

Evaluación del impacto en cuidadores de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio

Manuel E. Medina^{1*}, Joaquina Fernández^{**}, Marcelina Fuentes^{**}, Marcial Hernández^{**},
Ramona Pérez^{**} y Grupo de alumnos de Trabajo Social².

^{*}Universidad de Murcia, ^{**}Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Murcia.

Resumen: El problema del envejecimiento está despertando inquietudes tanto en los Gobiernos como entre los investigadores, y uno de los aspectos que más preocupa es la situación de los ancianos enfermos de larga duración y aquellos otros que viven solos o que sus familias no pueden prestarle las atenciones debidas, por ello se han creado programas de atención que procuran servicios domiciliarios, dentro de estos servicios se encuentra el Servicio de Ayuda a Domicilio que tiene el objetivo importante de evitar el desarraigo de los ancianos, el que tengan que marcharse de sus casas, proporcionándoles una serie de tareas domésticas, ayudando a las familias en la higiene y cuidados personales del usuario y otro tipo de tareas, sin embargo, a pesar de haber estudiado el proceso y desarrollo de este servicio, en este trabajo se presenta un análisis desde la perspectiva de los familiares que de forma directa e indirecta se benefician de esta prestación. Se pretende medir el nivel de impacto que el servicio de ayuda a domicilio les ha proporcionado.

Palabras clave: Anciano; cuidador; ayuda a domicilio; impacto.

Title: Evaluation of the impact in family of users of the service of he/she helps to home

Abstract: The problem of the aging is waking up restlessness as much in the Governments as among the investigators, and one of the aspects that more it worries it is the situation of the sick old men of long duration and those other ones that live alone or that its families cannot pay him the due, even attentions they have been created it programs of attention that offer domiciliary services, inside these services he/she is the Service of Help to Home that has the important objective of avoiding the I eradicate of the old men, the one that have to leave of their houses, providing them a series of domestic tasks, helping to the families in the hygiene and the user's personal cares and another type of tasks, however, in spite of having studied the process and development of this service, in this work an analysis is presented from the perspective of the relatives that you/they benefit of this benefit of direct form and insinuation. It is sought to measure the impact level that the service of help to home has provided them.

Key words: Old men; family; helps to home; impact.

Introducción

Las fórmulas de actuación para abordar el problema de las personas mayores está despertando numerosas inquietudes (INSERSO, 1992c; 1993; Sánchez Vera, 1993; Bazo, 1996; Plana, 1996; Sancho Castiello, 1996; Kaufmann, *et al.*, 1997; Izal, Montorio y Díaz, 1997), son muy diversas y, se podría decir, que com-

plementarias. Casi todas buscan aliviar o paliar problemas muy determinados y ninguna presenta en sí misma, de forma aislada, una solución total. Es en este contexto en el que el servicio de ayuda a domicilio (en adelante SAD) se constituye como una posibilidad de intervención, cuya eficacia y nivel de calidad ha sido contrastada repetidamente en diversos países de nuestro entorno (Gough y Thomas, 1994; FNADAR, 1995; Palau, 1996; Fior, 1997; Joël y Martín, 1997; Cabotte, 1997; Colvez *et al.*, 1997), en Estados Unidos (Peek, Coward, Lee y Zsembik, 1997; y en nuestro país (INSERSO, 1988; 1993; Medina, 1998).

Las perspectivas del envejecimiento demográfico inquietan a todos los Gobiernos, porque consideran que es preciso intervenir urgentemente en un contexto en el que la población de edad avanzada tiende a absorber una proporción cada vez mayor del esfuerzo productivo de los países, mientras que la financiación de los gastos sociales se irá haciendo cada año más problemática, ya que se basará en segmentos de población cada vez más desprotegidos (Reher, 1997). Así, pues, la cuestión de las políticas

¹ **Dirección para correspondencia:** Manuel E. Medina Tornero. Área de Servicios Sociales. Deptº de Sociología y Servicios Sociales. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Murcia. Campus de Espinardo (Edif. "Luis Vives") Aptdo. correos 4021, 30080 Murcia (España). E-mail: memedina@fcu.um.es

² Este trabajo ha sido desarrollado en el contexto de las prácticas que los alumnos de Trabajo Social realizan en el Ayuntamiento de Murcia, aunque, posteriormente han seguido trabajando sobre este tema. Sus nombres son: Encarnación Jiménez Carreño, Mª Angeles Viguera Tórtola, Mª Josefa Bastida Martínez, Ana Mª Zambudio Pérez y Esperanza Soler García.

de vejez ha llegado a ser prioritaria tanto en cada uno de los Estados miembros como en el conjunto de la Comunidad Europea (Paillat, 1995; Pérez Ortiz, 1997).

Cabe distinguir cuatro grandes categorías de instrumentos utilizados para favorecer la inserción social y mantener en su domicilio, durante el mayor tiempo posible, a las personas de edad avanzada que no han sufrido pérdidas de autonomía excesivas, con lo que se demora en igual medida, el momento del ingreso necesario en alguna institución, a saber: las ayudas a domicilio, la mejora de las condiciones de vida, los centros de asistencia médica de día y los centros sociales de tercera edad, también llamados hogares o clubes (Feliu i Mazaira, 1996)

Los ámbitos menos estudiados, son los correspondientes a las ayudas a domicilio, y dentro de éstas las de carácter doméstico y asistencial, tema del que nos vamos a ocupar en este trabajo, ya que los servicios de enfermería a domicilio han sido y son en la actualidad objeto de un importante número de investigaciones (Hernando *et al.*, 1992; Busquet *et al.*, 1994; Bilbao Curiel *et al.*, 1994; Mediano *et al.*, 1995; Ribera Domene, *et al.*, 1995; Pérez y Palau, 1995; Algado, Basterra y Garrigós, 1997; Davis, Sebastian y Tschetter, 1997; Espinosa y Muñoz, 1997).

El servicio de ayuda a domicilio

El *Servicio de Ayuda a Domicilio* es una prestación esencial recogida en los compromisos del Plan Concertado de Prestaciones Básicas que aunque aparezca bajo la apariencia formal en diferentes programas: Familia y Convivencia, Atención Gerontológica, Atención a Mayores u otras denominaciones, sobre la que vamos a investigar, es preciso que llevemos a cabo una aproximación más detallada, dado que se trata de una de las prestaciones asistenciales más antiguas que se conocen, de las más reconocidas por los ciudadanos, pero al mismo tiempo de las menos estudiadas. Solo muy recientemente han aparecido algunas monografías en español con la pretensión de realizar una aproximación general (Colomer y Rubiol, 1982; Bueno y Estrada, 1989; INSERSO/Fernández del Valle, 1992; Estrada, 1993; Bonet, 1993; González Cañete, 1995; Pérez Salanova y Palau, 1995); con el propósito de elaborar una propuesta metodológica para un espacio territorial concreto: en el Ayuntamiento de Barcelona (1982; Colomer, 1986), Delegación Territorial de Servicios Sociales en Valencia (Estrada, 1985); edición de folletos específicos sobre el SAD (INSERSO, 1990; Diputación provincial de Jaen, 1991); en el País Vasco

(Iturriaga, 1994); la Diputación de Granada (1990); la Comunidad Autónoma de Madrid (1994); y hasta en las comarcas más pequeñas como en el Baix Montseny (1990), con la idea de ser una propuesta integradora de la perspectiva del envejecimiento; como un programa de actuación individualizado (Gil Montalbo, 1995); contemplando la historia del SAD, su organización y desarrollo (Malla, 1991; Estivill, 1991; Rodríguez y Sancho, 1996); desde la perspectiva de la necesaria coordinación sociosanitaria entre los servicios sociales y los sanitarios, tema que cada vez atrae a más investigadores (Ruipérez, 1992; Colom, 1992; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994; Gogorcena y Regato, 1994; Maravall, 1995; Martínez Aguayo, 1995; Adan y Roldan, 1997; Iturria y Márquez, 1997; Villaverde *et al.*, 1998); elaboración de bases y criterios para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores con un capítulo dedicado a los servicios sociales y a la atención domiciliaria (INSALUD, 1995; 1996); García Cardova, 1994; Pérez *et al.*, 1998); la ayuda a domicilio para discapacitados (INSERSO, 1988) o específicamente para invidentes (García y Zamora, 1996); el voluntariado ocupa un lugar destacado en la prestación del SAD como así lo demuestra la cantidad de publicaciones que van apareciendo (Cebrián, 1993; Rodríguez, 1995a; 1995b; Guijarro y Roldan, 1997); la incorporación asimismo de los conceptos de apoyo informal y autoayuda que paulatinamente van situándose en un contexto más próximo a las personas mayores (INSERSO, 1995b; Albarracín y Goleststein, 1994; Gómez Purón, 1996; Ferrando, Nebot, Borrel y Egea, 1996); con la intención de convertirse en un manual para la formación de auxiliares que trabajen en el SAD (Rodríguez y Valdivieso, 1997).

Hasta aquí hemos contemplado una de las caras del servicio de ayuda a domicilio, la que tiene que ver con la prestación de cara al usuario, estudiada más pormenorizadamente por Medina (1998); aunque en el trabajo que se presenta a continuación, se pretende estudiar la otra cara del SAD, la que afecta a los cuidadores. Hoy es frecuente que algunas familias con enfermos crónicos dependientes, se enfrenten a la carga de cuidados, de 24 horas, los 365 días del año. La familia se ve sometida a una gran presión y el cuidador puede verse perdido en el proceso de la prestación que realiza, de ahí que nos interesara verificar qué posible impacto podía producirle disponer de una ayuda asistencial como el servicio de ayuda a domicilio y verificarlo con carácter general (Navarro, 1991; Clement *et al.*, 1992; Smith, 1995; Rodríguez y Sancho, 1996; Mestre y Pérez-Delgado, 1996; Boro-

bio, 1996) tal y como recomienda la ONU (1993), o en relación a las condiciones de trabajo que desempeñan, aunque sea voluntariamente (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 1993; Abengozar y Serra, 1997), el uso de servicios asistenciales que realizan los cuidadores, como síntoma de su situación (Montoro *et al.*, 1996) y esta circunstancia es tan delicada que ya hablamos de que los cuidadores pueden ser un paciente más (Pérez del Molino, Jiménez y de Paz, 1993), del nacimiento de programas que prestan servicios a los cuidadores (Montorio, Díaz y Fernández, 1995; Abengozar y Serra, 1997), de la importancia que las asociaciones de familiares tienen para generar mecanismos de defensa en los cuidadores (Caballero, 1997), lo que nos conduce al estudio directo del impacto personal en los cuidadores (Martín *et al.*, 1996; Segura *et al.*, 1998) y, por último a abordar las repercusiones personales que se originan (Conde, 1994; Pérez, Abanto y Labarta, 1996; Valderrama *et al.*, 1997).

Con el fin de explicitar las características de los usuarios para el contexto nacional únicamente disponemos de la encuesta de la FEMP (1991), para comprender el alcance de la problemática a que se refiere el servicio de ayuda a domicilio, aunque no con carácter general, pero si referidas a territorios determinados, disponemos de algunas investigaciones que nos han sido de utilidad: Valoración del Servicio de Ayuda a Domicilio en Alava (Diputación Foral de Alava, 1988: documento fotocopiado); la ayuda a domicilio en Zaragoza : valoración cuantitativa y cualitativa (Abanto y Martínez, 1991); valoración del SAD mediante entrevista personal a los usuarios de Oviedo (Ayuntamiento de Oviedo, 1991: documento fotocopiado); la investigación de hasta qué punto la ayuda a domicilio puede presentarse como alternativa al internamiento en centros residenciales (INSERSO/ Fernández del Valle, 1992). Un último informe realizado por el Defensor del Pueblo de la Comunidad Vasca, elevado al parlamento vasco *sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la comunidad autónoma vasca (ARARTEKO, 1996)*, es de gran valor para situar la ayuda a domicilio en su justo lugar, frente a otras prestaciones asistenciales. En Italia, Massimo Mengani (1995) realizó una investigación similar a la de la FEMP; en lengua francesa algunas investigaciones ya se han hecho clásicas (Lebeaupin, 1993) referida a la zona de París; Thouez (1994) sobre los usuarios de Montreal y recientemente (Cabotte, 1997; Fior, 1997). Se dispone de los datos sobre los usuarios franceses del SAD que publica la *Association d'aide aux personnes âgées*

(1994). Pero si hay algo que destaca entre todas estas investigaciones es que apenas existen diferencias en las características de los usuarios del SAD, salvo las que tienen que ver con aspectos culturales. También merece la pena tener en cuenta los informes e investigaciones realizados por el INSERSO (1989a; 1989b; 1990a; 1993 y 1995a) para disponer de datos sobre la tercera edad (Béland y Zunzunegui, 1995a), de los cuales hemos obtenido una gran cantidad de información extrapolable al ámbito del SAD que nos ha resultado de gran utilidad.

