

LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO. DETECTORES CLAVE DE RIESGOS EN EL HOGAR

HOME CARE SERVICE PROFESSIONALS. ESSENTIAL DETECTORS OF SITUATIONS OF RISK

Cecilia Serrano-Martínez
Universidad de La Rioja

Resumen: Desde que se comienza a instaurar el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en España han surgido investigaciones acerca del papel que estos tienen en la mejora de la calidad de vida de las personas en su domicilio. Esta investigación surge por el interés en conocer de primera mano las necesidades, demandas, sentimientos, etc., de las personas usuarias del SAD, desde la visión de los/as profesionales que los atienden en sus hogares. Hemos realizado encuestas a auxiliares de ayuda a domicilio que trabajan en Andalucía, Galicia, Castilla y León e Islas Baleares. Entre algunas conclusiones destacamos la importancia de estas figuras profesionales como agentes privilegiados en la visualización y respuesta ante situaciones de riesgo en el hogar, así como en la atención socio-sanitaria, por el vínculo generado durante su atención domiciliar.

Palabras clave: Servicio de Ayuda a Domicilio, Dependencia, Calidad de vida, profesionales, Atención socio-sanitaria.

Abstract: Since the introduction of the Home Care Service (SAD), considerable research has been about the role these services play in improving the quality of life of people in their homes. The present study was conducted to explore the needs, demands and feelings of the people who use SAD, from the vantage point of the professionals who assist them in their homes. Domestic assistance employees working in the regions of Andalucía, Galicia, Castilla y León and Islas Baleares were surveyed. Of particular interest among the conclusions is the importance of these figures in detecting and responding to situations of risk at home, and also in the provision of social health care, as these workers are especially well-suited for these tasks, due to the bond that develops during the home visits.

Key words: Home Care Service, Dependence, Quality of Life, Professionals, Social health care.

| Recibido: 17/12/2016 | Revisado: 08/01/2017 | Aceptado: 17/01/2017 | Publicado: 31/01/2017 |

Correspondencia: Cecilia Serrano-Martínez. Dpto. de Derecho. Área de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de La Rioja. C/ La Cigüeña, 60. C.P. 26.006 Logroño. Email: cecilia.serrano@unirioja.es.

Referencia normalizada: Serrano-Martínez, C. (2017). Los profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio. Detectores clave de riesgos en el hogar. *Revista Trabajo Social Hoy*, 80, 95-110. doi: 10.12960/TSH.2017.0006.

1. INTRODUCCIÓN

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) es un programa individualizado cuyo carácter es preventivo, educativo, asistencial y rehabilitador. El SAD varía en función de cada municipio, provincia o autonomía en la que se ofrece el servicio, y se dirige a personas y familias en situación de riesgo o dependencia. Tiene por objeto prevenir y atender situaciones de necesidad. Entre los servicios principales que se pueden ofrecer aparecen cuatro principales, que son: de carácter doméstico, social, educativo, rehabilitador o técnico (Medina, 2000). En definitiva, el objetivo principal de este servicio es el de facilitar la autonomía personal a los individuos dentro de su medio habitual. Ello, se potencia la autonomía de las personas beneficiarias del servicio. El modo de prestar este servicio es a través de los/as auxiliares de ayuda a domicilio, que son los/as profesionales que realizan la atención directa con las personas atendidas.

La mayor parte de los servicios de SAD están dirigidos a aquellas personas con algún tipo de dependencia o cuya capacidad funcional se encuentra limitada. Para llevar a cabo estos programas, las personas encargadas de los cuidados desarrollan una serie de técnicas de intervención y servicios adaptados a las personas usuarias, que se basan fundamentalmente en el siguiente tipo de atenciones: personal, doméstica, apoyo psicosocial, de relaciones con el entorno, convivencial, etc. Desde la perspectiva del envejecimiento, el Servicio de Ayuda a Domicilio supone una propuesta integradora, que se basa en un programa de actuación individualizado (Medina, 2000). La finalidad de este programa es “la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos dependientes y la promulgación del derecho de poder vivir en su hogar de forma digna” (García-Martín, 2013, p. 60).

El Servicio de Ayuda a Domicilio se empieza a instaurar en España a comienzos de los años ochenta. A partir de este momento han surgido investigaciones acerca del papel que estas atenciones tienen en la mejora de la calidad de vida de las personas en su domicilio. Esta investigación surge por el interés en conocer de primera mano las necesidades, demandas, sentimientos, etc., de las personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio, desde la visión de los/as profesionales que los atienden en sus hogares. Para ello, hemos realizado encuestas a auxiliares de ayuda a domicilio que trabajan en algunas comunidades autónomas españolas (Andalucía, Galicia, Castilla y León e Islas Baleares).

