

# Atención domiciliaria para mayores inmovilizados

[realizada desde los Centros de Salud del Campo de Gibraltar]

M<sup>a</sup> Encarnación Sánchez Olmedo

© Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz  
Encarnación Sánchez Olmedo

Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz  
C/ Doctor Marañón, 3. 11002 Cádiz  
[www.uca.es/serv/publicaciones](http://www.uca.es/serv/publicaciones)

ISBN: 84-96274-46-2  
Depósito Legal: CA-132/04

Diseño y producción editorial: Cadigrafía  
[www.cadigrafia.com](http://www.cadigrafia.com)

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a las personas de la EASP que me han ayudado durante este trabajo sobre todo a M<sup>a</sup> Mar, Olga, Don Manuel, Pepe Martínez... personal de la biblioteca, de administración etc...

A los compañeros que han compartido esta experiencia sobre todo a las incansables Cecilia, Maria, Montse y otros que de vez en cuando me han dado aliento.

Estoy agradecida a mis tutores Elena Gonzalo por su ayuda en la distancia y Ángel Fernández mucho más cerca que me ha guiado durante todo el proceso aportando su experiencia, conocimientos y paciencia sin límites.

También quiero hacer llegar mi más sincero agradecimiento a los profesionales de los centros de salud que han participado y sobre todo a las personas entrevistadas que me han permitido entrar en sus casas y me han facilitado toda la información sin la menor desconfianza.

**“y a todas esas voces de sabiduría que me han susurrado a lo largo del camino”**

***Dhyani Ywahoo***

## ÍNDICE

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Introducción.....</b>       | <b>Pág. 3</b>  |
| <b>Objetivos .....</b>         | <b>Pág. 7</b>  |
| <b>Material y Método .....</b> | <b>Pág. 8</b>  |
| <b>Resultados .....</b>        | <b>Pág. 11</b> |
| <b>Discusión .....</b>         | <b>Pág. 25</b> |
| <b>Conclusiones .....</b>      | <b>Pág. 29</b> |
| <b>Recomendaciones .....</b>   | <b>Pág. 30</b> |
| <b>Bibliografía .....</b>      | <b>Pág. 31</b> |

## ANEXOS

## Introducción

No nos hacemos mejores o peores al envejecer, sino que somos más nosotros mismos.

***M.Lamberton Becker***

Las sociedades Europeas desarrolladas envejecen de forma acelerada. Este fenómeno que se venía registrando durante la última década en los países del Norte de Europa se hace cada vez más presente en nuestra sociedad (1).

En España ha aumentado la esperanza de vida al nacer, siendo progresivo el incremento demográfico de los ciudadanos mayores de 65 años en la actualidad son el 14% de la población (2).

En Andalucía, se ha producido un crecimiento en términos absolutos y relativos de las personas mayores de 65 años que se sitúa alrededor de 13,01%, según datos del padrón del año 1996, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad (3).

El grupo de población de mayor crecimiento es el de los ancianos frágiles de más 80 años muy vulnerables y con problemas de salud muy complejos (4).

Los condicionantes de la vida de la sociedad en que vivimos hacen difícil que el entorno familiar preste los cuidados que estas personas necesitan.

La reducción del tamaño de los núcleos familiares, la disminución de población de 15 a 65 años y la progresiva integración de la mujer al mercado laboral, van a reducir el apoyo que la familia puede ofrecer al cuidado de la salud. Esta crisis de sistema de apoyo informal obliga a efectuar nuevos planteamientos en la atención a estas personas.

La población de más de 65 años en Andalucía presenta algún tipo de discapacidad funcional para las actividades de la vida diaria (AVD) se acerca al 62,7% y que aumenta en el grupo de mayores de 80 años hasta el 81,6 %. Entre las causas que la producen la física ocupa el 58, 2%, otros problemas frecuentes son el déficit de visión y de audición (3).

Este grupo de población denominada “cuarta edad” tiene especial relevancia, para valorar las necesidades progresivas de servicios sociosanitarios tanto en el domicilio como en la institución.

Las previsiones de una mayor demanda de servicios sanitarios y sociales y el aumento de la necesidad de cuidados se han visto confirmadas y aumentadas sobre todo en mayores inmovilizadas (5) (10).

En esta población se encuentran las personas que más pueden necesitar atención socio-sanitaria y las que más dificultades pueden tener para desplazarse a un Centro de Salud.

Esta realidad conlleva la necesidad de dar respuesta eficiente a los problemas de accesibilidad, atención y cuidados globales y continuados de esta población y es donde adquiere gran importancia la atención domiciliaria (A.D.).

La A.D. se encuentra entre las funciones básicas del Equipo de Atención Primaria (EAP) y con una progresiva importancia ante los cambios socio-demográficos mencionados anteriormente.

La A.D. a pacientes incapacitados responde al derecho de igualdad en el acceso a la atención sanitaria (6).

La A.D. pretende garantizar una atención socio-sanitaria a la población que por sus limitaciones funcionales no pueden desplazarse al C. De Salud. Esta atención debería ser programada previamente por un equipo formado por diferentes profesionales, médicos, enfermeros y Trabajador Social y con capacidad para dar una atención no sólo curativa sino promoción de Salud y de educación sanitaria a la persona y familia frente al modelo clásico que presta una atención sanitaria puntual y a demanda (4) (19).

Las visitas domiciliarias conjuntas del médico y enfermero favorecen la unificación de criterios y mejoran la relación entre ambos profesionales. El inconveniente estriba en el tiempo que consume (7).

La labor de seguimiento del anciano frágil en la visita domiciliaria evita o retrasa la institucionalización disminuyen la morbilidad, el nº de ingresos hospitalarios y el gasto sanitario, en España tenemos suficientes experiencias de su efectividad lo único que se precisa es aumentar la cobertura (8).

En los equipos de A.P se produce el 95% de la asistencia a los mayores inmovilizados. Por tanto los equipos de A.P deben elaborar planes de atención, dedicando el 40% del tiempo laboral a esa tarea (2).

En relación con la provisión de servicios sociales se estima que alrededor del 10 % de los ancianos pueden y deben ser subsidiarios de programa de asistencia social y la atención pública sólo cubre el 2% (2).

La cobertura de los programas sanitarios públicos de atención a domicilio es inferior al 1% de la población mayor y la oferta pública de instituciones es también muy escasa (8).

El desarrollo de un sistema de servicios socio-sanitarios coordinado constituye un objetivo primordial en la mayoría de los países de nuestro entorno y también en el nuestro (9).

Ante la limitación de oferta de servicios de atención sociosanitaria, la familia asume la práctica totalidad de los cuidados de los mayores dependientes.