Lo que distingue al SAD de otros servicios sociales con objetivos coincidentes o similares es la realización de tareas como cuidados personales, ayuda para la relación con el entorno y trabajos domésticos (Bueno y Estrada, 1989). En el contexto nacional podemos comprobar que las atenciones que con más frecuencia se prestan son las relacionadas con las tareas domésticas que reciben un 28,6% de los usuarios. El 16,7% recibe apoyo en las actividades de la vida diaria, un 14,3% es objeto de aseo personal, a un 12% se les realiza la compra de alimentos, a un 9% se les cocina y a un 7,7 se les presta compañía en el hogar. La media de la situación de los usuarios (tomando como referencia los dos últimos años) viene a coincidir bastante con los datos del estudio de Medina (1998) sobre la situación de los usuarios del Ayuntamiento de Murcia.

Para evitar falsas interpretaciones subjetivas sobre la forma de llevar a cabo la prestación desde el punto de vista administrativo, lo más indicado desde nuestra perspectiva era recoger algunas de las cláusulas técnicas del Pliego de condiciones que se utiliza para sacar a concurso la concesión del Servicio a una empresa externa. Se trata de aquellas cláusulas que sirven de patrón y de guía a la empresa que se adjudique el servicio para poder establecer los estándares de calidad en el caso de que así lo estimen conveniente. Para el último concurso convocado, se incluyó la posibilidad de que las empresas pudieran incluir como una mejora sustancial, precisamente, la incorporación de criterios de prestación del SAD con procedimiento de garantía de calidad.

El objetivo general del servicio que se contrata en el SAD es el de permitir y favorecer a las personas o familias la permanencia en su medio habitual de vida, cuando se hallen en circunstancias en las que no es posible la realización de sus actividades habituales o en situaciones de conflicto familiar por alguno de sus miembros que supongan un peligro para la continuidad de la convivencia autónoma. La consecución de este objetivo requiere de la participación de distintos profesionales.

Las tareas que los auxiliares de hogar realizan en el marco de la Ayuda a Domicilio giran en torno a los siguientes objetivos específicos:

- a) Sustituir o apoyar a la familia en la realización de tareas domésticas.
- b) Colaborar en la atención higiénico-sanitaria y el cuidado personal.
- c) Realización de gestiones diversas de apoyo a la persona o familia, cuando éstas no puedan realizarlas por sí mismas.
- d) Potenciar la creación de hábitos y destrezas en relación a la higiene y organización doméstica.

Estas tareas son las que se supone que realizan los cuidadores de los usuarios del SAD cuando no se les presta el servicio, por lo tanto, parte del trabajo que presentamos estará basado en la influencia que produce la realización o no de dichas tareas, entre otros argumentos.

Instrumento, muestra y procedimiento

Par llevar a cabo la investigación se diseñó un cuestionario que fue sometido a la consideración y consenso del personal del Departamento de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Murcia, constaba de 49 preguntas dirigidas a recoger aspectos cualitativos y cuantitativos sobre la percepción de los familiares de los usuarios del impacto producido con servicio prestado. Entre los aspectos encuestados se encontraban los de carácter sociodemográfico y del entorno familiar y social, tipo de familia y convivencia, posición en la familia y algunas características de sus miembros, disponibilidad de servicios y características de los servicios recibidos: conocimiento, horarios, disponibilidad, tareas solicitadas y tareas realizadas, adaptación a las necesidades del usuario, valoración de la prestación, así como el análisis del cumplimiento de expectativas y la opinión de la familia sobre los beneficios producidos por la prestación.

Los escasos estudios sobre el ámbito de los servicios sociales y concretamente sobre el servicio de ayuda a domicilio, nos han impedido que podamos establecer comparaciones relativas a la organización y estructura de los instrumentos de medida, como en nuestro caso sería el cuestionario. Sin embargo, algunos antecedentes de evaluación de servicios (INSERSO, 1988; 1992b; 1997; FNADAR, 1995; Fernández, Pérez y Medina, 1995; Rodríguez, 1996; Colvez *et al.*, 1997; Lacasta, 1998) nos han permitido verificar algunas de las cuestiones planteadas como objetivos de investigación.

Las preguntas relativas a los aspectos descriptivos, sociodemográficos y concernientes al entorno familiar y el nivel que ocupa el usuario en la estructura convivencial quedan bastante bien explicadas en (Rodríguez y Sancho, 1995; ARARTEKO, 1996; González López, 1996; Bermejo *et al.*, 1997), así como las cuestiones referentes a los aspectos meramente informativos sobre el contenido y el procedimiento del SAD (ARARTEKO, 1996; Vizcaino, 1997).

Las relaciones de los usuarios y sus familiares con los auxiliares y viceversa es otro de los amplios campos en los que existen grandes lagunas, de ahí la importancia que en esta investigación se le ha dado. Hemos encontrado esta inquietud compartida en los trabajos de FNADAR (1995) y ARARTEKO (1996) en los que desde distintas posiciones se ha querido señalar la importancia que para el buen desarrollo del SAD tiene la armonización correcta entre cuidador y auxiliar (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 1993; Forteza, 1996; Delgado *et al.*, 1997).

La medición del nivel de expectativas y la comparación del cumplimiento de lo prometido, tanto en el caso de usuarios, como de los cuidadores implicados, ha sido un argumento muy desarrollado en el ámbito sanitario (Espinosa *et al.*, 1993; Sánchez, Artola y Alaña, 1994; Labrador *et al.*, 1995; Alcalde *et al.*, 1997; Villaverde *et al.*, 1997) y en el de servicios (Kotler, 1991; Cronin y Taylor, 1992; Llorens, 1996), pero en menor medida en servicios sociales (INSERSO, 1988; Medina, 1996; 1997; 1998; Fior, 1997; Ruipérez, 1998), y con carácter general (Elorriaga *et al.*, 1997).

El entorno convivencial y relacional del usuario y las posibilidades de cambio que le pueda producir el SAD, en función de las relaciones que establece con el cuidador es otro de los elementos incluidos (INSERSO, 1992a ; Clement y Drulhe, 1992; 1993; Fernández del Valle y García, 1994; FNADAR, 1995; ARARTEKO, 1996; Gené *et al.*, 1997) en la encuesta como variable de interés.

Los aspectos que tienen que ver con los procesos de accesibilidad del usuario y su familia o cuidador, a los mecanismos de comunicación, tanto con el Ayuntamiento como con los auxiliares, es un tema que denota un factor importante de calidad percibida, y de sentimientos de seguridad para poder medir el nivel de impacto y en este sentido hemos tenido en cuenta algunas observaciones, sobre todo aquellas que se refieren a la comunicación telefónica en sus diferentes posibilidades (INSERSO, 1988; 1992a;

Curieses *et al.*, 1991; Sánchez, Ortiz y Pineda, 1994; Calcerrada *et al.*, 1996; Duarte y Godoy, 1997).

El cuestionario se pasó a los cuidadores en el mes de mayo de 1997. La encuesta se realizó utilizando muestreo estratificado con afijación proporcional a 106 familiares de usuarios del SAD del Ayuntamiento de Murcia, muestra que es representativa de la población de usuarios con un error de $\pm 5\%$ y un margen de confianza del 95.

Para el trabajo de campo hemos utilizado cinco encuestadoras que rellenaron los cuestionarios mediante entrevista personal con el cuidador, unas veces en su domicilio y otras, controladas en casa del usuario, aunque, fuera de su alcance. En una reunión previa se explicó a los encuestadores el cuestionario y la forma de aplicarlo. El control del trabajo de campo se ha situado en el 35%, mediante llamadas telefónicas y repetición de la visita al sujeto.

El procesamiento estadístico de los datos ha sido realizado con el programa SYSTAT, versión 5.0.

Resultados y discusión

Como se puede observar en las Figuras 1 y 2, la edad media de los usuarios del SAD en el Ayuntamiento de Murcia es de 78 años ($dt = 12$; edad mínima 17, edad máxima 96). El 83% son mujeres y el 17% hombres. Esta es una de las características significativas de esta prestación, el altísimo porcentaje de mujeres, destacando que la presencia de hombres es en estado de fuerte carencia y que viven solos en su mayoría.

Del total de sujetos de la muestra, el 53% están viudos, el 22% casados, otro 22% están solteros y un 3% separados o divorciados (ver Figura 3). Hay más varones solteros que mujeres, y más viudas que viudos, sin que las diferencias sean importantes. La media de hijos por usuario es de 2.