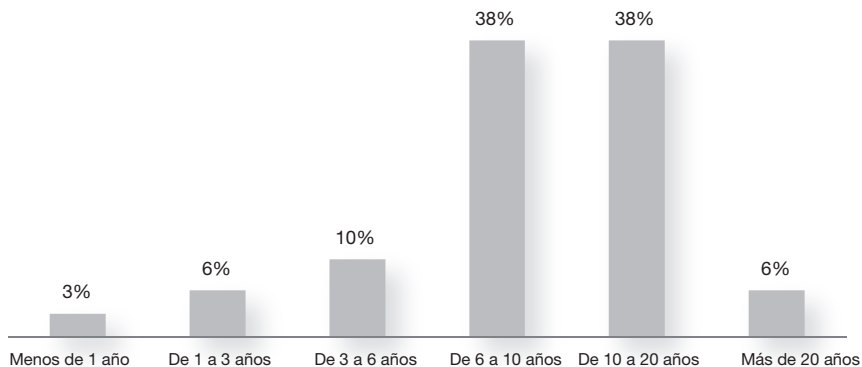
Hemos utilizado una metodología basada en la realización de una encuesta diseñada con preguntas abiertas y cerradas, cuya dimensión temporal es transversal. Se trata de un estudio exploratorio en el que hemos seleccionado cuatro municipios españoles en los que se ofrece el Servicio de Ayuda a Domicilio: Aranda de Duero (Castilla y León), Inca (Islas Baleares), Oleiros (La Coruña) y Sanlúcar de Barrameda (Andalucía); y en los que las coordinadoras del servicio son trabajadoras sociales. Con esta muestra

podemos tener una amplia visión de las diversas percepciones de los/as profesionales de ayuda a domicilio de cuatro comunidades autónomas diferentes. Además, con este estudio, pretendemos crear unas bases metodológicas que sirvan para mejorar los sistemas de seguimiento de las personas mayores y enriquecer los análisis de los servicios, de cara a proponer actividades que redunden en la mejora de la persona usuaria. Lo anterior también es beneficioso a nivel social y preventivo, ya que aporta un mayor conocimiento acerca de las situaciones a las que se dirige el trabajo social, en aquellos servicios prestados directamente en el domicilio y en la intervención con los/as usuarios/as en situación de dependencia. Por lo tanto, este cuestionario es el primer paso de un proceso de investigación y conocimiento de las diversas realidades que forman parte del diario de las personas mayores que precisan de un Servicio de Ayuda a Domicilio. La fortaleza de estos análisis radica en tener la opinión de los/as expertos/as que están cuidando y/o colaborando en la mejora de la calidad de vida de estas personas usuarias.

El perfil de los/as profesionales de los servicios de ayuda a domicilio de estos cuatro municipios es el siguiente: el 98,09 % son mujeres, frente al 1,91 % que son hombres. En números naturales se traduce en que, en uno de los cuatro municipios trabajan dos hombres, en dos de los cuatro únicamente trabaja un hombre y en los otros dos son todo trabajadoras. Por este motivo, a partir de este momento y a lo largo del presente artículo, nos referiremos en femenino a los profesionales del servicio, ya que es prácticamente el volumen total de representación del colectivo de auxiliares domiciliarias. En cuanto a la muestra seleccionada para el análisis, en relación a la experiencia de estas trabajadoras, un 76 % de las trabajadoras tiene entre 6 y 20 años de experiencia, que se reparte entre la franja de 6-10 años y de 10-20 años. Esto muestra que la mayor parte de las personas que trabajan en los servicios de ayuda a domicilio tienen una amplia visión del conjunto de tareas y relaciones con las personas usuarias. Como vemos en el siguiente gráfico, únicamente el 9 % de las encuestadas tiene menos de 3 años de experiencia, e incluso hay un 6 % que tiene más de 20 años de conocimientos en servicios de ayuda a domicilio (ver Gráfico 1).

A partir del gráfico anterior, podemos extraer que las profesionales de estos servicios, que son básicamente todo mujeres, disponen de más de 6 años de experiencia en el sector. A partir de este punto, pasaremos a explicar la metodología utilizada en el análisis.

Gráfico 1. Experiencia en servicios de ayuda a domicilio



2. METODOLOGÍA

La metodología que hemos utilizado en la siguiente investigación se ha basado en la realización de encuestas en cuatro municipios españoles que ofrecen el Servicio de Ayuda a Domicilio, que son: Aranda de Duero (Castilla y León), Inca (Islas Baleares), Oleiros (La Coruña) y Sanlúcar de Barrameda (Andalucía). El motivo de escoger estos cuatro municipios es para tener una visión territorial del servicio y para realizar el análisis exploratorio. Del mismo modo, no hay que pasar por alto que esta investigación se trata de un estudio de exploración que, a la vez que pretende conocer la visión de las profesionales en relación a la personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio, busca mejorar el sistema de recogida de esta información para poder centrar futuros esfuerzos en sistematizar estos procesos consultivo-analíticos.