En Andalucía la atención sociosanitaria en domicilio ocupa un lugar destacado para los agentes políticos y gestores que pretenden potenciar la cobertura y calidad del servicio (3) (10).

Es necesario desarrollar un servicio en domicilio para ancianos inmovilizados con utilización más eficiente de recursos y aumento de calidad para conseguir un mejor nivel de salud y bienestar de nuestros mayores.

Sin embargo la atención en domicilio se presta en la mayoría de las situaciones sin continuidad de servicios y con escaso desarrollo de los cuidados comunitarios para ancianos, dos de las grandes preocupaciones del sistema sanitario español (10).

En Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.). Desde el año 1990 incorpora como objetivo preferente en el Contrato-Programa potenciar la A.D., incrementar su cobertura en los procesos incapacitantes con protocolos de actuación unificados y con una atención continuada entre el nivel primario y especializado (11).

En el sistema de registro de A.P (SIGAP) desde 1999 se recoge como indicador la asistencia a inmovilizados como la que se presta en domicilio por un tiempo previsiblemente superior a dos meses en los casos de pacientes que se ven obligados a pasar la mayor parte de su tiempo en cama y que sólo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas. Y en los casos de pacientes con una dificultad importante para desplazarse, que le impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales (12).

La estimación del número de pacientes inmovilizados que necesitan A.D., se calcula como un 15 % de la población de 65 años y más (Prevalencia teórica). En el Distrito Algeciras- La Linea la población estimada es de 3372 mayores inmovilizadas en domicilio que se deberían captar para el programa de A.D. (12).

En este contexto hay un gran interés por aumentar la provisión y calidad de servicios en domicilio para personas mayores, si tenemos en cuenta que cualquier modificación es difícil por la complejidad de los factores que intervienen es conveniente un análisis previo de la A.D..

El motivo de trabajar sobre la atención en domicilio a personas mayores inmovilizadas se justifica fundamentalmente porque una atención completa y de calidad se relaciona de forma directa con una disminución en las complicaciones asociadas a la inmovilidad, con el número de ingresos en Hospitales y Residencias (13) y probablemente también con una mejora en la calidad de vida del usuario y familia (7).

El propósito de este estudio es identificar en dos de los modelos de atención Primaria a domicilio, la programada por el profesional (Visita) y la atención a demanda (aviso), los aspectos que afectan su funcionamiento desde la doble vertiente de opinión de usuarios del programa y de los profesionales implicados en los C. de salud del campo de Gibraltar.

Se parte del modelo de A.D. programada, prestada por el equipo de salud de A.P. con el soporte del hospital y con conexión funcional con los servicios sociales. Es una A.D. basada en cuidados preventivos, curativos y rehabilitadores de forma integral para mantener al anciano en su propio domicilio el mayor tiempo posible. La atención al anciano inmovilizado debe incluir además al cuidador familiar.

El trabajo se ha desarrollado en el Distrito Algeciras-La Línea para conocer las características de la población incluida en el programa de A.D. y la valoración del equipo, para detectar problemas y posibilidades de intervención.

A la vez pretende reflexionar sobre los resultados y elaborar propuestas de acción encaminadas a la mejora de A.D. que se ofrece en nuestros Centros de Salud.



## Objetivos

- ◆ Describir las características, de las personas mayores que en la actualidad están incluidas en el programa de atención a domicilio.
- ◆ Analizar la opinión de los “usuarios” mayores consultados sobre la provisión de servicios socio-sanitario recibido en el domicilio.
- ◆ Identificar los factores, que en opinión de los profesionales consultados afectan el funcionamiento de los servicios a domicilio para personas mayores

## Material y Método

Este trabajo se ha realizado durante los meses de Julio y agosto de 1999, se trata de un estudio descriptivo en el que se ha optado por el uso conjunto de técnicas cuantitativas y cualitativas como medio de recoger la información desde diferentes aspectos y como manera de dar una respuesta adecuada a cada objetivo planteado.

El ámbito del estudio es el Campo de Gibraltar (Cádiz), la población son los mayores de 65 años (anexo 1.1) y los profesionales que pertenecen a A. Primaria del Campo de Gibraltar.

La muestra de estudio ha estado constituida, por los 38 profesionales consultados (médicos, enfermeros y Trabajadores sociales) de los centros de salud y por las 19 personas mayores entrevistadas que pertenecen a estos centros.

Para el estudio cuantitativo se han recogido 385 casos de los registros de Centros de Salud.

Para describir las características de las personas mayores que estaban incluidas en A.D., primer objetivo del trabajo, se ha realizado un estudio descriptivo con el programa SPSS 8.0 (Anexo 1.2).

Para obtener los datos de A.D. se hizo una hoja de registro que recogía las variables siguientes:

Motivo de inclusión en el programa, fecha de nacimiento, número de visitas médico /enfermero en el último mes, número de visitas médico / enfermero en los 3 últimos meses, disponibilidad de ayuda para las actividades de la vida diaria (AVD), cuidador familiar, quien le presta la ayuda (Pública, propia o voluntario).

El tiempo estudiado ha sido desde la inclusión en el programa de cada caso hasta el 31 de Agosto 1999.

Para el segundo objetivo se seleccionó para las entrevistas a las personas que tenían el siguiente criterio de inclusión, ser adulto mayor inmovilizado como lo define el contrato programa del año 1999: "Pacientes que se ven obligado a pasar la mayor parte de su tiempo en cama y que solo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas" "Pacientes con una dificultad importante para desplazarse, que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales" con adecuado nivel de conciencia y estar incluido en el programa de atención en domicilio de enfermería (12).

El perfil de los usuarios se seleccionó de un listado de 230 personas entregado por los profesionales de enfermería de 3 Centros (Algeciras-Norte, Los Barrios y San Roque) con los perfiles buscados (anexo 2.1).

Perfil 1: Usuarios que viven solos con ayuda Pública y Privada.

Perfil 2: Usuarios con cuidador familiar.

La selección de las variables de segmentación estuvo determinada por la consulta a los profesionales y a expertos. Se ha optado por las siguientes variables:

- Con cuidados de enfermería de alta (una o más veces por semana) y baja frecuencia;
- Hombre / Mujer.

Se realizaron 19 entrevistas hasta conseguir saturación de la información, las entrevistas semiestructuradas se realizaron en los domicilios, previo aviso por teléfono o por los profesionales, se dispuso de un guión de preguntas abiertas (Anexo 2.2) Y en todos los casos se grabaron. La información de los usuarios se ha ajustado a las dimensiones que el contexto requería.