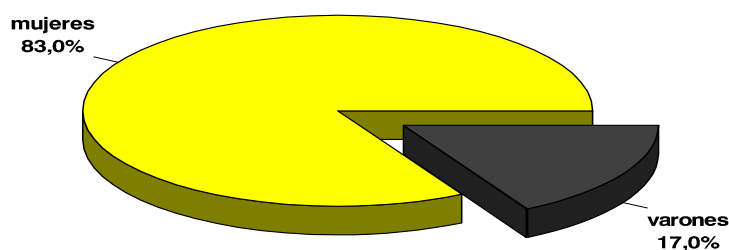


Figura 1: Género de los usuarios

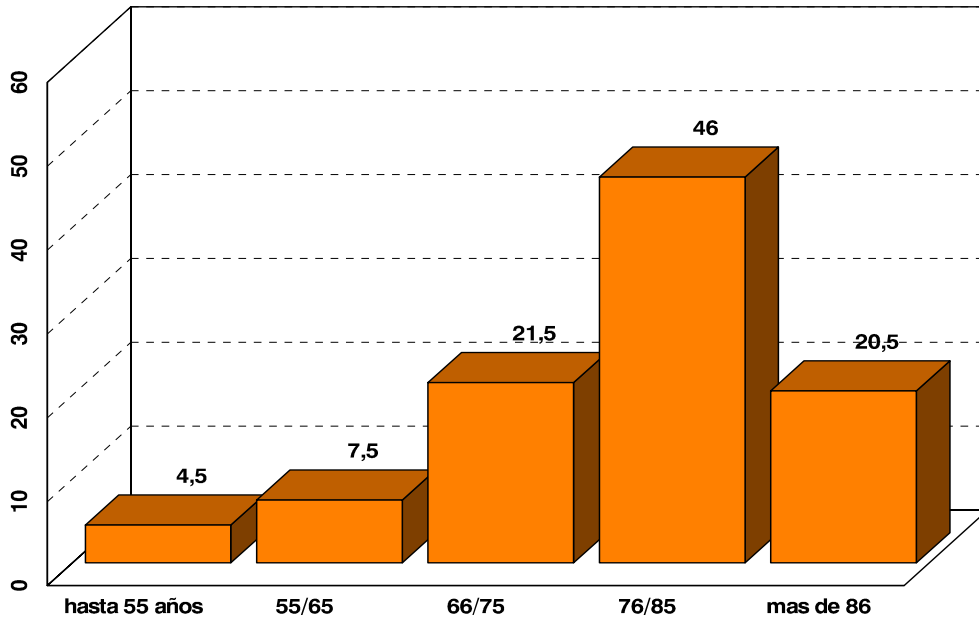


Figura 2: Edad de los usuarios

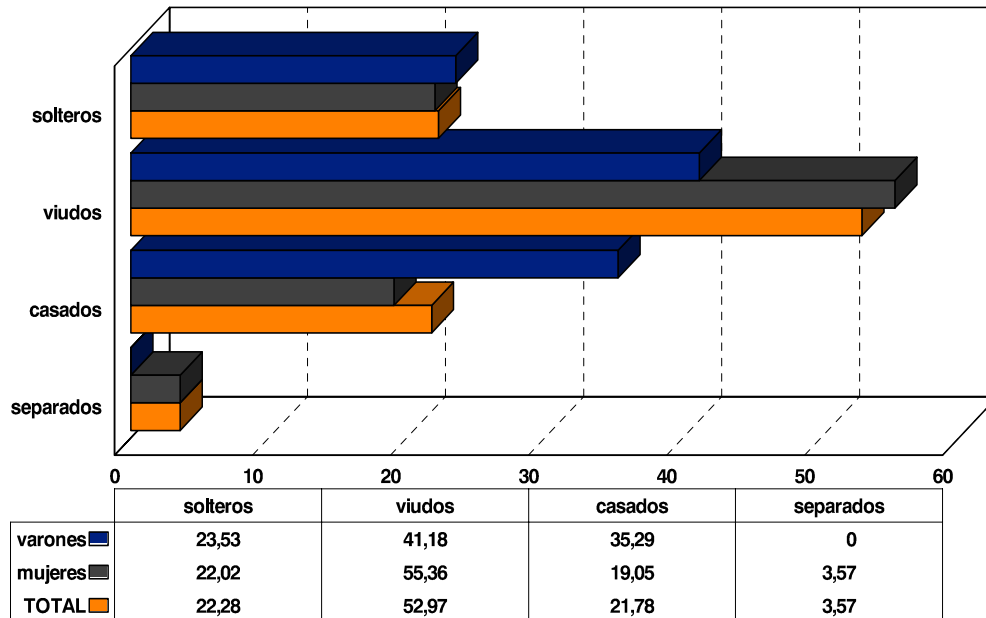


Figura 3: Estado civil de los usuarios

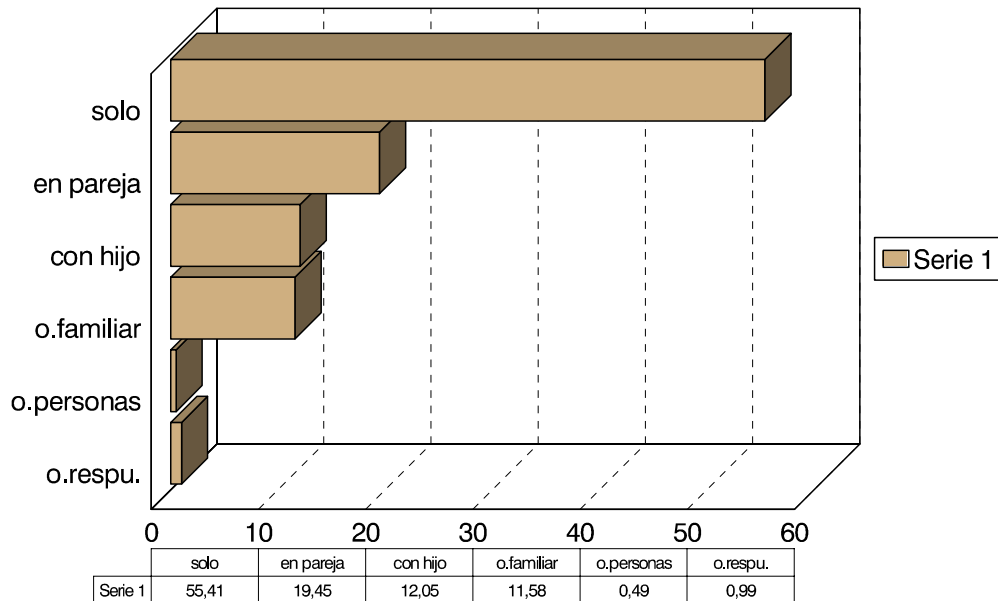


Figura 4: Situación de convivencia de los usuarios

El 46% vive en viviendas unifamiliares y el resto (54%) en pisos (Figura 4). El régimen de la vivienda es de propiedad del usuario y ya pagada en un 57%, alquilada en el 17,5 % de los casos, cedida en el 17%, y un 3,5 % vive en una vivienda propia pero aún sin pagar totalmente (otras respuestas cubren el restante 5%). Tampoco aquí existen diferencias en función del género de los usuarios. Los usuarios del SAD suelen vivir solos (55%), con su pareja el 18%, con otros familiares el 11%, con los hijos el 10%, y con otras personas el 1%. Diferentes combinaciones como vivir con su pareja y algún hijo (2%), otros familiares y personas y algún hijo suelen ser también poco frecuentes (2%). Las mujeres viven más solas que los varones, y éstos viven más con su pareja; sin embargo las mujeres conviven más con algunos de sus hijos y con una leve diferencia los hombres conviven más con algún familiar (hermano, sobrino, etc.).

Acabada esta primera identificación de las variables demográficas, pasamos a continuación a estu-

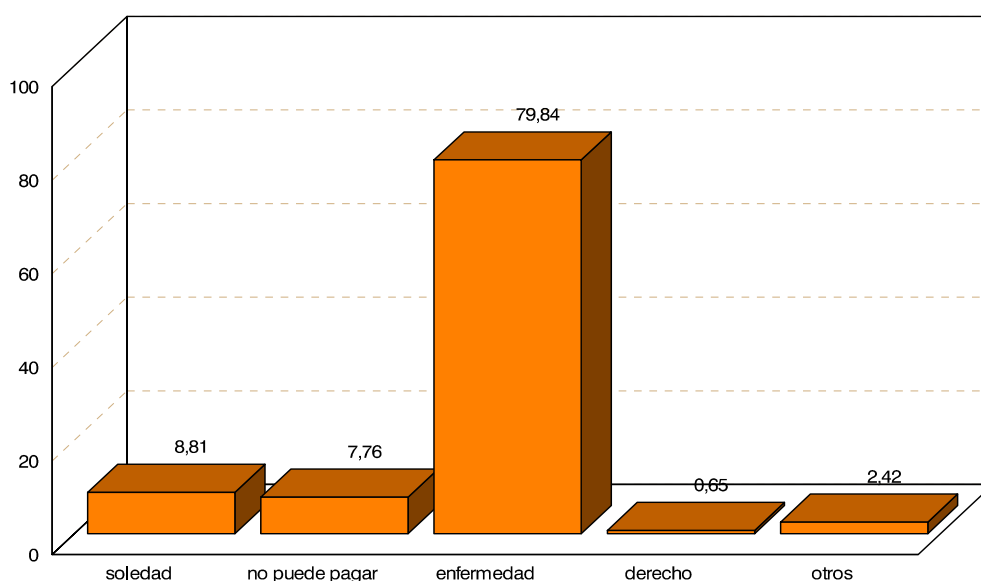
diar las variables de contenido específico sobre el nivel de impacto del SAD.

Disponibilidad y suficiencia de los servicios

Era importante para la investigación que pretendíamos, conocer en profundidad las necesidades y los intereses de los usuarios (porque así también conocíamos los intereses de los cuidadores), de ahí que se les preguntara los motivos por los que solicitaron esta prestación social. El motivo fundamental por el cual los actuales usuarios solicitaron el servicio de ayuda a domicilio, tal y como se observa en la Tabla 1 y en la Figura 5, es: Por enfermedad (79,84 %), al que le sigue “por sentirse solos” (8,81 %) y por no poder pagar a una empleada de hogar (7,76 %). Hay que tener en cuenta que algunos de estos motivos no se presentan solos, sino que incluso hay usuarios que los especifican todos como elementos motivadores de su solicitud; aunque, destaca la vinculación entre enfermedad y soledad, y enfermedad y no poder pagar una empleada.

Tabla 1: Motivos de solicitud del SAD

MOTIVOS	%
Por soledad	8,81 %
No poder pagar empleada hogar	7,76 %
Por enfermedad	79,84 %
Por considerarlo un derecho	,65 %
Otros	2,42 %

**Figura 5:** Motivos de solicitud del SAD

Con respecto al género de los usuarios, no encontramos diferencias significativas salvo en el motivo de solicitud por enfermedad, que afecta tanto a varones como a mujeres; para el motivo de soledad se invierte un poco la tendencia, los varones demandan más el servicio que las mujeres. La edad es una de las razones para solicitar el SAD, siendo uno de los parámetros que puntúa para su concesión, por lo tanto era de esperar que a mayor edad, peor calidad de vida de ahí que la mayoría de usuarios entre los 70 y los 90 años reflejasen que este era el principal motivo, no existiendo tampoco diferencias respecto al estado civil, ni apenas sobre el nivel de estudios, ni con quién vive, y mucho menos, en función de los ingresos.

Tipología de las demandas y necesidades de los usuarios

Una vez establecidos los motivos por los que solicitaban el SAD, nos interesaba averiguar para qué tareas concretas lo demandaban. A tal efecto se le presentaba al usuario un cuadro con una serie de tareas sobre las que el SAD tiene previsto y está establecido que puede prestar, con el fin de poder determinar la diferencia entre lo que el usuario (y/o sus cuidadores) quería que se prestasen y lo que los servicios técnicos del SAD estimaron conveniente prestarle, que es a lo que se refiere la siguiente cuestión (ver Tabla 2 y Figura 6).

Tabla 2: Tipo de tareas solicitadas por el usuario al SAD

TIPO DE TAREAS	%
Aseo personal/cuidados personales	26,77 %
Elaboración de comidas	7,85 %
Compras/gestiones/gestiones médicas	8,67 %
Lavado/planchado de ropa	9,89 %
Limpieza de hogar	42,78 %
Compañía/paseos	1,77 %
Movilización	1,21 %
Enseñanza de tareas domésticas	0

Figura 6: Tipo de tareas solicitadas

Con respecto a las diferencias por género, son muy pequeñas: lo primero es que casi no existen; lo segundo es que aparece una pequeña diferencia de más solicitudes de aseo personal en varones que en mujeres. Donde si existen algunas diferencias, pero, tampoco son significativas, es en la demanda de compras y gestiones y lavado y planchado, mayores por parte de las mujeres que los varones. La limpieza del hogar es demandada paritariamente por los grupos de usuarios sin apenas diferencias, lo que demuestra el importante deterioro en que se encuentran muchos de los hogares en los que se realiza esta prestación social. La variable edad presenta la misma relación que en la pregunta anterior, los grupos de mayor edad son los que establecen las mayores demandas, no existiendo diferencias singulares entre un año y otro. Con relación al estado civil, se observa que refleja el esquema general, lo que más demandan los solteros es la limpieza de hogar, seguido del aseo personal, lavado y planchado, compras y gestiones y elaboración de comidas; esta relación, únicamente se incumple con los casados/as que sitúan por delante de compras, gestiones, lavado y planchado, la elaboración de comidas. El nivel de estudios se mantiene con el tono general de no presentar diferencias significativas entre sus niveles y en relación a los datos globales. La variable con quién vive, sí presenta algunas peculiaridades que merece la pena destacar, pero señalando que tampoco influye en el esquema general: para los que viven solos, con su pareja y/o con hijos, se mantiene la priorización de las demandas que, sin embargo, se modifica para los que viven con otros familiares, para los que el aseo personal pasa a ocupar el primer puesto, con

una leve diferencia con la limpieza del hogar. Esto es muy importante, ya que nos está informando del cansancio y estrés que produce tener que cuidar y asear todos los días a una persona, aunque ésta sea un familiar, pero no sus hijos. Esta es una de las funciones prioritarias del SAD que, da la impresión, sin embargo, no se realiza adecuadamente en los protocolos de solicitud. El nivel de ingresos económicos de los usuarios no presenta diferencias importantes de destacar.