La metodología utilizada ha sido la realización de encuestas. La encuesta es “una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características” (García Ferrando, *et al.*, 1993). En esta encuesta la mayoría de cuestiones eran preguntas cerradas. Las preguntas cerradas son aquellas en las que hay que escoger una respuesta de las posibles disponibles en una serie de opciones que ya vienen prefijadas (García Ferrando, *et al.*, 1993). No obstante, hemos incluido varias preguntas abiertas para que las profesionales pudieran responder libremente y con sus propias palabras. Se trata de cuestiones referidas al cuidado y la atención de las personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio. Este estudio exploratorio tiene un nivel de confianza del 95 %. Ha habido mucha aceptación en la realización de la encuesta, lo cual redundará en un beneficio en el análisis de los resultados.

En lo que se refiere a dimensión temporal, la encuesta es transversal, en tanto que tiene como fin “estimar la frecuencia de algún fenómeno de interés en un momento dado” (Casas *et al.*, 2003, p. 144). Otro rasgo de este tipo de muestreo es que se selecciona aleatoriamente un determinado número de individuos de una población, tal y como hemos realizado al seleccionar los municipios comentados.

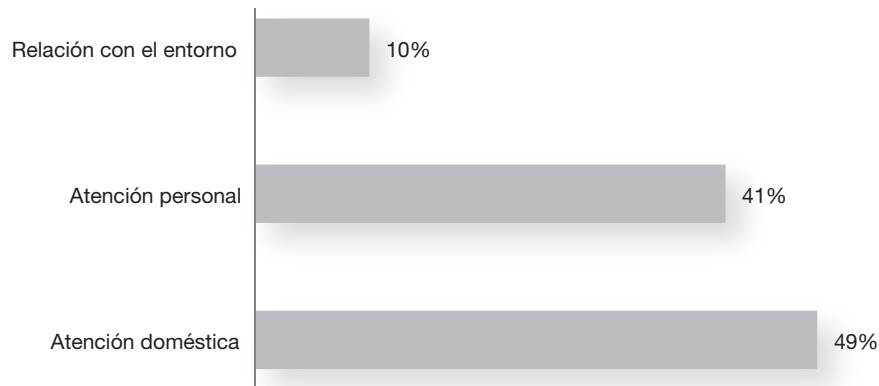
Hemos elegido la técnica de la encuesta porque permite obtener datos de un modo rápido y eficaz. Del mismo modo, con esta encuesta, se consigue un doble propósito que es el de preguntar y motivar (García-Ferrando, *et al.* 1993) ya que muestra, de manera indirecta, la importancia otorgada al papel de estas profesionales, además de responder a los objetivos transversales referidos a conocer de primera mano las necesidades, demandas, sentimientos, etc., de las personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio.

3. SITUACIONES DE RIESGO EN EL DOMICILIO Y LOS PROFESIONALES COMO AGENTES DETECTORES

Las personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio tienen una serie de demandas diarias, que se establecen en función de sus necesidades. En cuanto a la percepción que tienen las auxiliares de las necesidades de las personas que atienden, la mayor parte de estas observa que el 90 % de las demandas son de atención personal y atención doméstica. Concretamente, con un 49 % de representatividad, la atención doméstica se sitúa a la cabeza. Este tipo de atención incluye limpieza de hogar, preparación de comidas, etc. Muy de cerca, con un 41 %, aparece atención personal, en la que se realizan servicios de aseo, movilización, control de los medicamentos, etc. En cuanto a la relación con el entorno (acompañamientos, recogidas de recetas, etc.), presenta un 10%, lo cual denota que sí que se realiza este tipo de servicios, pero muy por detrás de los otros dos anteriores. Indicamos que sí que es representativo en cuanto a que tiene presencia en las valoraciones, frente a otros servicios propios del SAD que no aparecen entre las respuestas más indicadas, como: apoyos psicosocial y convivencial, etc. (Ver Gráfico 2).

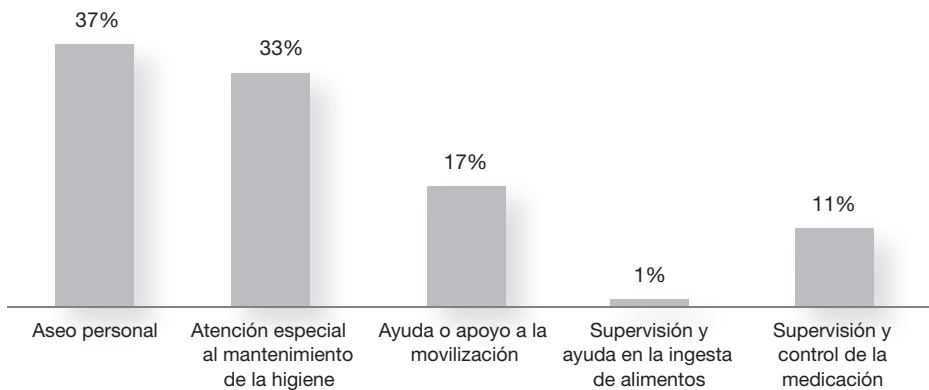
Para enlazar las demandas observadas con la mayor proporción de ayudas que las auxiliares realizan en los domicilios de las personas usuarias, propusimos una serie de ayudas concretas para determinar las acciones realizadas. Como se puede ver en el gráfico posterior, el 70 % de las ayudas se refiere a aseo personal (37 %) y atención especial al mantenimiento de la higiene doméstica (33 %), lo cual se relaciona directamente con las respuestas anteriores, en tanto que ambas dos se corresponden con la atención personal y doméstica, demandas mayormente observadas por estas trabajadoras. En tercer lugar, se encuentra la ayuda o apoyo a la movilización (17 %), en cuarto lugar, supervisión y control de la medicación (11 %) y en quinto lugar, y sin apenas representación, supervisión en la ayuda e ingesta de alimentos (1 %). [Ver Gráfico 3].

