sujetos no tienen deterioro intelectual, le sigue el deterioro intelectual leve con un 21%, y sólo 2 sujetos poseen un deterioro severo, que equivale a un 7,14% del total.

Tabla 2. Distribución por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	8	29
Mujer	20	71
Total	28	100

El 71 por ciento de la muestra son mujeres y el 29 son varones.

Tabla 3. Distribución por estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado/a	10	36
Soltero/a	1	3,57
Viudo/a	14	50
Separado/divorciado	2	7,14
Total	27	96,43
Perdidos (sistema)	1	3,57
Total	28	100

La mitad de las personas estudiadas son viudas, el 36% casadas y el resto, 3,57 son solteras.

Tabla 4. Distribución por tipo de ayuda recibida

Tipo de ayuda	Frecuencia	Porcentaje
A domicilio	18	64
Teleasistencia	1	3,57
Ambos	9	32,14
Total	28	100

La gran mayoría de los usuarios solicitan la ayuda “a domicilio”, con un 64%, la teleasistencia es mínima, con un 3,57%, y por último el 32% de la muestra reciben los dos tipos de ayuda.

Tabla 5. Horas a la semana que los usuarios reciben atención

Horas	Frecuencia	Porcentaje
2	2	7,14
4	1	3,57
5	4	14,29
6	4	14,29
8	4	14,29
10	4	14,29
12	1	3,57
14	1	3,57
15	2	7,14
17	3	10,71
20	1	3,57
Total	27	96,43
Perdidos (Sistema)	1	3,57
	28	100

Cerca del 51% de los usuarios de este tipo de ayuda, reciben entre 5 y 10 horas de asistencia a la semana, siendo de un 10% los sujetos que reciben 17 horas/semana.

Tabla 6. Días a la semana que reciben ayuda

Días	Frecuencia	Porcentaje
1	1	3,57
2	1	3,57
3	5	17,86
4	1	3,57
5	15	53,57
6	1	3,57
7	3	10,71
Total	27	96,43
Perdidos (sistema)	1	3,57
	28	100

Las horas que reciben en ayuda suelen repartirse en 5 días de la semana, con un porcentaje del 53%, continuando con 3 días/semana que se sitúa en un 18%.

Tabla 7. Periodos del día con ayuda

Periodo	Frecuencia	Porcentaje
Sólo mañana	12	42,86
Sólo tarde	1	3,57
Mañana y tarde	9	32,14
Mañana, tarde y noche	2	7,14
Mañana y noche	3	10,71
Total	27	96,43
Pérdidos (sistema)	1	3,57
	28	100

Del total de la muestra, un 75%, reciben ayuda durante la mañana y la tarde, siendo el de menor escala, aquellos sujetos que necesitan ayuda durante la mañana, tarde y noche, con un 7,14%.

Tabla 8. Satisfacción con el servicio, trato y comunicación con el profesional

Satisfacción	Con el servicio		Con el trato		Comunicación profes	
	Frecuen	%	Frecuen	%	Frecuencia	%
Mucha	7	25	7	25	9	32,14
Bastante	16	57,14	18	64,29	15	53,57
Regular	3	10,71	1	3,57	2	7,14
Total	26	92,86	26	92,86	26	92,86
Perdidos	2	7,14	2	7,14	2	7,14
	28	100	28	100	28	100

En conjunto, podemos decir que en cuanto al servicio, el trato y la comunicación con los profesionales, que la satisfacción es catalogada de “mucha y bastante”, con un porcentaje del 85% de media.

Tabla 9. Suficiencia del servicio

	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	75
No	5	17,86
Total	26	92,86
Perdidos	2	7,14
	28	100

El servicio es suficiente en un 75%, por lo que los usuarios reciben la ayuda afirman que cubren sus necesidades, siendo de un 17%, aquellos que opinan que no es suficiente.