Tareas realizadas a los usuarios por el SAD

La siguiente pregunta de la encuesta pretendía reflejar la realidad de la prestación del SAD (ver Tabla 3 y Figura 7), por eso se le preguntaba al usuario que señalase qué tareas le estaban realizando los auxiliares del SAD. Es preciso indicar que nosotros sabíamos las tareas que técnica y administrativamente se había considerado prestar al usuario, por lo que en caso de incurrir en error, podíamos corregirlo. No existió apenas incorrección por parte de los usuarios, y si lo hubo en algunos casos, estaba justificado por su situación personal de deterioro mental.

Al comparar las tareas demandadas y las realmente prestadas, no existen grandes diferencias, en lo esencial se coincide; pero veamos primero las tareas prestadas: la primera tarea más prestada es la limpieza de hogar, sin apenas diferencias, le sigue la de aseo personal y cuidados personales; el lavado y planchado de ropa que disminuye su prestación; las compras y gestiones; la elaboración de comidas y el resto de demandas como compañía, movilización y otros que no muestran diferencias importantes.

Tabla 3: Tareas que realmente se han prestado

TIPO DE TAREAS	%
Aseo personal/cuidados personales	27,75 %
Elaboración de comidas	9,92 %
Compras/gestiones/gestiones médicas	10,05 %
Lavado/planchado de ropa	11,08 %
Limpieza de hogar	38,39 %
Compañía/paseos	1,68 %
Movilización	1,58 %
Enseñanza de tareas domésticas	0

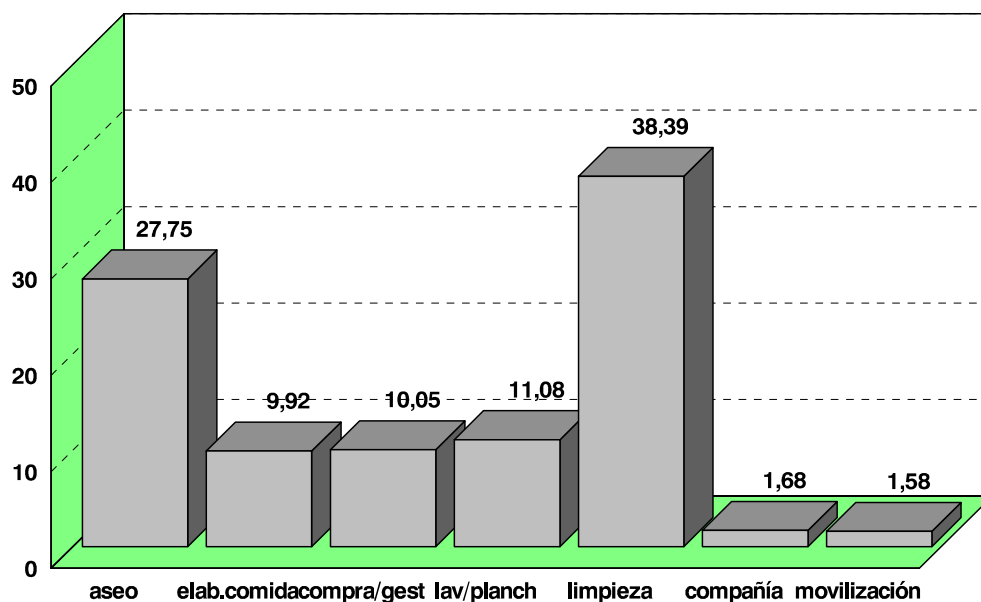


Figura 7: Tareas prestadas por el SAD

Si comparamos los datos de la Tabla 2 con los de la Tabla 3, reflejados en la Tabla 4, vemos que no existen diferencias significativas. El orden de las demandas y el orden de las tareas realizadas, debidamente priorizado, coinciden. La intensidad de la demanda de limpieza de hogar (superior al 41%) es compensada con el aumento en elaboración de comidas, planchado, lavado de ropa y gestiones, ya que

el criterio de los profesionales que diagnostican el caso, y proponen su concesión, estimaban que esas debían ser las tareas a realizar, puesto que en muchas ocasiones, el usuario únicamente quería que le arreglasen alguna cosa, o por el contrario, pensaban que tenían contratada a una empleada de hogar y debía hacerle todo lo que estimase conveniente

Tabla 4: Comparación entre las tareas solicitadas y las tareas que realmente se han prestado

TIPO DE TAREAS	Tareas Solicitadas	Tareas Realizadas
Aseo personal/cuidados personales	26,77	27,75
Elaboración de comidas	7,85	9,92
Compras/gestiones/gestiones médicas	8,67	10,05
Lavado/planchado de ropa	9,89	11,08
Limpieza de hogar	42,78	38,39
Compañía/paseos	1,77	1,68
Movilización	1,21	1,58
Enseñanza de tareas domésticas	0	0

Con respecto a las variables con las que contrastar las tareas realizadas y comenzando por el género, encontramos que no existen diferencias importantes y que las puntuaciones son muy similares a las obtenidas con la variable de tareas demandadas; igual ocurre con la variable edad de los usuarios, en la que coincide de nuevo las puntuaciones de los de más edad con las demandas y las realizaciones prestadas; el estado civil tampoco influye, ni el nivel de estudios, ni los ingresos. Únicamente es con relación a la variable con quién vive, como ocurría con las demandas, en la que aparece algún dato digno de interés, y que es el mismo que ya se había observado: los usuarios que viven con otros familiares son los que reciben más prestación en la tarea aseo personal que en la limpieza del hogar; también ocurre con los usuarios que viven con sus hijos, y a los que se les realiza tareas de aseo personal superan a la tarea de limpieza de hogar. Una vez más cabe decir aquí lo que señalamos más arriba, estos datos nos informan del desgaste que produce la atención a personas, muchas de ellas se encuentran permanentemente en la cama y con enfermedades crónicas, y no conocen otro universo que el de su habitación. Por eso sus familiares directos o no, reclaman de la Administración esta prestación que resulta a todas luces insuficiente.

Al igual que ocurre con el género de los usuarios, la mayoría de los cuidadores encuestados son mujeres, el 71% y el 29% restante, varones. Del 69% de los usuarios que viven solos, tenemos que los cuidadores principales son: 32% hijos, 13% hermanos, 13% vecinos o amigos, 12% otros parientes (cuñados, primos, sobrinos, etc.). De los usuarios que son mujeres, sus cuidadores responden al perfil de 40% son sus hijas, 12%, sobrinas y 8% hermanas. En cuanto a los usuarios varones, sus cuidadores son en un 10, 6% sus hijos y un 10,6% las esposas de los usuarios.

Una vez situadas las características de los usuarios y de los cuidadores, nos interesaba profundizar en la eficacia del SAD para poder medir si, está sirviendo para que el cuidador descansa, o al menos le sirva de alivio en la permanente carga de tener que cuidar y realizar tareas al usuario dependiente y también, en el caso de que no realice tareas por los motivos que sea, comprobar si desciende la tensión o la preocupación por el bienestar del usuario, una vez que sabe que el SAD le presta algún tipo de atención.

Como se aprecia en la Figura 8, aproximadamente un 67% de los casos precisaban una frecuencia de atención diaria; siendo sólo un poco más del 12% los que con un día de atención cubrían sus necesidades de una tercera persona. Coincide (un 66,66%) el porcentaje de cuidadores principales que responden que, en la actualidad y en tiempo del SAD, para cubrir las necesidades de los usuarios se precisaría más tiempo de atención; siendo algo más de la cuarta parte (27,27%) los que consideran que, con el mismo tiempo que tiene de servicio en la actualidad, se cubren las necesidades de los usuarios en lo que al SAD se refiere.

Es insignificante el porcentaje e irrelevante la valoración de la columna donde se refleja los datos donde se considera, por parte de los cuidadores principales, que se precisaría de menos tiempo para cubrir las necesidades actuales de los usuarios.

Del total de los encuestados que afirmaban necesitar, con anterioridad al SAD, un servicio de atención diario (ver Figura 9), un 59% expresan un deseo de más tiempo del que tiene el servicio, un 34% valora que, con el mismo tiempo que se tiene de servicio, se cubre la necesidad que se había manifestado de atención diaria.

Un 87,5% de los usuarios que precisaban de un día de atención en la actualidad, solicitan más tiempo del que tienen, como ocurre con los que disponen de dos días de atención con un porcentaje del

88,8%. Un 60% de los encuestados que afirmaban que su necesidad se vería satisfecha con una atención de 3 ó 4 días semanales, en la actualidad demandan más servicio del que tienen; es de destacar el 40% restante que valora que con el mismo tiempo que tienen de SAD se cubre la necesidad demandada con anterioridad.

Del total de usuarios que precisan una atención diaria, son atendidos con esa periodicidad por un 64,8% de los cuidadores. Aproximadamente un 17%,

aun cuando se precisa de una atención diaria, el cuidador atiende al usuario con una frecuencia de 3 ó 4 días semanales, lo que provoca un evidente déficit de atención al usuario. De los usuarios que precisan una atención de 3 ó 4 días a la semana, un 44,4% son atendidos diariamente por sus cuidadores y más de un 33% mantiene una atención igual a la frecuencia que manifestaba necesitar, lo que presenta un cierto equilibrio entre este grupo de usuarios (ver Figura 10).

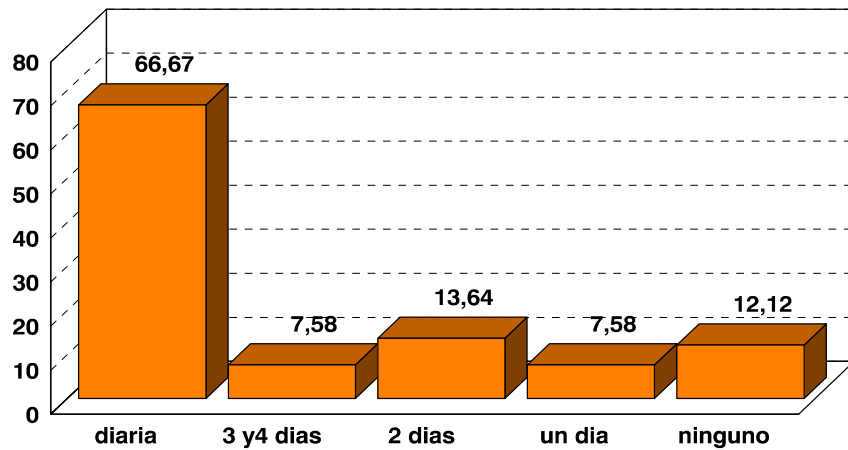


Figura 8: Frecuencia de atención que necesitaba el usuario

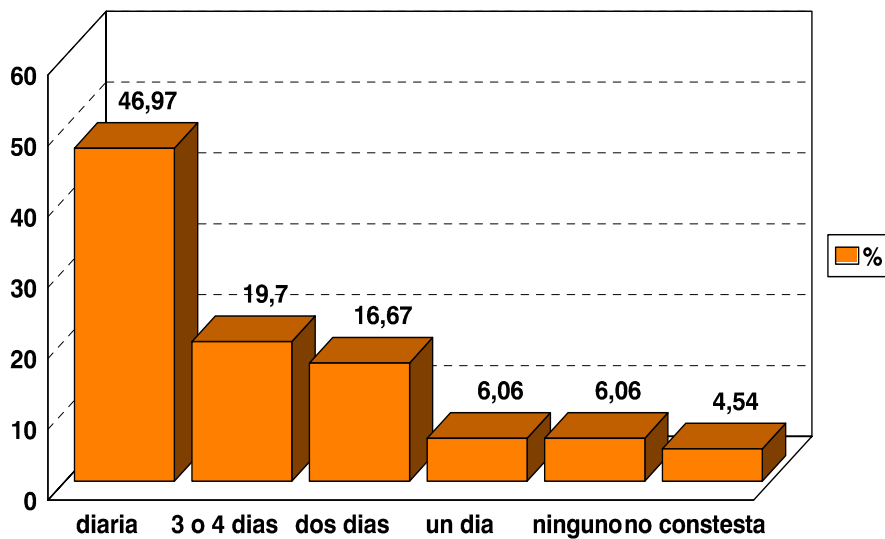


Figura 9: Frecuencia de atención que prestaba el cuidador antes de recibir el SAD