Gráfico 2. Demandas de las personas usuarias



Con esta foto fija de las demandas percibidas y de los servicios realizados, tenemos un marco de referencia para entender el tipo de situaciones reales que se están encontrando realizando en los SAD analizados. Conociendo esta realidad, pasamos a analizar las situaciones de riesgo que aparecen con más frecuencia. Los riesgos “tienen que ver esencialmente con la previsión, con destrucciones que aún no han tenido lugar, pero que son inminentes, y que precisamente en este significado ya son reales hoy” (Beck, 1998, p. 39). En este sentido, se trata de situaciones que no han acontecido en el presente, pero con una posibilidad determinada de que tengan lugar. Por ello, los riesgos constituyen una amenaza a futuro, lo cual tiene un contenido de imprevisibilidad. Tal y como señala Beck (1998, p. 39) “los riesgos tienen algo de irreal. En un sentido central, son al mismo tiempo reales e irreales”. Por ello, los riesgos se sitúan en el futuro, aunque los midamos o evaluemos en el presente.

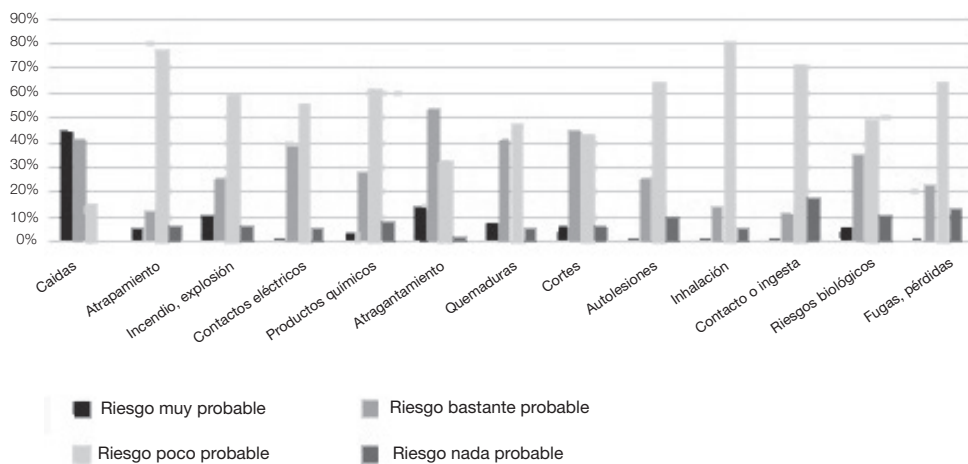
Gráfico 3. Mayores ayudas que precisan las personas usuarias



Los riesgos a los que nos referimos en este estudio tratan de situaciones posibles que pueden acontecer a las personas mayores en su domicilio. En relación a este paradigma, en un estudio realizado por Pacios y Salazar (1998) en el que analizaron los accidentes que se producen con más frecuencia dentro del hogar, observaron que el área más peligrosa era la cocina. Estos autores añaden que los factores de riesgo aparecen en todas las viviendas observadas, destacando la cocina, la sala-comedor y las escaleras.

A la hora de analizar los riesgos presentes en los domicilios de las personas atendidas, comenzamos elaborando un listado de riesgos habituales en el domicilio. Entre estos riesgos incluimos los siguientes: caídas, atrapamiento, incendio-exploración, contactos eléctricos, productos químicos, atragantamiento, quemaduras, cortes, autolesiones, inhalación, contacto o ingesta de sustancias cáusticas, riesgos biológicos (contagios, infecciones, etc.), y fugas-pérdidas. Una vez elaborado el listado y con el objetivo de conocer con qué frecuencia pueden darse cada uno de estos riesgos en el hogar, realizamos una pregunta en base a criterios de intensidad (muy probable, bastante probable, poco probable y nada probable). En el siguiente gráfico podemos observar los resultados globales de esta cuestión:

Gráfico 4. Riesgos en el domicilio



En cuanto a cada uno de los riesgos, podemos destacar lo siguiente:

- Caídas: 85 % eligió riesgo muy probable y bastante probable y la opción de nada probable no fue elegida por nadie.