En las entrevistas se recogieron las siguientes categorías de análisis: Necesidad percibida del servicio, accesibilidad, servicio personalizado, competencia, propuestas de mejoras.

Para obtener la opinión de los profesionales se han realizado 5 grupos focales.

El criterio de selección para los componentes del grupo fue tener al menos 6 meses de experiencia en los centros de salud y el criterio de segmentación utilizado ha sido la categoría profesional, se les ha convocado mediante carta personalizada explicándoles brevemente los objetivos del estudio pidiéndole colaboración e indicándole el lugar, día y hora de la reunión y posterior confirmación por teléfono (Anexo 2.3).

Cada grupo estaba formado por profesionales de diferentes Centros, dos grupos focales de médico, dos grupos focales de enfermeros, 1 grupo de trabajadores sociales. Esto nos ha permitido analizar e interpretar diferentes perspectivas sobre la atención en domicilio.

Las reuniones se realizaron en 3 centros de Salud: En La línea (La Velada) y en Algeciras (Sur y Norte). El número de grupos focales lo ha determinado la saturación de la información.

Los grupos se han dirigido mediante un guión de preguntas abiertas donde estaban recogidas las dimensiones del estudio. Las preguntas fueron las mismas para los tres tipos de profesionales, (Anexo 2.4).

Para los grupos se utilizó las siguientes categorías de variables:

Concepto de atención en domicilio, percepción sobre la necesidad del servicio, estructura y funcionamiento, calidad, actitud hacia la atención en domicilio y propuestas de mejoras.

El desarrollo de los grupos se realizó de la siguiente forma:

- Recepción y presentación a los participantes.
- Exposición del tema de estudio y de los objetivos relacionados con el grupo.
- Explicación de las normas básicas para el grupo.

Con autorización previa se han grabado cada una de las reuniones.

Toda la información recogida tanto en los grupos como en las entrevistas semiestructuradas en grabaciones ha sido transcrita literalmente (anexo 3).

Etapa de análisis de la información:

- Transcripción literal de las grabaciones (Grupos y entrevistas).
- Lectura previa de los textos completos para extraer una idea global.
- Identificación y codificación de las categorías de análisis a partir de los objetivos y dimensiones definidas en el estudio.
- Posteriormente se agruparon y recodificaron los contenidos de los 5 grupos (Anexo 4).
- Se añadieron las siguientes categorías que no estaban previstas: Registros, coordinación con el hospital, Problemática social, familia y cuidador principal.
- Organización de la información en las distintas categorías de análisis.
- Resultados generales obtenidos.

Durante todo el proceso se ha hecho frecuentes referencias a auxiliares de hogar. Con el fin de obtener mayor comprensión de la situación se entrevistaron como personas claves a dos auxiliares de hogar de la zona de Algeciras mediante un guión adaptado (Anexo 2.5).

Se ha triangulado los resultados con un médico, un enfermero y un trabajador social para valorar la coherencia de los mismos.

## Resultados

Para el resultado del **primer objetivo** el número de casos recogido es de 385 personas incluidas en el programa de A.D. para inmovilizados.

- Cada variable tiene un número de casos perdidos (Anexo 1.2).
- Del total de casos recogidos (385) son hombres el 30,4% y mujeres el 69,6 %.
- La edad de los usuarios en años cumplidos es una media de 81,68 (Ds 7,33).
- En relación con el motivo de inclusión en el programa el 68,4 % es por incapacidad física, el 11,8% por ACV, el 6,6% por problemas cardio-respiratorios, 4,5% por otras demencias, 2,6% por incapacidad psíquica, 2,6% por incapacidad física y psíquica, 2,4% por enf. Alzheimer, 1,1% por otras causas neurológica.
- Para la modalidad de la visita el 90,5 % es programada, el 6,7% comparten programada y a demanda, y el 2,8 % sólo visitas a demanda.
- Para el modelo de convivencia el 92,1 % vive acompañado y solo /a el 7,9 %.
- Para la disponibilidad de ayuda para las actividades de la vida diaria (AVD) el 97,2 % si disponen y 2,8 % no disponen.
- En cuanto al cuidador familiar: la hija es el cuidador más frecuente 36,3 %, cuidados por la esposa un 19%, esposo un 9,5 %, hijo e hijas un 8,6 %, hermanos/as 3,2 %, madre un 3 %, en residencia privada sin cuidados de enfermería un 3,2 % y no disponen de ayuda un 6,3 %.
- Para el tipo de ayuda a domicilio un 84,1% no recibe ayuda y utiliza medios propios, un 12,5 % con ayuda pública con privada y voluntariado un 1,7% cada uno.
- Para el número de visitas médico / enfermería en el último mes se ha analizado en conjunto por la dificultad para separar los datos entregados, tenemos una media de visitas de 4,93 (Ds 6,7) y en los últimos 3 meses la media es de 14,61 (Ds 20,77).
- Para los meses de inclusión en el programa desde que se incorporó cada persona al programa hasta el 31 de agosto de este año la duración media es de 26,47 (Ds de 23,27).

- Por tanto podemos definir el perfil del usuario tipo de nuestro programa como: mujer de 82 años incluida en el programa por incapacidad física con visitas programada del centro de salud unas 5 veces al mes entre el médico y el enfermero, que lleva en el programa sobre 2 años, vive acompañada y dispone de ayuda para AVD, el cuidador principal es su hija y no recibe ayuda ajena, ni pública ni privada.

Los resultados para el **segundo objetivo** se han obtenido de 19 entrevistas a ancianos inmovilizados y de la opinión aportada en cada categoría de las variables de interés en este estudio.

- **Necesidad percibida del servicio.**

Los usuarios entrevistados presentan diferentes grados de inmovilidad que oscila desde la limitación para desplazarse de la cama al sillón hasta para desplazarse por la casa y sólo salen a la calle por algún motivo excepcional normalmente relacionado con la salud.

En todos los usuarios que se han entrevistados la inmovilidad y dificultad para desplazarse es el motivo básico que genera la necesidad de prestación de servicios en domicilio.

*"..Me levantan entre dos mi Tere y una muchacha que tengo.. Y me echa una mano" E-4*

*"Ando por la casa con el andador y poco a poco "E-7*

- **Accesibilidad al servicio.**

Con relación a las citas por teléfono solo algunos manifiestan problemas (E-3, E-4 ,E-5, E-16) el resto o llaman para coger citas o va directamente el familiar.

*"Por teléfono ayer fue imposible" E-16*

**Médicos:** Gran parte de los entrevistados opinan que el médico va al domicilio sólo cuando se le llama y en general el médico de urgencias y sólo algunos manifiestan que le visita su médico por iniciativa propia y con escasa frecuencia (E-4, E-8, E-11, E-15, E-16, E-19).