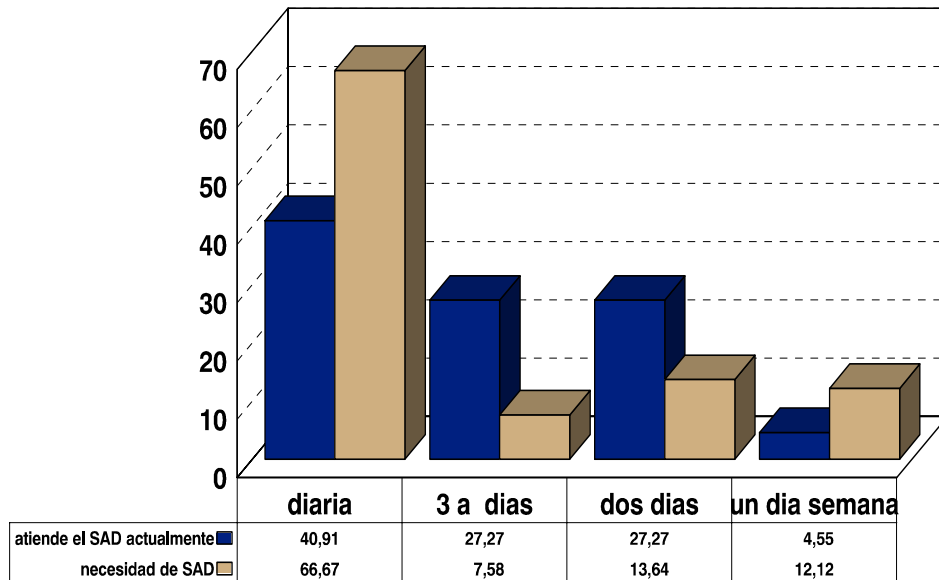


Figura 10: Frecuencia de atención que necesitaba el usuario en días y días de atención que le presta el SAD actualmente

Del total de cuidadores que manifestaban prestar una atención con una frecuencia diaria, el 89,7% coincide con usuarios que necesitan una frecuencia diaria de atención, y poco más del 10% de usuarios son atendidos diariamente por sus cuidadores cuando la frecuencia de atención que se expresó era de 3 ó 4 días a la semana.

Algo más del 69% de los casos en que la cobertura de atención pasa por una frecuencia de 3 ó 4 días a la semana, se valoró como diaria la frecuencia de atención necesaria en la actualidad. En un 23% coincide la frecuencia necesaria de 3 ó 4 días y la frecuencia prestada por el cuidador.

Existe un porcentaje de casos cuya frecuencia de atención era diaria, un 90,3% y continúa siendo. Un 28, 21% de usuarios han visto disminuir la frecuencia de atención por parte de sus cuidadores después de recibir el servicio y el 71,78% mantiene la frecuencia de atención. En los casos en los que la frecuencia era de 3 ó 4 días a la semana, un 38, 47% de usuarios siguen siendo atendidos por sus cuidadores con una frecuencia de 3 ó 4 días.

En la actualidad, un 59,09% de los casos son atendidos con una periodicidad de 3 ó 4 días semanales; aunque, un 36,36% de los entrevistados considera que, desde el inicio del SAD las tareas que realiza en relación al usuario son los mismos y un 7,58 considera que, tras el proyecto de intervención que se pacta con el servicio, sus tareas se han visto

incluso aumentadas. Frente a estos últimos un 54,55% valora que sus tareas en relación con el usuario se han visto disminuidas en cuanto se inició el SAD, lo que resulta más razonable.

El 35,49% de los entrevistados que manifestaban realizar una atención diaria, reconocen que las tareas que realizan hoy siguen siendo las mismas y por tanto en nada les ha afectado el SAD. Par un 51, 60% de los entrevistados las tareas que prestaban al usuario se han visto disminuidas y, por último, un 9,68% afirma que las tareas que desempeñaban al usuario antes del inicio del SAD se han visto incrementadas.

Un 61,52% de los entrevistados que manifestaban que la atención que prestaban al usuario era de 3 ó 4 días en la actualidad expresan que sus tareas se han visto disminuidas. Un 63, 64% de los entrevistados que manifestaban que la atención que prestaban al usuario, era de dos días semanales, reconocen que sus tareas se han visto disminuidas, y un 66,83% de los entrevistados que manifestaban que la atención que prestaban el usuario era de un día a la semana, afirman que sus tareas se han visto reducidas.

La variable tiempo, es un factor muy importante por la prestación del SAD tanto para los auxiliares como par los cuidadores, por eso nos interesaba conocer su incidencia en el desempeño de los cuidados. El tiempo se calculaba, en primer lugar como

tiempo de desplazamiento del hogar del cuidador al del usuario (Figura 11).

Así tenemos que el 81, 30% de los entrevistados invierte menos de 15 minutos en desplazamiento de su casa a la del usuario y del total que, antes de recibir el servicio, prestaban una atención diaria, un 90,

33% invertirían menos de 15 minutos en el desplazamiento. Con respecto a los que antes de recibir el SAD, prestaban atención con una frecuencia de 3 ó 4 días a la semana, el 69, 23% invierte en desplazamiento menos de 15 minutos; siendo el 30,76% restante el que invierte hasta un máximo de 30 minutos.

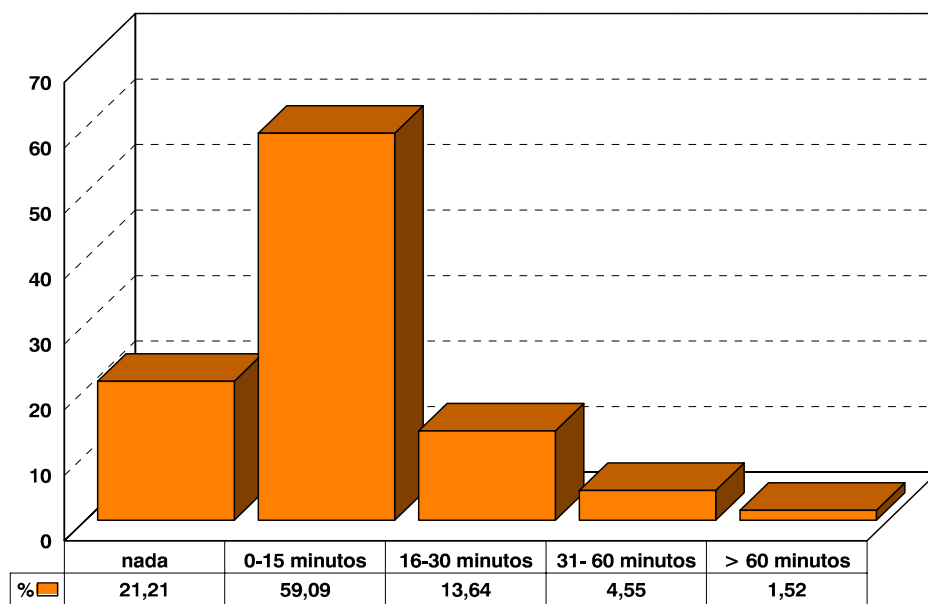


Figura 11: Tiempo que invierte el cuidador en desplazamiento

Del total que, antes de recibir el servicio, manifestaban realizar una atención con una frecuencia de dos días a la semana, el 63, 64% invierte en desplazamiento a la residencia del usuario menos de 15 minutos.

Cruzando la frecuencia de atención que presta el cuidador con el tiempo que invierte en acudir al hogar del mismo, encontramos que la atención diaria es realizada en un 53% por el cuidador que reside a menos de 15 minutos. Cuando la atención es de 3 ó 4 días a la semana, aparece como indistinto que el cuidador resida a menos de 15 o treinta minutos. Y no aparecen usuarios que precisen dos días o menos de atención y que convivan sus cuidadores con ellos o en el mismo edificio, es decir que la variable tiempo de desplazamiento influya.

Si el tiempo es un factor importante para la dedicación al usuario, también existe una serie de circunstancias personales que pueden y de hecho complican e incluso llegan a impedir que el cuidador

pueda realizar tareas que son necesarias para el usuario. Existen más motivos, sin embargo, los que aparecen en el Figura 12 son los que han resultado más representativos.

Podemos observar que los problemas y/o motivaciones de enfermedad y las tareas domésticas influyen en la misma proporción como impedimentos par la atención de los usuarios, seguida en importancia de los motivos de tipo laboral.

Casi la mitad de los cuidadores encuestados el 49% mantienen el criterio de que ante la posible retirada del SAD, son conscientes de que tendrían que ser ellos, los que deberían cuidar de los usuarios, un 18% sugiere que el ingreso en residencia sería la opción que elegirían, una minoría, en torno al 6% contratarían un servicio privado, y el resto, sugiere una intensa combinación de las opciones precedentes. Esta situación denota la gran dependencia que los usuarios del SAD presentan con respecto a sus cuidadores principales.

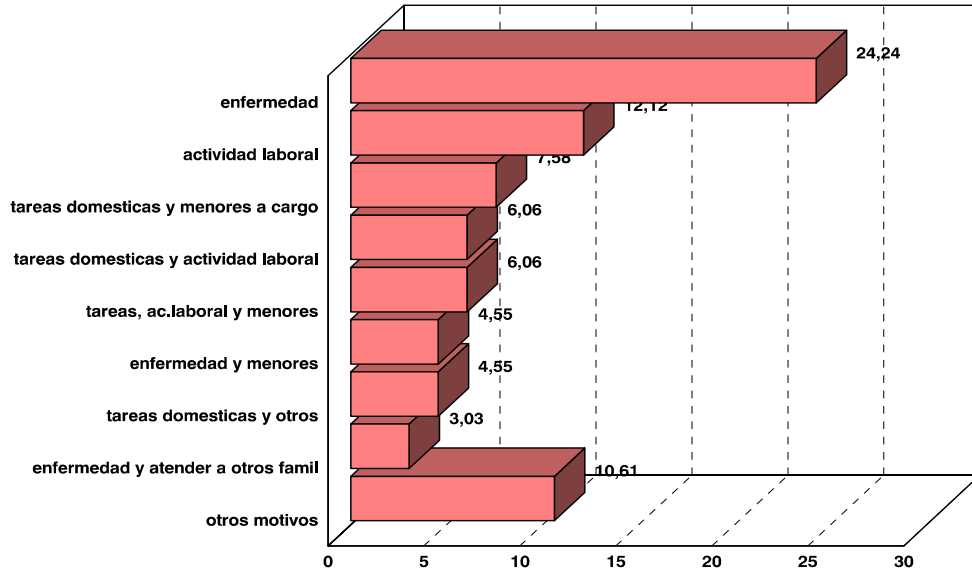


Figura 12: Motivos que impiden al cuidador prestar atención

Asumir la responsabilidad de atender a un usuario del SAD conlleva un determinado nivel de influencia, que podemos considerar como positiva, negativa o sin que provoque ningún efecto. En el caso que nos ocupa, tal y como se observa en la Figura 13, más de la mitad de los cuidadores encuestados, el 58% opinan la influencia está resultando negativa par su vida personal y familiar, frente a un 4% que opina lo contrario y existe un 38% que en nada le ha

influido, que le ha dejado indiferente. Asimismo, podía pensarse que existen cuidadores que pueden desempeñar su labor por algún tipo de interés económico, en este trabajo aún con las reservas que este tipo de preguntas y respuestas debemos interpretarlas, un 20% reconoce que su labor de cuidador le va a repercutir económicamente, frente a un 74% que reconoce que en nada le va a beneficiar y un 6% que ignora si le va a suponer algún beneficio.