- Atrapamiento: 77 % eligió riesgo poco probable. La opción menos elegida fue riesgo muy probable (4 %).
- Incendio, explosión: 58 % eligió riesgo poco probable. La opción menos elegida fue riesgo nada probable (6 %).
- Contactos eléctricos: 58 % eligió riesgo poco probable. La opción menos elegida fue riesgo muy probable (1 %).
- Productos químicos: 61 % eligió riesgo poco probable. La opción menos elegida fue riesgo muy probable (3 %).
- Atragantamiento: 53 % eligió riesgo bastante probable. La opción menos elegida fue riesgo nada probable (1 %).
- Quemaduras: 47 % eligió riesgo poco probable. La opción menos elegida fue riesgo nada probable (4 %).
- Cortes: 45 % eligió riesgo bastante probable. La opción menos elegida fue riesgo muy probable (6 %).
- Autolesiones: 64 % eligió riesgo poco probable. La opción menos elegida fue riesgo muy probable (1 %).
- Inhalación: 80 % eligió riesgo poco probable. La opción menos elegida fue riesgo muy probable (1 %).
- Contacto o ingesta de sustancias cáusticas: 71 % eligió riesgo poco probable. La opción menos elegida fue riesgo muy probable (1 %).
- Riesgos biológicos: 48 % eligió riesgo poco probable. La opción menos elegida fue riesgo muy probable (6 %).
- Fugas, pérdidas: 63 % eligió riesgo poco probable. La opción menos elegida fue riesgo muy probable (1 %).

En general, los resultados se sitúan en posiciones intermedias, entre poco y bastante probable, siendo el porcentaje de poco probable levemente superior al de bastante. Esto refleja la tendencia media, pero aparecen una serie de riesgos en los que el sumatorio entre muy y bastante probable es mayor que los resultados de las intensidades más leves. Por lo que entre los mayores riesgos, tendríamos caídas (85 %), atragantamientos (67 %), cortes (51 %) y quemaduras (49 %).

En cómputos globales y, teniendo en cuenta la mayor intensidad del riesgo (riesgo muy probable), cabe destacar que la posibilidad de sufrir caídas (44 %) es la que puede darse con mayor frecuencia, considerándola muy por encima de otros riesgos cuya intensidad real de que sucedan va disminuyendo. En segundo y tercer lugar, pero cuya representación individual supone menos de la mitad de los resultados obtenidos para el riesgo anterior, aparecen: atragantamiento (14 %) e incendios y explosiones (10 %). En una tercera posición, ocupando porcentajes por debajo del 8 % tendríamos, en orden descendente, los cuatro siguientes riesgos: quemaduras (8 %), cortes (6 %), riesgos biológicos (6 %) y atrapamiento (5 %). El resto de los riesgos presentan menos de un 3 % de intensidad, por lo que no se visualizan como menos frecuentes que los anteriores.

En el otro extremo, los riesgos que menos se perciben como frecuentes (nada probable) se reparten de manera mucho más proporcional. Los riesgos que se incluyen con mayor porcentaje de probabilidad, respecto a los demás son: contacto o ingesta de sustancias casuísticas (17 %), fugas y/o pérdidas (13 %) y riesgos biológicos, referidos a contagios e infecciones, entre otros (11 %). A pesar de que estos porcentajes supongan menos del 20 % en cada uno de los mismos, estos representan mayor intensidad en la respuesta de riesgo poco probable, con resultados de 71 %, 63 % y 48 %, simultáneamente.

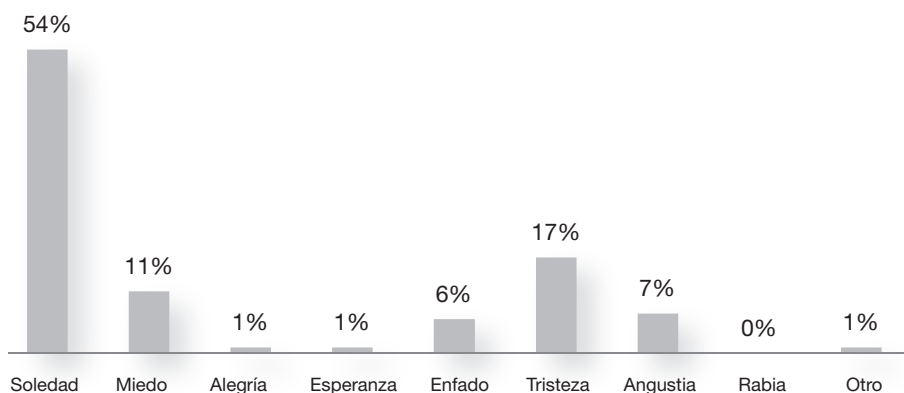
Lo anterior denota una situación de vulnerabilidad ante determinados riesgos que se dan con mayor frecuencia, como son: caídas, atragantamientos, cortes y quemaduras. Se trata de situaciones ante las cuales las personas que las sufren se encuentran más vulnerables para dar respuesta o evitar que acontezcan. Cuando hablamos de vulnerable, lo hacemos en el sentido expresado por el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2016), que entiende como tal aquello: “que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente”. El grado de gestión de esta situación dependerá de otros factores como la capacidad de la persona usuaria para hacerle frente y la exposición de la misma a los riesgos. Para explicar lo anterior, Chambers (1989) utiliza el siguiente cálculo: vulnerabilidad = exposición a riesgos + incapacidad de respuesta. Con esta investigación tratamos de conocer las situaciones de riesgo para anticiparnos a los mismos. Logrando este propósito, podemos proponer mecanismos de respuesta que eviten el daño o que aporten herramientas para preverlo. De este modo evitamos la adaptación pasiva, la cual supone una resignación, en vez de una respuesta aplicada. En este sentido, “una adaptación activa, en cambio, constituye una modalidad particular de respuesta, cuyo carácter duradero implica reestructuraciones internas (a veces profundas) de las unidades de referencia” (CEPAL, 2002, p. 3).