Algunos usuarios explican que cuando están enfermos la familia los lleva al centro de salud a visitar a su médico.

*"(el médico viene) hombre cuando lo llamamos y puede venir (sin llamarlo) nunca, no" E-3*

*"Algunas veces viene también el médico de tarde en tarde no es que venga como el enfermero pero viene" E-4*

*"Cuando él tiene consulta de médico nosotros lo llevamos en coche.." E-6*

**Enfermeros:** Sobre las visitas de enfermería opinan la mayoría de los usuarios que acuden al domicilio sin llamarlos sólo un entrevistado opina que va solo de urgencias (E-9) (tiene un enfermero privado contratado en domicilio).

*"El enfermero viene sin llamarlo y el médico cuando lo llama" E-4*

*“Todos los días viene una enfermera a verme. Son muy amables para mí.” E-11*

**Trabajador social:** Es muy poco conocido entre los usuarios la figura del T. Social, solo una persona manifiesta que la visita de vez en cuando (E-2) (por este motivo no se incluirá en los demás resultados)

- **Servicio personalizado**

**Médicos:** La información recogida de la mayoría de los consultados es que el trato es correcto y agradable que le explican algunas cosas y las entienden, salvo algunos entrevistados que manifiestan no tener apenas contacto con su médico (E-3, E-5, E-10) y en un caso (E-14) que se ha cambiado de médico hace poco y refiere un trato inadecuado y exigente del médico anterior.

*“Es muy simpático el hombre y él me mira a mí como si mirara algo suyo” E-8*

**Enfermería:** Sobre el servicio recibido todos los entrevistados están de acuerdo en que es un trato agradable, que le explican las cosas, hablan con ellos y están contentos, salvo uno que dispone de enfermero privado (E- 9).

*“Me tratan muy bien.. Me demuestran cariño cada uno con su genio” E-16*

- **Competencia**

**Médico:** En este apartado las respuestas de los usuarios son escasas, ven al médico sobre todo cuando se les presenta algún problema urgente, muchas veces es el familiar el que va a la consulta para explicar el problema o recoger las medicinas y a veces acuden al especialista o al médico privado, algunos entienden que es normal que vaya poco a su domicilio y uno opina que el médico debe mandar al enfermero no ir él (E-10). La mayoría relaciona la competencia con el trato que recibe o no se cuestionan la competencia.

*“Ella dice que va a hacer que mis piernas no tienen solución..” E-5*

*“Me trata bien.. me dio una trombosis y sobre eso me va él tratando” E-15*

*“Ella tiene un tratamiento porque la lleva un internista privado..” E-13.*

**Enfermería:** En general las personas entrevistadas se sienten bien atendidos también en este caso relacionan la competencia en gran parte con el trato y las veces que van al domicilio solo algunos comentan que los cuidados de enfermería sobre todo las curas están bien hechas.

*“Viene a tomarme la tensión..pero ya no viene... dice que si ando aquí.. que vaya” E-5*

*“Ella (enfermera) se esta tomando mucho interés hasta que la tenga bien” E-3*

- **Propuestas de mejoras para la A.D.:**

Entre las personas consultadas manifiestan que ciertas prestaciones y servicios podrían mejorar su situación

1. Más visitas del médico en el domicilio (E-1, E-2, E-9, E12).  
*"Lo que necesito es que mi médico viniera a ver como estaba.." E-2*
2. Una persona para darle compañía y comunicación (E-1, E-9).  
*"Si viniera una persona por ejemplo a dar un paseito..que venga a charlar un ratito"  
E-1*  
*"Creo que por la tarde..me vendría bien un rato de compañía" E-9.. "La soledad es muy triste.." E-2*
3. Algunos manifiestan que les parece tarde la cita con el especialista (E-6, E-2).  
*"Voy a necesitar la cita del oculista antes de tiempo.."E-2*
4. También expresan que necesitan algunas ayudas técnicas:  
*"Le he dicho que cuando me lo va a traer (Tele alarma).. me lo van a traer cuando me muera." E.2*
5. Los que tienen ayuda pagada por la familia manifiestan que es un esfuerzo económico y que les gustaría alguna ayuda pública.  
*.."la pago yo y cuando no puedo mi familia (ayuda privada)" E-4*  
*.."por la mañana viene una muchacha que la pago yo,... Yo no tengo nada más que una jubilación"E-9.*
6. Las barreras arquitectónicas de las casas sobre todo de los cuartos de baños se han adaptado con los recursos de la familia a veces les supone un esfuerzo económico y otras no pueden llegar a realizarlas.  
*"Tengo adaptado el cuarto de baño se lo hemos preparado.."E-13*
7. Los usuarios que viven sólo con ayuda de Hogar (Pública) para las actividades de la vida diaria están muy satisfechos, pero el tiempo de dedicación les parece escaso (E-1, E-2).  
*"Que una hora no es nada.. Yo comprendo que hay muchas criaturitas que lo necesitan también."E.2*
8. Cuando la ayuda de hogar es para apoyar al familiar también la consideran muy útil.  
*".. viene una muchacha ayudarme..una asistente social viene un momento el tiempo de levantarla de la cama que hay que cogerla en peso y sentarla en la silla.. Ponerla en el cuarto de baño y cambiarla.. Solo ese momento nada más"E-1.*

Los resultados obtenidos para el **tercer objetivo** mediante los 5 grupos focales, identifican los factores que en opinión de los profesionales consultados afectan al funcionamiento de los



servicios a domicilio para personas mayores y se han clasificado según las categorías de las variables estudiada.

- **Concepto de la atención en domicilio:**

La mayoría de los profesionales la definen como la atención sanitaria que se presta a las personas que por incapacidad no pueden acudir al centro. Entre los contenidos se resalta la educación sanitaria para el paciente y familia.

*“Cubrir las necesidades de los pacientes que por su incapacidad no pueden acudir al centro (G.F.4) “le damos al cuidador principal educación sanitaria..encaminada al paciente”F 5).*

Un grupo considera que el aviso es el medio principal para la captación al programa de A.D. sobre todo por enfermería y algunos que es un servicio caro y poco apropiado para llevarlo a cabo desde los C de salud.

*“La captación es sobre todo por enfermería.. Cuando se hacen los avisos a domicilio se captan para el programa “GF.1*

*“Es un servicio caro, consume un tiempo.. con las prestaciones que tenemos se escapa de nuestro ámbito no está presupuestado” G.F 3*

Algunos de los profesionales coinciden que A.D. debería abarcar la urgencia, la educación sanitaria, el apoyo al cuidador y en realidad lo que se hace casi siempre es atención sanitaria puntual.