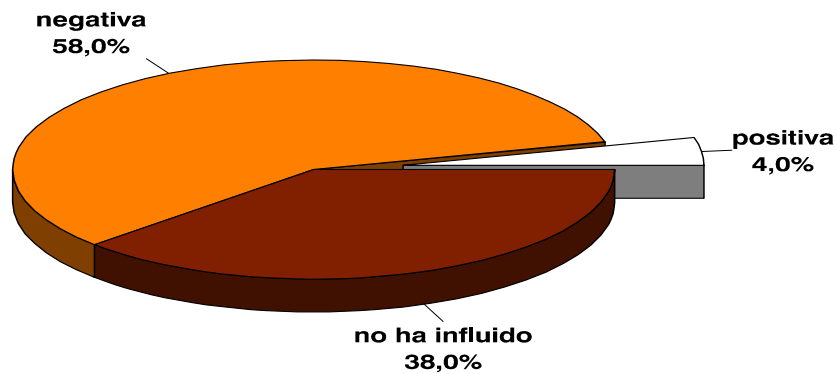


Figura 13: La responsabilidad de atender al usuario y su nivel de influencia

Respecto al importante porcentaje de cuidadores, un 58% que considera que su trabajo con el usuario provoca influencias negativas nos interesaba analizar el contenido de la influencia, en una serie de ítems que van desde la disminución de atención a su propia familia, las alteraciones que pueda provocar en la familia nuclear, especialmente con la pareja y los hijos, tener que abandonar total o parcialmente alguna actividad laboral, privarse de actividades recreativas y de ocio, descuidar y provocar deterioro con otros miembros de la familia, por los posibles perjuicios económicos, la repercusión en el estado de salud, tanto desde el punto de vista físico como de desgaste psíquico (Ver Figura 13).

Destacando entre las respuestas negativas (ver Figura 14) que casi el 14% estima que tiene una importante influencia en su vida y entorno familiar, abandonar el trabajo obtiene un 6,31%, aumenta un poco con un 8,58% el no poder realizar actividades de ocio, la carga económica resulta insignificante para el 1%, pero son los motivos de salud física con un 8,07% y destacando el sentimiento de agotamiento psíquico con un 14,12% el que más sobresale entre los motivos negativos.

El cuidador, una vez que tiene el SAD, tiene que seguir realizando una serie de tareas que complementen la acción de la prestación y en tal sentido, lo primero que destaca (ver Figura 15) es que existe una importante disminución de las tareas de atención personal al usuario, como aseo personal, cuidados especiales y movilización del mismo ya que son

realizadas por el SAD, y eran las tareas que más cansancio provocan, alcanzando la proporción, actualmente, del 11,57%; sin embargo, las tareas domésticas de mantenimiento del hogar con el 20,15% se mantienen prácticamente igual, habiendo aumentado las tareas relativas a gestiones (24,95%), hacerles compañía (22,17%) que ha aumentado, como también ahora pueden hacer algunas tareas que antes no se hacían como acompañar al usuario a visitar a otros familiares (5,03%) y otras, en una amplia lista de posibilidades.

El último aspecto que nos interesaba destacar ante el cuidador, era su opinión sobre las posibles acciones que sería necesario efectuar para que el usuario se sintiera mejor o cambiara su situación actual. Existe, como puede verse en el Figura 16, una importante coincidencia, en que las dos variables más significativas serían el aumento de la pensión del usuario (31,27%) y el aumento de la cobertura temporal del SAD con un 22,95%. Destaca la no consideración de ingreso en residencias (6,03%) o utilizar alojamientos temporales en centros de día (5,52%), y casi despreciable, la posibilidad de contratar una atención privada (1,76%); aunque, resulta de interés comprobar cómo la utilización del voluntariado (11,84%) está cobrando una singular importancia en el contexto del SAD. En definitiva, creemos, que los cuidadores tienen las ideas muy claras. La existencia de más dinero y de más cobertura del servicio paliaría en parte, el déficit en el que opinan que se encuentran las personas a las que cuidan.

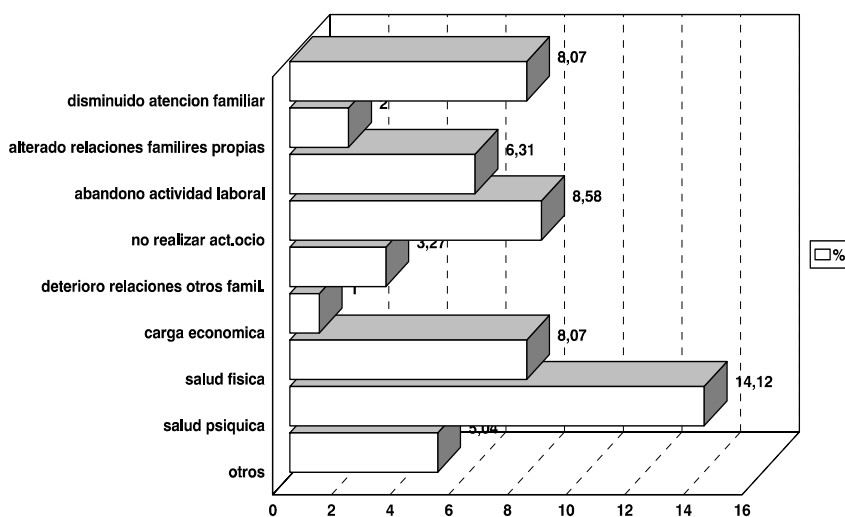


Figura 14: Aspectos en los que ha influido negativamente el trabajo que desempeña el cuidador

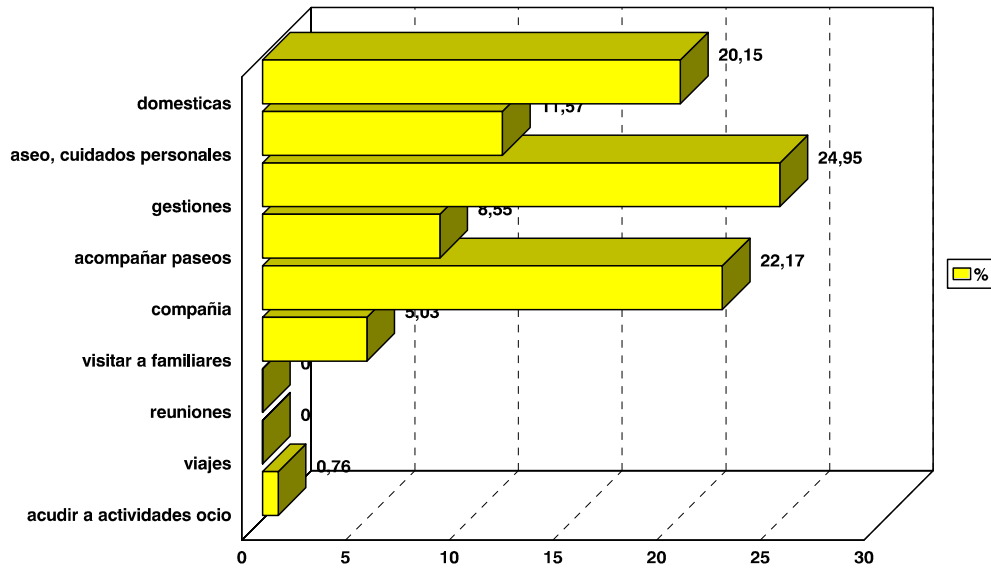


Figura 15: Tareas que realiza el cuidador

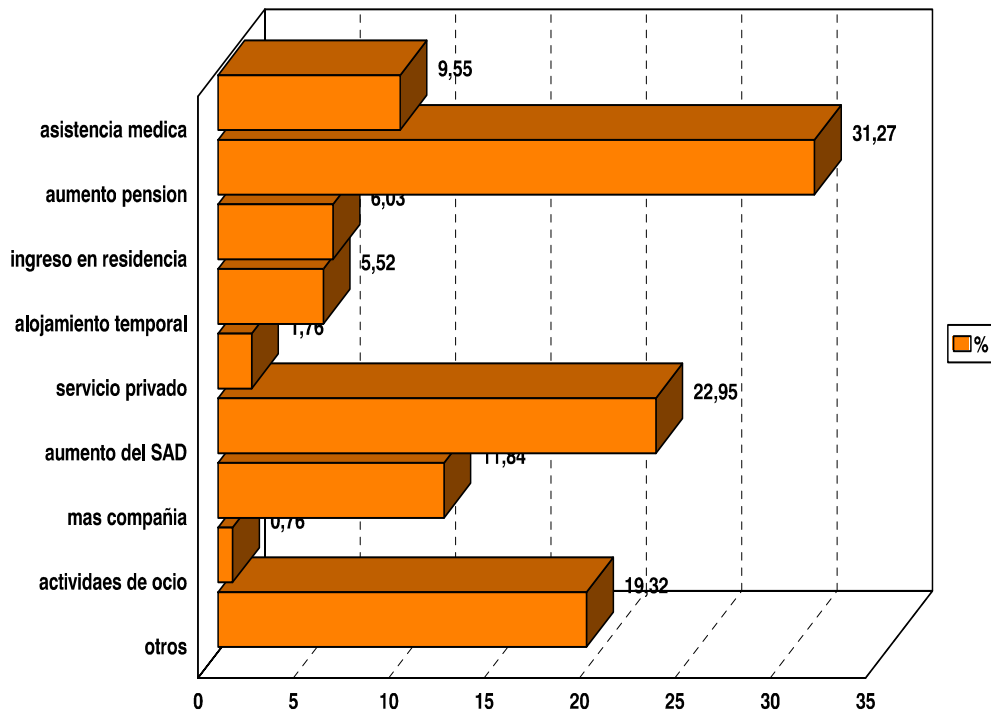


Figura 16: Aspectos necesarios para mejorar la situación del usuario

Conclusiones

El servicio de ayuda a domicilio es una prestación que está concebida para ser un auxilio en las tareas de la casa y para servir de apoyo a los usuarios, sin embargo, a lo largo del tiempo esta prestación se ha ido modificando y adaptando a las necesidades de los usuarios y/o sus cuidadores, y esta adaptación no se ha efectuado con el proceso de análisis necesario, lo que está provocando en la actualidad una cierta perversión de la idea inicial. La actual ayuda a domicilio tiene grandes componentes sanitarios sin que por ello se establezca la adecuada coordinación sociosanitaria correspondiente y que en muchos casos, dado el importante deterioro físico del usuario correspondería estar en una residencia o incluso a en un hospital. De ahí, que la labor realizada por el SAD sea meritoria en su objetivo de evitar el desarraigo de los ancianos.

El hecho de que la mayoría de usuarios sea anciano provoca una serie de circunstancias tanto para los trabajadores que prestan el SAD como, para los cuidadores ya que deben ser conscientes de que deben ser tratados de forma diferente, sobre todo si se encuentran inmovilizados en la cama y su universo se reduce a la habitación. Esto es importante para los cuidadores, que en ocasiones, aún siendo familiares directos, lo olvidan con frecuencia, llevados posiblemente del cansancio y tensión que les origina tener que prestar un cuidado permanente.

Los cuidadores tienen la percepción de que el SAD sirve para paliar el déficit de tareas domésticas, sobre todo, en aquellos usuarios que viven solos y su nivel de atención familiar es bajo o nulo, especialmente si el usuario es varón. Cuando el usuario está aquejado de una enfermedad crónica y tiene cuidadores, el SAD aparece como inservible, o que apenas produce efecto en los cuidadores o incluso provoca la existencia de demandas y exigencias incontroladas sobre los auxiliares.