Además de los riesgos anteriormente indicados, los cuales son fundamentalmente físicos, nos interesa especialmente conocer el estado emocional de las personas que se atienden en los servicios de ayuda a domicilio. Entendemos por emoción el proceso que acontece cuando el organismo detecta situaciones en las que ha de poner en marcha recursos para darles respuesta. Existen seis emociones básicas que regulan nuestros comportamientos, que son: miedo (ayuda a la adaptación ante un peligro), sorpresa (ayuda a la orientación), aversión (produce rechazo), ira (en sentido positivo, ayuda a la adaptación ante un problema de difícil resolución), alegría (induce a la reproducción de la situación), tristeza (motiva para pedir ayuda).

Para definir lo anterior, otra cuestión no menos importante que realizamos fue acerca de los sentimientos más comunes. Para hacer este listado, no nos centramos tanto en las emociones básicas como tal, sino que extraemos subgrupos de sentimientos, en relación a la percepción social más común sobre el estado de ánimo de las personas mayores. Se trata de una pregunta con base en un razonamiento

inductivo, basado en conversaciones con profesionales de este servicio y en la experiencia previa, en relación al colectivo atendido. Como podemos ver en la gráfica posterior, el 71 % de las auxiliares encuestadas indica que los sentimientos de soledad y tristeza son los que más observan en las personas mayores que atienden, ocupando soledad más de la mitad de la proporción (54 %), respecto al resto de sentimiento consultados. En tercer lugar, aparecería miedo (11 %) y en cuarta posición angustia (7 %). Las opciones más positivas, alegría y esperanza, únicamente suman un 2 % de representatividad. En último término, y con una representación del 1 %, identifican en la categoría “otro”, como sentimiento no incluido en la encuesta, el de depresión. No obstante, podríamos incorporar depresión como un estado anímico en el que prima la tristeza.

Gráfico 5. Sentimientos comunes en personas usuarias



Nos interesaba especialmente conocer el auto-reconocimiento que estas profesionales observan, en relación a su labor como detectoras de riesgos en el domicilio. Por esta razón, les preguntamos acerca de la importancia que consideran que ellas tienen en esta función transversal de su trabajo. Recogimos las respuestas en función de la intensidad de su importancia, en base a cuatro grados, que son: muy importante, bastante importante, poco importante y nada importante. En la gráfica posterior, podemos interpretar los resultados obtenidos (ver Gráfico 6).

Como podemos observar, el 66 % de las mismas lo valoraba como muy importante. En términos globales, su visión es fundamentalmente positiva, en tanto que un 97 % eligió la opción bastante y muy importante y únicamente un 3 % consideró que era nada importante. En definitiva, poseen un elevado autoconcepto en relación a esta función detectora.

Gráfico 6. Importancia de la labor en la detención de riesgos en el domicilio



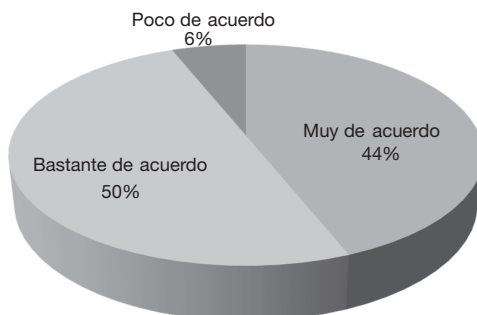
4. MÁS ALLÁ DE LA ATENCIÓN EN EL DOMICILIO. EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA

El modelo de atención centrado en la persona, según Martínez-Rodríguez, *et al.*, (2015, p. 4), “se aleja de modelos de cuidados tradicionales donde la atención viene determinada por procedimientos uniformes derivados de necesidades asociadas a clasificaciones de enfermedades y grados de dependencia y por condicionantes organizativos (lo que en ocasiones se ha denominado como modelos de atención centrada en los servicios)”. Nos interesa especialmente dar valor a este modelo, por lo que reconocemos que apostar por el mismo y hacerlo efectivo implica reconocer las características singulares de las personas usuarias a las que atendemos. Además, este modelo parte de las capacidades frente a las deficiencias, lo cual “apoya la autodeterminación de los individuos” (Martínez Rodríguez, *et al.*, 2015, p. 4).