*“La A.D. cubre varios aspectos cubre urgencias, apoyo al cuidador.. Hoy en día el único que se cubre a duras penas es el de las urgencias GF3.*

- **Percepción sobre la necesidad del servicio**

Los profesionales perciben que la A.D. es un servicio prioritario pero en la realidad de los centros se encuentra supeditada a la presión de la demanda y de la urgencia.

*“Si percibimos la necesidad..esta supeditado a la urgencia y a la demanda”GF.1*

Los profesionales reconocen que una persona queda incluida en A.D. cuando entra en contacto con el centro de alguna manera pero si no se produce el contacto puede no estar incluida. Creen que el servicio se presta a quien más lo demanda no a quien más lo necesita.

*“Lo triste.. Es que la familia desconoce la A.D.” GF.2“..pero si no se produce ese contacto puede no estar incluido.. “GF.1*

*“Tenemos conciencia de las que demandan no de los que existen... estamos hablando de una prestación del que demanda no del que lo necesita” GF 3.*

Los profesionales señalan que la A.D. aborda más problemática familiar y social que sanitaria cuando el cuidador se siente sobrecargado se acude para apoyarlo. Muchas veces para relajar a la familia se indica controles de tensión o cualquier control domiciliario. Toda esta atención creen que escapa de las funciones del EAP y debe ser labor de otros servicios sociales.

*“.. Estamos sustituyendo una labor que debería ser de ayuda social. GF.2*

*“Estamos sustituyendo a las señoras de caritas..Vamos porque el cuidador se siente agobiado le damos un poquito de animo “. GF.2*

*“A veces mandamos A.D. para relajar a la familia..” GF2*

Reconocen los profesionales que el motivo de la A.D. a veces es la soledad y que para ello debería haber algún sistema de apoyo en los servicios sociales.

*“El problema muchas veces es la soledad y servicios sociales tiene ahí la carga máxima y nosotros solucionar puntualmente el problema médico..GF.3*

Señalan casi todos los profesionales la labor destacada de enfermería en A.D., que suele ser el que detecta algún cambio en el paciente y demanda atención médica o un problema social y normalmente es el que hace el control de la evolución de las personas en el programa.

*“Quizás los cuidados de enfermería son el primer detector de que ahí falla algo..GF. 2. “cuando el enfermero dice tienes que ir a ver a fulanito es cuando de verdad tienes que ir verlo nos sirve en el 99% de las veces”GF.2 La atención domiciliaria de enfermería a mí me sirve mucho porque a través de ellos tu vas viendo la evolución del enfermo a lo largo del tiempo GF.2*

*En pacientes incapacitados la demanda social es puntual y la mayor demanda es de enfermería que va haciendo el seguimiento y va informando al médico de la evolución...y a los trabajadores sociales si necesita alguna prestación tanto para el enfermo como para el cuidador GF.1*

- **Estructura y funcionamiento**

Los profesionales en general opinan que el trabajo en equipo no es normalmente coordinado que cada centro se organiza a su manera, se coordina en función de las personas que lo componen y la dinámica que se establezca entre ellos, las relaciones entre diferentes centros o con el Distrito son puntuales.

*“El trabajo en equipo es descoordinado porque coincidir un médico, un enfermero y un trabajador social para hacer un plan de actuación es difícil “GF1 “Cada centro de salud está organizado a su manera”GF.1*

Se considera necesario definir los criterios para incluir en A.D.. a las personas que más lo necesitan y en el momento adecuado, como hacer el seguimiento y como actuar ante una demanda para mantener unos criterios unificados en el equipo y no cambiar el plan pautado.

*“en que momento nos vamos a plantear cuando es subsidiaria de atención domiciliaria.” GF.2 “y sería muy fácil acordar..en A.D. salvo que sea un problema que haya que resolver urgentemente no modificar las pautas que están establecidas (VII) GF. 2*

*“sería deseable y a lo mejor es costosa habría que estructurarla..para la población que más lo necesita” GF.3.*

Los profesionales reconocen dos modelos de atención por un lado una A.D. más o menos regulada con criterios unificados más defendido por enfermería y otro modelo apoyado por algunos médicos donde se considera que en este grupo de población se debe atender las demandas sanitarias la mayor parte como aviso domiciliario.

*“En la A.D., por una parte un grupo donde parece que está previsto lo que se va a hacer..incluidos los enfermeros, médicos..que van a seguir los mismos criterios y por otra parte está la atención que es la presión asistencial de la consulta al domicilio.”GF.2.*

*“Enfermería va a demanda o a través de crónicos y va una vez al mes o así, tiene su protocolo, sus registros en su historia pero en los médicos..tiene que esperar que haya fiebre..no se programa”III :GF.4.*

*“..no es un trabajo que hagamos en común no lo llevamos en equipo “..GF.5*

- **Registros**

Gran parte de los profesionales consideran que los registros no están unificados, son inadecuados a la realidad y complicados

*“Los registros cada uno registra de forma diferente.” GF.1*

*“Pero digamos ir hoy y anotar en la historia no (V) si hay algún cambio.. si (III)”GF.2*

*“Porque tampoco están los modelos adecuados y..son complicados..”GF.5*

Muchos enfermeros señalan que es necesaria una metodología de trabajo donde se programe todo el proceso pero se da una discrepancia entre el interés por una metodología y la dificultad en el manejo esto hace que sea difícil ponerla en practica en los centros.

*“No se trabaja con metodología (III) GF.4 “con objetivos con un trabajo más científico.... Nos va a resultar difícil evaluarlo y encontrar límites” (I) GF.5*

Los profesionales opinan que el Distrito desconoce la realidad de los centros que solo tienen interés en recoger números y que no ponen medios para mejorar los registros las relaciones entre el Distrito y los profesionales se reducen por lo general algunas reuniones y escritos.

*“Si entre nosotros no existe la coordinación cuanto más entre otros centros y con el distrito “GF3*

*“Planificamos para recoger números porque es lo único que le interesa al Distrito.” GF.5..“*

- **Coordinación en A.D. con el hospital**

Los profesionales comparten la idea que es necesaria una coordinación con el hospital para que funcione el programa de A.D. pues no es posible hacerlo solo desde el nivel primario de Salud.

*“Para A.D. en AP hace falta una coordinación con el hospital absoluta..”(III) (3).*

Otro problema de coordinación con el Hospital donde la mayoría de los enfermeros coinciden es que las altas de enfermería llegan en contadas ocasiones y con mínima calidad. Además no se inicia y a veces hasta se obstaculiza la educación sanitaria del paciente y familia durante la estancia en el hospital.