Tabla 10. Cumplimiento de expectativas y “quejas” del servicio

	¿Es lo que esperaba?		¿Alguna “queja” del servicio?	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	89,29	3	10,71
No	1	3,57	23	82,14
Total	26	92,86	26	92,85
Perdidos	2	7,14	2	7,14
	28	100	28	100

Las quejas con el servicio, son mínimas, un 10%, siendo del 82% los que piensan que no tienen ninguna queja y que es adecuado. En lo que se refiere a las expectativas que estimaban del servicio, los usuarios en un 90%, concuerdan con lo que esperaban.

Tabla 11. Meses recibiendo el servicio

Meses	Frecuencia	Porcentaje
2	1	3,57
3	1	3,57
4	1	3,57
6	1	3,57
10	1	3,57
12	1	3,57
15	2	7,14
24	2	7,14
36	2	7,14
37	1	3,57
42	2	7,14
48	1	3,57
91	1	3,57
108	1	3,57
Total	18	67,86
Perdidos	9	32,14
	27	100

Los usuarios, por término medio, están recibiendo el servicio desde hace 2-12 meses.

Tabla 12. Finalidad del Servicio de Asistencia Domiciliaria

Tareas	Frecuencia	Porcentaje
Alimentación	13	46,40
Limpieza	25	89,30
Vestido	18	64,30
Otras domésticas	10	35,70
Aseo	12	42,90
Control dietético	2	7,10
Compañía	7	25
Gestiones	13	46,40
Levantar/Acostar	2	7,10
Otras personales	5	17,90

La limpieza es la tarea que se sitúa a la cabeza de las necesidades que demandan los usuarios con un 90%; le siguen las tareas de ayuda para vestirse, con un 46% y el aseo con un 42,90, siendo las de menor impacto las necesidades de control dietético con un 7,14 y la ayuda para levantarse y acostarse, con un 7,14%.

Tabla 13. Edad a la que comenzó a recibir el S.A.D

Edad de comienzo	Frecuencia	Porcentaje
60	1	3,57
69	2	7,14
70	1	3,57
73	2	7,14
74	1	3,57
77	4	14,29
79	2	7,14
80	1	3,57
87	1	3,57
90	1	3,57
Total	16	60,71
Perdidos	11	39,29
	27	100

Es a los 77 años de edad, con un 14,28%, cuando solicitan los Servicios de Asistencia Domiciliaria, aunque el intervalo general está comprendido entre los 69 y los 79 años de edad.

CONCLUSIONES

El Servicio de Ayuda a Domicilio, para realizar las actividades esenciales de la vida humana, se ha convertido en un instrumento indispensable para personas solas o familias, en su domicilio o lugar de residencia habitual, cuando se encuentran incapacitadas de forma temporal o permanente por motivos físicos, psíquicos o sociales.

Como hemos podido comprobar, la satisfacción de los beneficiarios se puede calificar de bastante “satisfecho”.

Según se desprende de esta investigación, resulta que los objetivos que persigue y que consigue el programa de S.A.D, son:

- *Incrementar la autonomía de la persona mayor atendida para que pueda permanecer viviendo en su casa el mayor tiempo posible.*
- *Facilitarle la realización de tareas y actividades que no puede satisfacer por sí sola, sin interferir en su capacidad de decisión.*

- *Potenciar las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior, y paliar así, posibles problemas de aislamiento y soledad.*
- *Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia, y de su entorno, mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.*
- *Favorecer la prevalencia de sentimientos positivos ante la vida desterrando aptitudes nihilistas y autocompasivas.*

BIBLIOGRAFÍA

- Castells, M. y Pérez, Lourdes. (1992). *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (1999) *Hacia un Europa para todas las edades. Fomentar la prosperidad y la solidaridad entre las generaciones*. COM (99) 221 final.
- Fernández, R., et al. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Inmerso.
- Fernández Trocóniz, et al. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda: guía ara cuidadores y familiares*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.