Referencias

- Abanto, J., Alda, J.J. y Martínez, T. (1991). La ayuda a domicilio en Zaragoza: valoración cuantitativa y cualitativa. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 26, 249-254.
- Abengozar, M.C. y Serra, E. (1997). Empleo de estrategia de afrontamiento en cuidadores familiares de ancianos con demencia. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 32, 5, 257-269.
- Adan, T. y Roldan, J.C. (1997). Mejorar la asistencia integral de las personas mayores. *Sesenta y Más*, 144, 16-21.
- Aggrupació de Municipis del Baix Montseny. (1990). *El Servei d'Ajuda a la Llar al Baix Montseny*.
- Albarracín, D. y Goldstein, E. (1994). Redes de apoyo social y envejecimiento humano. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y psicología de la salud*, pp. 373-398. Madrid: Siglo XXI.
- Alcalde, G., Arcelay, A., Gutiérrez, F., Pérez, A., Bacigalupe, M. y Letona, J. (1997). Satisfacción del usuario en urgencias: ¿cuáles son los factores importantes?. En XV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*, 12, 348.
- Algado, M.T., Basterra, A. y Garrigós, J. (1997). El enfer-

El nivel de demanda del SAD por parte de los usuarios actuales en el máximo establecido de atención diaria, es correspondido en el 50% de los casos, proporción que se ve compensada para los que necesitan atención de tres o cuatro días a la semana, atendidos en el 85% de las ocasiones y del cien por cien en el resto de los casos. Esto implica un alto porcentaje de atención en función de las disponibilidades administrativas actuales

De las atenciones que el cuidador tiene que realizar al usuario unas, las de carácter doméstico sí son realizadas por el SAD, pero otras, las que implican al propio cuidador, es decir a su desgaste psíquico, a su cansancio, el SAD no tiene, en principio establecido ningún sistema de protección ni de tratamiento, algo que sería de gran interés incorporar a los programas de atención a ancianos.

El impacto que el SAD produce en los cuidadores, a la vista de los datos y siguiendo con el argumento de las conclusiones anteriores, podemos argumentar que es de carácter relativo, en tanto que es muy positivo cuando se trata de prestaciones de tres o menos días, en los que el SAD no solo no es cuestionado, sino muy bien considerado, sin embargo, cuando el SAD tiene que ser prestado de forma diaria o casi diaria, el nivel de impacto es negativo, en cuanto que parece no responder a las expectativas que los cuidadores esperaban, que no son otras que las de poder descansar del trabajo diario. El impacto se hace más evidente, positivamente, cuando el SAD se presta a usuarios que viven solos y apenas reciben cuidados de sus familiares, en tal caso, la consideración respecto al nivel que provoca aumenta considerablemente.

Señalar, por último, que el SAD se ha convertido en una prestación auxiliar de gran valor, y así lo reconocen tanto los usuarios como los cuidadores, sean éstos principales o no que no renunciarían a la misma en las actuales condiciones de prestación.

- mo de Alzheimer y sus cuidados. Una perspectiva sociológica cualitativa. *Revista Gerontología*, 7, 241-245.
- ARARTEKO (1996). *Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad autónoma del País Vasco*. Informe del defensor del pueblo vasco. Vitoria.
- Association d'aide aux personnes agees. (1994). Coordination intercomunale de services d'aide aux personnes agees dans les pyrenees-atlantiques. *CLEIRPPA INFOS*, 48, 3-4.
- Ayuntamiento de Barcelona. (1982). *Servicios de ayuda a domicilio*. Barcelona.
- Ayuntamiento de Oviedo. (1991). *Valoración del servicio de ayuda a domicilio mediante entrevista personal con los usuarios*. (Documento fotocopiado).
- Bazo, M.T. y Domínguez-Alcón, C. (1996). Los ciudadanos familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Reis*, 73, 43-56.
- Béland, F. y Zunzunegui, M.V. (1995a). La ayuda recibida por las personas mayores. *Revista de Gerontología*, 5, 294-308.
- Bermejo, F., Rivera, J., Trincado, R., Olazarán, J., Fernández, C., Gabriel, R. (Grupo NEDICES). (1997). Aspectos del cuidado sociofamiliar al paciente con demencia. Datos de un estudio poblacional en dos zonas de Madrid. *Revista de Gerontología*, 7, 92-99.
- Bilbao, I., Gastaminza, A.M., García, J.A., Quindimil, J., López, J.L. y Huidobro, L. (1994). Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 13, 4, 188-190.
- Bonet, F. et al. (1993). Servicio de ayuda a domicilio. Documento de Trabajo. *Revista de Trabajo Social*, 131, 148-152.
- Borobio, D. (1996). Los mayores y la familia. *Familia*, 13, 45-65.
- Bueno, J.R. y Estrada, I. (1989). *El Servicio Social de Ayuda a Domicilio*. Valencia: Nau Llibres.
- Busquet, X., Porta, M., Jariod, M., Busquet, C., Sánchez, A.M. y Duocastella, P. (1994). La atención domiciliaria al enfermo de cáncer terminal: valoración y propuestas de médicos y enfermeras. *Atención Primaria*, 13, 6, 291-299.
- Caballero García, J.C. (1997). Importancia de las asociaciones de familiares en el caso de los enfermos con demencia *Revista de Gerontología*, 7, 110-112.
- Cabotte, L. (1997). Quatre modes d'économie de l'aide a domicile des personnes âgées. *Revue Française des Affaires Sociales*. Octubre, 133-163.
- Calcerrada, D., Pérez, D. y Marsset, P. (1996). La cita previa, perfil del consultante y accesibilidad. *Atención Primaria*, 17, 4, 288-291.
- Cebrián, J.J. (1993). El voluntariado en la prestación básica de ayuda a domicilio. *Documentos de Trabajo Social*, 0, 93-110.
- Clement, S., Grand, A., Grand-Filaire, A. y Briand, S. (1992). Papel de la familia en la atención domiciliaria de los ancianos con incapacidad. *Revista de Gerontología*, 2, 86-93.
- Clement, S. y Drulhe, M. (1992). Papel de la familia en la atención domiciliaria de los ancianos con incapacidad. *Revista de Gerontología*, 2, 2, 86-93.
- Clement, S. y Drulhe, M. (1993). L'entourage relationnel des personnes âgées et les services gérontologiques. *Revue Française des Affaires Sociales*, 4, 75-85.
- Colomer, M. y Rubio, G. (1982). *Servicios de Ayuda a Domicilio*. Ayuntamiento de Barcelona.
- Colomer, M. et al. (1986). *Ayuda a la llar*. (Documento fotocopiado). Ayuntamiento de Barcelona.
- Colom, D. (1992). Trabajo Social e Información: Convergencia necesaria para el diseño de programas sociosanitarios. *Revista de Treball Social*, 127, 149-154.
- Colvez, A., Belin, M., Chatelet, M., Durand, J. y Senault, B. (1997). Analyser les pratiques pour construire un plan d'aide: une "demarché qualite" pour les services à domicile aux personnes âgées dépendantes. *Revue Française des Affaires Sociales*. Octubre, 283-301.
- Comunidad Autónoma de Madrid (1994). *El anciano en su casa. Guía de cuidados par familiares, auxiliares de ayuda a domicilio, voluntariado y ancianos solos*. Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.
- Conde, J. (1994). Experiencia de soporte grupal a cuidadores familiares. *Revista de Gerontología*, 4, 108-111.
- Cronin, J.J. y Taylor, S.S. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, Vol. 56 (July).
- Curieses, A., Bermejo, R. y Alvarez, J.A. (1991). Encuesta de satisfacción de los usuarios con el teléfono 061 de urgencias sanitarias en la Comunidad de Madrid. *En VI Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria*. Pág. 203-204. Granada: escuela Andaluza de Salud Pública.
- Davis, M.A., Sebastian, J.G. y Tschetter, J. (1997). Measuring quality of nursing home service: residents perspective. *Psychologie Report*, 81, 2, 531-542.
- Delegación de Servicios Sociales (1986). La ayuda a domicilio en el marco de los Servicios Sociales. *Benestar Social en la Ciutat*, 4-5, 58-73. Ayuntamiento de Valencia.
- Delgado, A., Marín, I., Reyes, M.C., Herreo, C., Hazaña, M.P. y Bailón, E. (1997). La calidad de la atención en relación con características del médico. En XV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*, 12, 401-405.
- Diputación Foral de Alava. (1988). *Valoración del servicio de ayuda a domicilio*. (Documento fotocopiado).
- Diputación Provincial de Granada (1990). *Programa Provincial de Ayuda a Domicilio*. (Documento fotocopiado).
- Diputación Provincial de Jaén (1991). *Servicio de Ayuda a Domicilio*.
- Duarte, A. y Godoy, S. (1997). La cita previa en un Centro de Servicios Sociales. En M.E. Medina, C. García y A. Romero (Comps.): *La psicología como profesión (2º vol.)*. Universidad de Murcia y Colegio Oficial de Psicólogos.
- Elorriaga, J., Ferrer, R., Fuentetaja, A., garrofe, R., Rey, F. y Rueda, P. (1997). Atención al cliente y calidad del servicio. *Siglo Cero*, 28,1, 19-44.
- Espinosa, J.M. y Muñoz, F. (1997). Evaluación de los programas de atención domiciliaria en atención primaria de salud. *Cuadernos de Gestión*, 1, 14-22.
- Estivill, J. (1991). La ayuda a domicilio entre la reclusión y la itinerancia. Una aproximación histórica. En Ayuntamiento de Madrid: *Jornadas Internacionales de Ayuda a*