*“.. pero educado no vienen ni el enfermo ni el familiar (VII) / GF.4 “las altas de enfermería llegan a veces (varios) pero la calidad es mínima. (I) GF5*

*“Los familiares, dicen yo no sé porque me han echado de la habitación,..no se porque tiene vendados los pies..”GF5*

Los médicos coinciden que el especialista casi nunca asume al paciente en domicilio pues no es habitual que vaya a visitarle en su domicilio y solo lo siguen a través del médico de cabecera o del familiar que le explica como va el proceso.

*“Pero los especialistas no quieren saber nada de un paciente domiciliario..lo ignoran... si el enfermo no puede salir es la cuidadora la que le dice como puede ser la pupa que tiene su familiar.”(IV) GF.2. y la desconexión que tenemos 2(I)GF.2*

- **Problemática Social**

Los profesionales comparten la idea que la problemática social de los ancianos es la más compleja con escasos medios para resolver las necesidades y es mal asumida por los profesionales sanitarios porque tiene muchas repercusiones sobre los cuidados y la salud del anciano.

*“A nivel de servicios sociales..Van dos horas o dos horas y media. El resto del día está.. totalmente desasistido” (IV)/ GF.4*

*“Sobre todo en recursos sociales no sabemos o no podemos resolver muchos de los problemas que nos encontramos (I)” / GF.5*

Entre los profesionales valoran como causas no justificadas de demanda sanitaria los avisos por sobrecarga del anciano o del cuidador, por malas relaciones familiares como mecanismo de llamada de atención, por inhibición de la familia, por limitaciones para salir el anciano en la casa, o por problema para el desplazamiento hasta el centro de salud casi todas estas situaciones las consideran ajenas a los problemas de salud y que deben ser resuelta por otros servicios.

*“..El paciente demanda mucho más de lo que se le oferta y..empiezan los problemas.. Esa demanda a veces es por sobrecarga. “GF.1..“Por problemas de mala relaciones con la familia hace una patología que no tiene nada que ver es una llamada de atención” GF.1*

*“El cuidador un poco presionado por el resto de la familia decide que vale vamos a llamar al médico GF.2..La inhibición de la familia cercana genera A.D.”G.F 5.*

*“No salen de casa porque la estructura de la ciudad no les invita a salir “.. Son por limitaciones arquitectónicas, familiares y sociales”GF 4.*

Casi todos los grupos señalan la falta de recursos en el ámbito sanitario y sobre todo social, como colchones antiescaras, camas especiales....falta de apoyo al cuidador etc. que obligan a ingresar a muchos ancianos en residencias y en hospitales.

*“Ingresan muchos anciano en Residencia por falta de estos recursos y en los hospitales un montón”G.F1..“Tenemos unos recursos escasísimos a todos los niveles.” (IV) /5*

Para todos los profesionales consultados la falta de tiempo exclusivo para la A.D. programada es uno de los grandes inconvenientes que produce insatisfacción y la sensación “de hacer las visitas de los ancianos dejando de hacer otras cosas.”

*“..Te ves falto de tiempo tienes que ir contra reloj.. (I) G.F 5*

- **Familia y Cuidador principal**

Los profesionales identifican al cuidador principal como un elemento clave que necesita apoyo continuamente pero de forma especial en algunos momentos donde empieza a claudicar porque esta saturado.

En la mayoría de los casos se establece una buena relación con el cuidador principal que a veces es cliente otras es un recurso y otras un colaborador la mayoría de las veces es el cuidador el que evita que ingresen más ancianos en instituciones. Sin embargo la relación es conflictiva con los cuidadores que se inhiben o algunos ocasionales.

*“cuando el cuidador empieza a cansarse y a estar saturado ya necesita apoyo..“ GF.1*

*“no ingresan más porque el cuidador se hace cargo de este enfermo incapacitado..cuando aparece la demanda y casi siempre es de una residencia asistida que son mínimas... la familia lleva a lo mejor años haciéndose cargo de ese paciente..”GF.1*

*“Tu tienes que trabajar sobre el enfermo sobre.. la hija es cuidadora y es paciente.. Es cliente es de todo”(IV)G.F4...”cumple tres funciones trabaja contigo, te ayuda es un cliente y es un recurso para ti (II)”.GF.5..”..Pero si el cuidador siempre es el mismo se establece una buena relación (2) el problema siempre surge con el hijo de Barcelona o de Madrid.” GF.3*

Los profesionales reconocen que cuando el cuidador abandona o se pone enfermo el anciano o ingresa en una residencia o se muere por eso es importante él apoyarlo aunque es difícil según esta organizada la A.D.

*“el cuidador te hace una depresión y el enfermo se muere por falta de atención domiciliaria cuando el cuidador falla y se pone enfermo el anciano se muere independientemente de lo tú hagas por él. (III) /G.F3. El apoyo al cuidador que es la pieza clave.. ni nos podríamos hacer cargo los que estamos habría que tener un equipo preparado para eso.. (VIII)” GF.3*

Parte de los profesionales señalan ciertos cambios en la estructura de la familia que afecta el papel de cuidador sobre todo la incorporación de la mujer al trabajo y el modelo de familia nuclear hace cada vez más difícil continuar sin ayuda externa con el mismo sistema de cuidados informales.

*“hace unos años donde las amas de casa era normalmente la principal cuidadora y ahora es una mujer trabajadora (IV)” GF.5*

*“La misión que tenía antes la mujer de estar en casa y cuidar a los ancianos pues casi está desapareciendo..”G.F. 1.. se ha quedado la familia nuclear “G.F 1*

*“pone los servicios sociales son una o dos horas en las que no te puedes liberar sino que tienes que estar.. para que te ayude a bañar a la persona , cuidarle..no tienes descanso.” (V) GF.5.*

Los profesionales resaltan la importancia del voluntariado pero en la zona es muy escaso y solo para prestaciones puntuales.

*“Además de los recursos oficiales escasos.. también a nivel de voluntariado o asociación GF1..Luego el voluntariado lo veo importante pero no se mantiene “GF1*

- **Calidad de servicio**

La mayoría de los profesionales coinciden que la calidad humana entendida como la relación que se establece con el anciano es buena en proporción a los recursos disponible sobre todo de tiempo, no se han referido a la calidad técnica porque reconocen que en este tipo de atención la prestación que se ofrece es casi toda humana.

*“La relación recursos calidad es buena “(II)GF.4.“La calidad es más humana que técnica en estos mayores (III)” / G.F3*

- **Actitud hacia la atención en domicilio**

La mayoría de los profesionales sobre todo algunos médicos consideran A.D. como una carga no deseable, parece que el enfermero asume más la labor de continuidad que requiere aunque a veces esto produce tensiones entre los profesionales.