Para poder alcanzar ese modelo, una función integradora de las profesionales es la de generar pautas de cuidado en las que las personas atendidas pasen a ocupar una función central y en las que se tienda a tener en cuenta sus hábitos, gustos, aficiones, etc. En este sentido tenemos un especial interés en conocer en qué grado se está desarrollando lo anterior para continuar los procesos de mejora o plantear cambios a futuro, que redunden en esta metodología integral.

Para conocer lo anterior, y en relación a la metodología utilizada, tuvimos en cuenta dos preguntas, una de carácter abierto y otra cerrada. En la pregunta cerrada, buscábamos saber su grado de acuerdo acerca de si se respetan los hábitos de las personas usuarias. En términos globales, el 94 % de las respuestas fueron muy de acuerdo y bastante de acuerdo, lo cual indica una tendencia en positivo a que los hábitos de las personas usuarias son respetados. Nadie estaba en desacuerdo y únicamente un 6 % indicó que poco de acuerdo.

Gráfico 7. Respeto a los hábitos de las personas usuarias



Las mejores observadoras de las situaciones concretas de cuidado son las propias auxiliares que, además, visualizan que actualmente se está desarrollando una atención que se rige por un modelo que adquiere mayor profundidad y cercanía con el/la usuario/a final. Además de las percepciones anteriores, y para poder ubicar cualitativamente el impulso que les llevó a responder de manera tan positiva, es imprescindible abrir la respuesta a ejemplos concretos de actividades puestas en la práctica a diario.

Al preguntarles por su experiencia en relación con las aficiones y necesidades de las personas usuarias, las actividades que más aparecen son los paseos, la conversación y los juegos de mesa. Entre otras de las actividades adaptadas a los gustos de las personas usuarias que detallan, tenemos: leer el periódico, taller de pintura, hacer gimnasia y otros ejercicios motrices. Aparecen actividades más concretas como acompañamientos al cementerio u otros como intercambios (recetas, libros, revistas, etc.), muestras de ganchillo, etc.

“Intercambio de muestras de ganchillo y bordado, préstamos de libros y revistas (intercambio), intercambio de recetas de cocina, preparándolas en casa” (Auxiliar de Islas Baleares).

No obstante, en más de una ocasión señalan que fomentan la conversación como un aspecto al que las personas mayores le dan mayor importancia. Dicen que los mayores anhelan sentirse escuchados y evitar la soledad. En general buscan dar respuesta a los gustos de los mayores y sus preferencias, tal y como señalan:

“Se les incentiva en mantener sus aficiones y se tienen en cuenta a la hora de organizar sus cuidados” (Auxiliar de Islas Baleares).

Estas afirmaciones están más próximas al modelo de atención centrado en la persona del que hablábamos al inicio de este apartado. No obstante, hay un aspecto que difi-

culta el trabajo centrado en la persona, que tiene que ver con el factor tiempo. En más de una ocasión se refieren al mismo como limitante.

“Por regla general tengo poco tiempo para dedicar a sus aficiones y a otras necesidades, ya que ellos (o sus familiares) solo quieren que dediquemos nuestro tiempo a la limpieza” (Auxiliar de Castilla y León).

Como se puede observar, visualizan que los familiares anteponen acciones relacionadas con la limpieza del hogar, lo cual se alejaría de este modelo de atención. A lo anterior añaden que: “la mayoría está obsesionada con la limpieza del hogar”; lo cual da pistas en los factores que pueden entorpecer la aplicación efectiva de modelos integrales basados en la persona. Lo interesante de estas apreciaciones que estas trabajadoras son conscientes de las limitaciones existentes en la aplicación del modelo, tal y como vemos en la siguiente afirmación:

“Yo pienso que deberíamos dedicarles más tiempo a los usuarios en compañía y paseos que pasen el tiempo más felices y menos tiempo para la limpieza. La limpieza es siempre lo mismo”. (Auxiliar de Andalucía).

Por ello, entre algunos de los elementos que modificarían aparecen los de redistribuir los tiempos, aumentando las acciones centradas en el usuario y no tanto en actividades basadas en necesidades de apoyo doméstico. Además de lo anterior, cabe destacar que en muchas ocasiones se centran en mostrar la opinión que tienen de su experiencia. En estos casos incluyen comentarios positivos que van desde una simple afirmación, como: “buena”, hasta “mi experiencia es muy gratificante, me siento muy realizada con mi trabajo”. Los comentarios en positivo tienen que ver con adjetivos como los anteriores, junto a otros como: enriquecedora, contenta, satisfactoria, entre otros.