- Domicilio*. Madrid.
- Estrada Ena, I. (1993). *Autonomía personal y ayuda a domicilio*. Zaragoza: Certeza.
- Feliu i Mazaira, T. (1966). Recursos adrecats a assegurar la permanència de la gent gran a casa seva. *Quaderns de Serveis Socials*, 11, 31-34.
- FEMP/INSERSO (1991). *El servicio de ayuda a domicilio en la Administración Local*. (Documento fotocopiado).
- Federation Nationale des Aides à Domicile en Activités Regroupées (FNADAR) (1995). *La qualité de l'aide à domicile*. Paris: FNADAR.
- Fernández del Valle, J. y García, A. (1994). Redes de apoyo social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6, 1, 39-47.
- Fernández, J., Pérez, R. y Medina, M.E. (1995). Análisis de calidad del servicio de Ayuda a Domicilio. En *I Jornadas de Trabajo Social de la Región de Murcia*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social, pág.55-71.
- Ferrando, J., Nebot, M., Borrel, C. y Egea, L. (1996). Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. *Gaceta Sanitaria*, 10, 174-182.
- Fior, S. (1997). Quotidieneté de l'aide professionnelle à domicile auprès des personnes âgées à Paris. *Revue Française des Affaires Sociales*, octubre, pág. 81-95.
- FNADAR (1995). *La qualité de l'aide à domicile*. Paris.
- Forteza, S., Ramón, M. y Morey, E. (1996). Evaluación de las interacciones sociales entre los profesionales de atención directa y los usuarios de una residencia de personas con retraso mental. *Siglo Cero*, 27,5, 33-39.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (1993). *Cuidado familiar de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas.
- García, M.I. y Zamora, F. (1996). Estudio del servicio de ayuda a domicilio en dos sistemas diferentes, en concierto con cooperativas y de forma directa. Pros y contras de ambos. En *Actas del Congreso estatal sobre Prestaciones de Servicios par Personas Ciegas y deficientes Visuales*, vol. 5, pág. 397-406. Madrid: ONCE
- García Cardova, F. (1994). Políticas sanitarias y sociales desarrolladas en algunos países de la Comunidad Europea con respecto a la tercera edad. *Atención Primaria*, 13, 9, 507-514.
- Gené, J., Moliner, C., Contel, J.C., Tintoré, I., Villafáfila, R. y Schorlemmer, C. (1997). Salud y utilización de servicios en anciano, según el nivel de convivencia. *Gaceta Sanitaria*, 11, 214-220.
- Gil Montalbo, M. (1995). El servicio de ayuda a domicilio. Un programa de actuación social individualizado. *Seventa y Más*, 127, 16-21.
- Gogorcena, M.A. y Regato, P. (1994). La atención sanitaria a las personas mayores. *Intervención Psicosocial*, III, 8, 149-158.
- Gómez Purón, C. (1996). Líneas de actuación de la Comisión Europea y redes de atención a las personas mayores. *Quaderns de Serveis Socials*, 11, 10-13.
- González-Cañete, J.L. (1995). Servicio de Ayuda a domicilio. *Seventa y Más*, 126, 16- 21
- Gough, I. y Thomas, T. (1994). Need satisfaction and welfare outcomes: theory and explanations. *Social Policy & Administration*, 28, 1, 33-57.
- Guijarro, L. (1998). Familias solidarias. *Seventa y Más*, 156, 6-11.
- Hernando, J., Iturrioz, P., Torán, P., Arratibel, I., Arregui, A. y Merino, M. (1992). *Atención Primaria*, 9, 3, 133-136.
- INSERSO (1997). *Teleasistencia domiciliaria. Evaluación del programa INSERSO/FEMP*. Madrid.
- INSALUD (1995). *Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid.
- INSALUD (1996). *Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid.
- INSALUD (1997). *Jornadas Europeas sobre atención a las personas mayores dependientes: La respuesta socio-sanitaria*. Madrid.
- INSERSO (1988). *Cuidados sustitutos*. Madrid.
- INSERSO (1989a). *La tercera edad en Europa: necesidades y demandas*. Madrid.
- INSERSO (1989b). *La tercera edad en España: aspectos cuantitativos*. Madrid.
- INSERSO (1990a). *La tercera edad en España: necesidades y demandas*. Madrid.
- INSERSO (1990b). *Ayuda a Domicilio*. Madrid.
- INSERSO/Fernández del Valle (1992). *La ayuda a domicilio como alternativa al internamiento en centros residenciales*. Madrid.
- INSERSO (1992a). *Evaluación de la calidad de los servicios del Programa de Terminuso Social*. Madrid.
- INSERSO (1992b). *Plan Gerontológico*. Madrid.
- INSERSO/ Guillermand, A.M. (1992). *Análisis de las políticas de vejez en Europa*. Madrid.
- INSERSO (1993). *La atención a las personas mayores*. Madrid
- INSERSO (1995a). *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid.
- INSERSO (1995b). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid.
- Iturria, J.A. y Márquez, S. (1997). Servicios Sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un episodio de hospitalización. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 281-291.
- Iturriaga, R. (1994). El programa de asistencia domiciliaria en la CAV. *Zerbitzuan*, 24, 16-20.
- Izal, M., Montorio, I. y Díaz, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares*. Vol 1 y 2. Madrid: IMSERSO.
- Joël, M.E. y Martin, C. (1997). La part des arbitrages économiques et familiaux dans l'organisation du soutien à domicile des personnes âgées dépendantes. *Revue Française des Affaires Sociales*, Octubre, 95-109.
- Kaufmann, A., Frías, R., y Sánchez, M.A. (1997). *Trabajando con los mayores*. Madrid: CIS, nº 13.
- Kotler, P. (1991). *Marketing Management - Analysis, Planning, Implementation and Control*. Englewood Cliffs NJ.: Prentice-Hall, Inc.
- Labrador, M., Caballero, L., Hernández, M., Vera, C. y Cañibano, A. (1995). Calidad percibida por el usuario: programa de coordinación asistencial al alta del paciente. Garantía de continuidad. En XIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*, 12.

- Lacasta, J.J. (1997). Calidad organizacional: el cambio en las organizaciones no gubernamentales. *Siglo Cero*, 29, 1, 5-13.
- Lebeaupin, A. et al. (1993). Les services de soins á domicile. Enquete S.S.A.D., 1991. *Documents Statistiques*, 168.
- Lloréns Montes, F.J. (1996). *Medición de la calidad de servicio*. Universidad de Granada.
- Malla, P. (1991). El SAD: historia, organización y perfil de sus trabajadores. *Revista de Serveis Socials*, 17.
- Maravall, H. (1995). La coordinación socio-sanitaria: una exigencia ineludible. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30, 3, 131-135.
- Martin, M., Salvadó, I., Nadal, S., Carlos, L., Rico, J.M., Lanz, P. y Taussig, M.I. (1996). Adaptación por nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Martínez Aguayo, C. (1995). Coordinación de servicios sociales y sanitarios. Un modelo de atención posible. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30, 3, 123-129.
- Mediano, C., Guillén, M., Aranda, E., Pérez, F. y Peiró, S. (1995). Como en casa en ningún sitio. Satisfacción de los pacientes hospitalizados a domicilio. *Revista de Calidad Asistencial*, 1, 13-18.
- Medina Tornero, M.E. (1996). La evaluación, garantía de calidad para los programas de intervención social. *Simpósio de Evaluación en la Intervención Socioeducativa*. Fundación
- Pere Tarrés, Barcelona, Universitat Ramon Llull. (*Educación Social*, 5, 46-69.)
- Medina Tornero, M.E. (1997). Evaluation of the quality of assistance in social services. *Psychology in Spain*, 1,1, 119-131.
- Medina Tornero, M.E. (1998). *Evaluación de la calidad asistencial del Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Murcia* (1996-1997). Tesis Doctoral, Universidad de Murcia.
- Mengani, M. (1995). La Quantificazione della disabilitá nella popolazioni anziana. *Assistenza Sociale*, 5, Sep/Oct, 437-442.
- Mestre, V. y Pérez Delgado, E. (1996). Familia y tercera edad. *Familia*, 13, 129-135.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1994). Subdirección General de Planificación Sanitaria. Ordenación de Servicios par la atención sanitaria de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 29,2, 41-56.
- Montorio, I., Díaz, P. e Izal, M. (1995). Programas y servicios de apoyo a familias de cuidadores de ancianos dependientes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30, 3, 157-168.
- Montoro, J., Kosloski, K., Sastre, V. Y Colmenero, E. (1996). Los cuidadores familiares y el uso de servicios asistenciales. *Revista de Gerontología*, 6, 174-180.
- Navarro, S. (1991). Una propuesta metodológica. El diseño e implementación de planes de trabajo en el SAD con familias, desde la perspectiva sistémica. *Revista de Trabajo Social*, 120-137.
- ONU (1993). Las personas mayores en la familia: facetas de la potenciación. *Ocasional Papers Series*, 4. Viena: ONU.
- Paillat, P. (1995). Invariable y perturbador, el envejecimiento demográfico lanza un desafío a los poderes públicos. *Reis*, 70, 25-37.
- Palau, N. (1966). L'atenció domiciliaria adreçada a la gent gran: cap a la reformulació de programes. *Quaderns de Serveis Socials*, 11, 34-40.
- Peek, C.W., Coward, R. y Zsembik, B.A. (1997). The influence of community context on the preferences of older adults for entering a nursing home. *Gerontologist*, 37, 4, 533- 542.
- Pérez, J.M., Abanto, J. y Labarta, J. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Atención Primaria*, 18, 4, 194-202.
- Pérez del Molino, J., Jiménez, C. y de Paz, A. (1993). Familiares de enfermos con demencia: un paciente más. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 28, 3, 183-188.
- Pérez Ortiz, L. (1997). El debate sobre el envejecimiento de la población y los gastos sociales. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 5, 69-98.
- Pérez, M. y Palau, N. (1995). Programas y servicios comunitarios de atención: Viabilidad del lema " envejecer en casa". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30, 3, 153-156.
- Plana, J. (1996). La dimensió local de les polítiques de suport a l'envelliment. *Quaderns de Serveis Socials*, 11, 40-45.
- Reher, D.S. (1997). Vejez y envejecimiento en perspectiva histórica: retos de un campo en auge. *Política y Sociedad*, 26, 63-71.
- Ribera, D., Reig, A., Majos, A., Gomis, B., Bernal, R.P., Delgado, E., Ferrer, R., Caruana, A. y Carrillo, M. (1995). Condiciones sociales, de salud y competencia funcional de los ancianos muy viejos: un modelo socio-sanitario de atención domiciliaria. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30, 2, 85-94.
- Rodríguez Rodríguez, P. (1995 a). El apoyo informal en la atención a las personas mayores. En Baura, J.C. Rubio, R., Rodríguez, P., Saez, N. y Muñoz, J.: *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*. Jaén: Universidad Internacional de Andalucía "Antonio Machado".
- Rodríguez Rodríguez, P. (1995b). Cuidados en la vejez. La necesaria convergencia entre los recursos formales y el apoyo informal. En *Jornadas por una vejez activa*. (Informe técnico 1). Madrid: Fundación Caja Madrid.
- Rodríguez Rodríguez, P. (1996). Analisis de la calidad de los servicios de teleasistencia en España: un estudio del INSERSO. En *Jornadas Internacionales : Teleasistencia y Nuevas Tecnologías*. (Documento fotocopiado).
- Rodríguez, P. y Sancho, M.T. (1996). Vejez y familia: una contribución desconocida. *Sesenta y más*, 131, 16-21.
- Rodríguez, P. y Sancho, M.T. (1995). Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30, 3, 141-152.
- Rodríguez, P. y Sancho, M.T. (1996). Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. *Sesenta y Más*, 135-136, 16-21.
- Rodríguez, P. y Valdivieso, C. (Coord.) (1997). *El Servicio de Ayuda a Domicilio*. Madrid: Editorail Médica Panamericana/Sociedad Española de Geriatria y Gerontología
- Ruipérez, Y. (1992). El domicilio del paciente geriátrico,

- punto de encuentro de la asistencia extra e intrahospitalaria. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 27, 4, 237-242.
- Sánchez, E., Artola, M. y Alaña, L. (1994). Encuesta de satisfacción de pacientes: Método de detección de problemas y priorización de acciones de mejora. En XII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*, 3, 151.
- Sánchez, M., Ortiz, A. y Pineda, A.I. (1994). Teléfono de atención al paciente: un aumento de la calidad asistencial. En IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria, pág. 130. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Sánchez Vera, P. (ed.) (1993). *Sociedad y población anciana*. Universidad de Murcia.
- Sancho Castiello, M.T. (1996). Evolución de las prioridades de atención a las personas mayores. Las situaciones de dependencia hoy. *Quaderns de Serveis Socials*, 11, 13-17.
- Segura, J.M., Bastida, N., Martí, N. Y Riba, M. (1998). Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. *Atención Primaria*, 21, 7, 431-436.
- Smith, A. (1995). Programming for family care of erlderly dependents: mandates, incentives, and service rationing. *Social Work*, 40, 3, 315-322.
- Thouez, J. P. et al. (1994). L'aide a domicile aux personnes âgées dépendantes de la région de Montreal: Analyse secondaires de l'enquete ESLA. *Canadian Journal on Aging*, 13, 2, 187-200.
- Torres Gómez, B. (1996). *Principales razones y consecuencias del burnout en los profesionales de los servicios de bienestar social de la CAV: posibles vías de solución*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Valderrama, E., Ruiz, D., de Fátima, J., García, C., García, P.A. y Pérez, J. (1997). El cuidador principal del anciano dependiente. *Revista de Gerontología*, 7, 229- 233.
- Villaverde, C., Castellón, A., Oltras, C.M., Cabezas, J.L., Cruz, F. y Rubio, R. (1998). Opinión de nuestros mayores sobre la asistencia sanitaria que reciben. *Geriatría*, 14, 5, 245-250.
- Vizcaino Martí, J. (1997). Aproximación cuantitativa a los usuarios potenciales de los programas de atención social al anciano. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 32, 4, 225- 235.