*“Las visitas las hace enfermería.. Muchas veces se queja que está supliendo al médico”GF.1*

*“Se pide una atención integrada que solo puede dar un equipo preparado tu no puedes dar una atención integrada en domicilio a costa de que tengas tiempo y ganas.” GF.3*

*“De entrada me sienta mal el aviso del anciano (I) no sienta mal a todos (III,V)GF2.*

Algunos médicos coinciden que salir al aviso y dejar a los compañeros con trabajo pendiente produce sensación de abandono y parece que esta percepción es compartida incluso por el Director del Centro.

*“El médico esta desencantado (III) / GF 3 “..Incluso un aviso puntual que este justificado lo vemos como una carga no deseable. (I) desde la dirección...si se va del Centro a hacer 4 avisos evidentemente esta dejando un hueco que tiene que cubrir el resto de compañeros... la programada en la calle vale muchísimo dinero.. A lo mejor consumimos los recursos en otras prestaciones “(I)” / GF.3*

*“La motivación no puede engendrarse si hay barreras por aquí, obstáculos por allí y encima al cuidador que está cumpliendo al 100% le estamos aplastando la cabeza (III)”GF.3*

Algunos enfermeros resaltan la sensación de frustración ante ancianos que viven solo o con poco apoyo familiar que no tienen continuidad en los cuidados de higiene, cambios posturales..el enfermero realiza la cura en el domicilio y el resto de cuidados no se le hacen al paciente por lo que no sirve prácticamente para nada ni el trabajo del enfermero ni el consumo de recursos sanitario.

*“Es muy frustrante..Curas la herida y no tiene cambios posturales tu vas todos los días”GF.4*

Los profesionales coinciden que la A.D. es un servicio caro pero además que el salir implica situaciones de estrés para los profesionales, salir del centro, dejar parte del trabajo para los compañeros, desplazarse..

*“A.D. aparte de caro y costoso es el estrés que a ti te implica el tiempo que lleva fuera del centro.GF.4*

Los profesionales no se sienten valorados por la administración no les aporta ni incentivos, ni reconocimiento pero si por el anciano y la familia en general no se percibe ninguna motivación ni la adecuación de los recursos en los centros para establecer una A.D. programada. Para el director de un centro parece que esto puede cambiar si en las unidades clínicas se ajusta el modelo retributivo para potenciar la A.D..

*“..no hay ningún reconocimiento en absoluto por la empresa (V) GF.2 “...No hay incentivos ni de tipo económico, de investigación o de reconocimiento..si entramos en las unidades clínicas y.. un modelo retributivo una forma de incentivación. Esto podría cambiar (I) GF.3*

*“..la satisfacción te la da la persona y la familia..” GF.4*

Para muchos médicos salir de la consulta supone un esfuerzo y para la mayoría de los profesionales para realizar A.D. hay que superar muchos obstáculos desde falta de tiempo hasta el desplazamiento.

*Salir de la consulta cuesta mucho (IV) sobre todo cuando tienes 20 esperando (III) luego tienes que coger el coche aparcar que esté el familiar, hay que superar muchos inconvenientes"GF.2*  
*"Para dedicarte a A.D. debes estar libre porque es imposible que tu lleves toda la carga que plantea. (V) GF.3*

- **Se han dado propuestas de mejoras para la A.D.**
  - Formación en diagnóstico de enfermería.
  - Fomentar el manejo de una metodología científica en el trabajo y evaluar A.D..
  - Control de recursos (camas articuladas, colchón antiescaras...).
  - Conocer la población que necesita A.D..
  - Reunir a asociaciones de vecinos e informarles de los contenidos de A.D..
  - Disponer de un centro geriátrico o centro de día para facilitar unos días de descanso al cuidador.
  - Aumentar el número de enfermeros y dedicar uno o dos días a la A.D..
  - Aumentar el personal médico y crear un equipo dedicado exclusivamente a A.D..
  - Crear unidades de cuidados paliativos desde el hospital.
  - Disponer de un geriatra en los centros de salud.
  - Apoyo económico público para la familia que cuidan al anciano en su domicilio.
- **Propuestas para fomentar algunas medidas que están en funcionamiento**
  - Potenciar ciertas organizaciones laicas o religiosas que ya están funcionando.
  - Aprovechar a los voluntarios que en la actualidad ayudan en los asilos.
  - La ayuda social debe potenciarse y además con tutoría y en contacto con el EAP.
  - Utilizar a las auxiliares de enfermería en la A.D. (Higiene, cuidados de los pies etc.).
  - Mantener seminarios permanentes para cuidadores informales que además de formarles les motiven.
- **Entre las fortalezas actuales señalada por los diferentes profesionales destacan:**
  - La labor de enfermería en el seguimiento de A.D..
  - La atención más sistemática con algunos protocolos en funcionamiento y registros.



- Todos están de acuerdo en la relación positiva que se establece con el cuidador principal.
- La satisfacción del profesional ante el reconocimiento del usuario y la familia.
- La adecuada calidad humana en la relación con el usuario.

A continuación se presenta un breve resumen de los resultados obtenidos con las entrevistas de las auxiliares de hogar, aunque **no estaba previsto** en los objetivos se ha incorporado porque aborda otro aspecto de interés en la valoración de la atención domiciliaria.

### **Organización y funcionamiento de las auxiliares de Hogar**

La organización y funciones como auxiliares de Hogar están relacionadas con aspectos de ayuda a las actividades de la vida diaria y del mantenimiento del hogar.

*“Yo atiendo a primera hora aseo personal...y ayudarles a las tareas domésticas..ir a la compra necesidades de medicamentos venir al médico...su paseo según las necesidades de cada uno”.H2.*

La organización del trabajo es un acuerdo entre caritas y ayuntamiento (sólo en Algeciras) parece que cada ayuntamiento tiene su propia organización.

*“Nuestro trabajo es un convenio entre Caritas y el ayuntamiento”.H1”. Somos un grupo de 12 personas en Algeciras distribuida por diferentes zonas como 6 casos diarios... Siempre los mismos, pero a veces me cambian a una.. por la relación con el anciano.”H.”5 o 6 casos depende de cada día.” H.*

La formación previa requerida es de experiencia y cursillos relacionados con los ancianos.

*“Nos piden experiencia y formación y después cuando estamos trabajando hacemos cursillos sobre Geriátría, psicología, autoestima.... Un poco de todo “H1.*

Con relación a la formación para evitar riesgo al movilizar al anciano una expresa que si la ha recibido y otra que ha aprendido por su interés personal.