5. CONCLUSIONES

A lo largo de esta investigación hemos tratado diversos puntos que refuerzan el conocimiento en las personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio, a la vez que dan valor a la labor realizada por las auxiliares que llevan a cabo las tareas de atención directa. Sintetizando, hemos preguntado por las características de las personas atendidas (datos de las personas usuarias, demandas más solicitadas, etc.), riesgos más habituales en el domicilio, sentimientos de los/as usuarios/as, importancia de la labor de las profesionales en la detección de riesgos (autoconcepto), y acerca del respeto a los hábitos y aficiones de las personas usuarias, así como ejemplo de actividades realizadas que tengan que ver con lo anterior.

A grandes rasgos, la mayor parte de demandas que tienen los/as usuarios/as a los que atienden estas profesionales se tratan de atención doméstica y atención personal. En cuanto a ayudas que realizan, las dos que más se reiteran son las de aseo personal y atención especial al mantenimiento de la higiene en el hogar.

Parándonos a visualizar los riesgos en el domicilio, existen determinados accidentes que pueden acontecer en mayor proporción, que son: caídas, atragantamientos, cortes y quemaduras. Ante estas situaciones, las profesionales ocupan un papel fundamental de cara a su detección. Por lo tanto, entre algunas conclusiones destacamos la importancia de dar valor al papel de estas profesionales en la detección de situaciones de riesgo en el domicilio. Estas figuras profesionales son agentes privilegiados en la visualización y respuesta ante este tipo de situaciones. Además, tienen un peso en la atención socio-sanitaria, por el vínculo generado durante su atención en el domicilio. Esto no es únicamente nuestra percepción, puesto que ellas califican en un 97 % de las respuestas que su labor ante la detección de riesgos es entre bastante y muy importante.

Del mismo modo, las auxiliares son determinantes para conocer el estado emocional de las personas que atienden en su domicilio. Indican que los sentimientos más comunes son los de soledad y tristeza. Para atajar lo anterior, proponemos ir incluyendo metodología basada en la atención centrada en la persona en aquellos servicios de atención doméstica. Con este estudio, hemos conocido en qué grado se están realizando actividades más centradas en el/la usuario/a. No obstante, consideramos que para poder alcanzar ese modelo, una función integradora de las profesionales es la de generar pautas de cuidado en las que las personas atendidas pasen a ocupar una función central y en las que se tienda a tener en cuenta sus hábitos, gustos, aficiones, etc. En este sentido, el 94 % de las auxiliares considera que sí que se realizan acciones centradas en la persona.

Desde esta perspectiva analítica tenemos las bases para seguir conociendo las situaciones de riesgo en el domicilio, así como las atenciones centradas en la persona. Conociendo mejor a las personas beneficiarias de los servicios, en el momento presente, es más operativo proponer mejoras y sistemas de trabajo que incrementen el bienestar en la calidad de vida de las personas atendidas en este tipo de servicios. Este tipo de análisis también redundará en un beneficio para la práctica profesional, en tanto que nos aporta las bases y el conocimiento acerca de métodos, buenas praxis y el modo de desarrollar y aplicar de herramientas concretas, útil para el desarrollo de aquellos profesionales que trabajan en el área sociosanitaria, como las trabajadoras sociales que coordinan este tipo de servicios de asistencia personal en el hogar.

Con este estudio exploratorio hemos creado unas bases metodológicas que pueden servir para mejorar los sistemas de seguimiento de las personas mayores atendidas en servicios de ayuda a domicilio. A partir de este punto se trataría de mejorar y aplicar

esta técnica de análisis en pro de un enriquecimiento de los análisis de los servicios, de cara a proponer actividades que redunden en la mejora de la persona usuaria. En definitiva, este cuestionario puede considerarse como el primer paso de un proceso de investigación y conocimiento de las diversas realidades que forman parte del diario de las personas mayores que utilizan o necesitan servicios y atención en sus domicilios. Como decíamos en el desarrollo del texto, la fortaleza de estos análisis radica en tener la opinión de las profesionales que están trabajando para mejorar la calidad de vida de estas personas usuarias.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.
- Casas, J., Repullo, J. R., y Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria* 31(8), 527-38.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2002). *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas* (LC/R.2086). Santiago de Chile: CEPAL.
- Chambers, R. (1989). Vulnerability, coping and policy. *IDS Bulletin*, N.º 20.
- García-Ferrando, M. (1993). "La encuesta". En M. García, J. Ibáñez, F. Alvira. (1993), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 70-141). Madrid: Alianza Universidad.
- García-Martín, P. (2013). Estudio del funcionamiento del Servicio de Ayuda a Domicilio en Majadahonda. *Trabajo Social Hoy*, 69. 57-80. doi: /10.12960/TSH.2013.0011.
- RAE. (2016). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Recuperado el 9 de Mayo de 2016 en <http://www.rae.es/>.
- Martínez-Rodríguez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez-Rodríguez, P., y Sancho, M. (2015). Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. *Madrid, Informes Envejecimiento en red*, 12, 1-25.
- Medina, M. E. (2000). *Evaluación de la calidad asistencial del Servicio de Ayuda a Domicilio*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Pacios, N., y Salazar, H. (1998). Factores de riesgo relacionados con los accidentes domésticos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(5). 581-585.