Ambas consideran que hay una gran necesidad de este servicio, que quedan personas que también lo necesitan y que es poco conocido, sobre todo los que viven solo que si no se le prestara estarían ingresados en algún centro.

*“Es muy necesario, es necesario...en las que están solas,. si no estuviéramos nosotros,.. tendrían que estar ingresadas en un centro porque...”H1*

*..Son muy útiles lo que es una lastima que no se pueda cubrir más” H2*

El tiempo de dedicación se distribuye según la necesidad y problemática del anciano para las personas que viven sola pueden ir como dos o tres horas algunos días de la semana.

*“Depende de las necesidades si..vive sola el servicio será más tiempo y más días”H1*

La relación con los centros de salud es buena en general incluso con ciertas facilidades en ocasiones.

*“No tengo problema a la hora de coger.. cita, a no ser una urgencia o algún día que me falte una medicina y le digo me la puedes recetar..normalmente saco un número y espero mi turno..” H1 ”*

Existe buena relación con el personal de los centros de forma más directa con la trabajadora social. Con el médico aunque menos directa hay buena disponibilidad y se sienten valoradas sin embargo con los enfermeros el contacto es muy escaso y están poco coordinado los cuidados.

*“si necesito medicina..la trabajadora social me la saca.. ellas colaboran mucho y los médicos igual” H1.*

*“Tengo una paciente la curan todos los días... A mi no me han explicado nunca nada..yo se los dejo lavaditos y..supongo que él la curaría” H2..*

Las auxiliares de Hogar consideran que en general los profesionales de los centros resuelven los problemas que les corresponden:

### **Propuesta de mejora**

Aumentar la dotación para poder estar más horas con los que viven solos.

*“Quizás, quizás un poquito más de tiempo para algunos.. a los que están solos pero para eso tendría que haber más gente trabajando”H 1.*

## Discusión

Aunque es un estudio en gran parte cualitativo se ha aplicado técnicas cuantitativas en el primer objetivo para describir las características de las personas mayores inmovilizadas que están registradas en los centros de salud.

El tiempo de duración y la época de realización del trabajo es un inconveniente por ser solamente dos meses y además en etapa de vacaciones del personal.

Las entrevistas a las auxiliares de hogar han aportado una información complementaria pero insuficiente pues solo se han entrevistado a dos personas y de la zona de Algeciras.

Las entrevistas con los usuarios en los domicilios ha supuesto también una limitación de tiempo por los desplazamientos y alguna dificultad para la comunicación por las características de los usuarios.

Se señalan como limitaciones de este estudio, la dificultad en la recogida de datos en los centros por la escasa cumplimentación y ausencia de muchas de las variables de estudio.

Los resultados están limitados por la pobreza de datos disponibles y la escasa homogeneidad de los mismos. De todas maneras el déficit de datos en este registro es lo esperado pues en el análisis cualitativo se ha observado la opinión mayoritaria de los profesionales sobre los modelos de registros por lo general sin unificar complicados y con baja tasa de cumplimiento porque son poco aplicables.

**A pesar del subregistro y pérdida de datos podemos añadir que en la muestra estudiada las características de la población no difieren de otros estudios similares (9).**

Nos encontramos con un perfil de anciano: Con predominio de mujeres con incapacidad física en la mayoría de los casos con una edad media de 81,68 años cabe resaltar que viven solo un 7,9% cifra inferior a otros estudios (5), el cuidador principal suele ser la hija o esposa (36,3% y 19%), solo disponen de ayuda pública 9,6 % y de ayuda privada 1,7 % respecto a esto ultimo señalar que cada vez son más los ancianos internados en residencias privadas que están a cargo del personal sanitario de los centros de salud (19).

Para el análisis cualitativo la metodología empleada se ha mostrado adecuada al problema y a los objetivos del estudio porque nos permite profundizar en las experiencias y opiniones de los participantes y buscar explicación sobre la multitud de aspectos relacionados con la A.D.. donde intervienen diferentes profesionales, distintos niveles de atención y condiciones diversas en el entorno del usuario y familia.

Por otro lado las entrevistas realizadas en los domicilios han facilitado tratar los temas con intimidad y en el entorno habitual del usuario, en algunos casos ha intervenido el cuidador principal aunque ha prevalecido la opinión del entrevistado.

La información extraída de las entrevistas ha sido suficiente pero es probable que algún usuario no haya dado toda la información bien por un déficit en la comunicación o por la tendencia a justificar las deficiencias en este tipo de usuarios, en diversos momentos se ha asegurado el anonimato al entrevistado y la finalidad del trabajo.

Es importante resaltar que las **auxiliares de hogar son un elemento clave en el cuidado del anciano en domicilio**, así lo han reconocido algunos de los profesionales participantes y los usuarios que conocían este servicio. Sin embargo es un recurso con insuficiente dotación y poco conocido. Por lo que se ha considerado que merecería la pena profundizar más en su papel en A.D. en otro trabajo.

También nos parece importante explicar que en los profesionales consultados hay dos posiciones diferentes respecto al modelo de A.D. por una lado **una atención normalmente programada y por otro lado la atención realizada generalmente a demanda del paciente más relacionada con la asistencia médica** (15).

Se puede entender que para muchos profesionales sobre todo enfermeros se intenten ajustar al modelo de cambio iniciado en la reforma de A.P donde se propone una atención en domicilio programada por un equipo multidisciplinario y con contenido no solo curativo sino preventivo y de promoción de salud.

El modelo médico más centrado en las consultas y en la demanda se inclina por una atención sanitaria puntual puesto que la población sigue sin modificar la percepción del papel del médico y solo espera que le visite cuando se encuentra enfermo.

**Es lógico estas dos posiciones dada la organización actual de los Centros y las funciones que desempeña los respectivos profesionales.**

Otro aspecto a resaltar es que **no están incluidas en el programa de A.D. todas las personas que deberían**. Esto es así por varias razones: Algunos de estos ancianos son desconocidos para los profesionales bien porque no han demandado servicio o porque lo han hecho de forma puntual y urgente y se les ha resuelto el problema concreto sin analizar la situación crónica de base.

Uno de los inconvenientes que se ha detectado es que en la mayoría de los centros **la planificación del trabajo no cuenta con un tiempo dedicado específicamente para la A.D. programada**, y se realiza muchas veces "cuando se puede" delegando otras funciones en los compañeros sin dedicarles a la A.D. todo el tiempo necesario. Esto hace que la A.D. se convierta en una causa de estrés para los profesionales con la carga negativa que esto conlleva. Además hay que superar algunos inconvenientes como el desplazamiento, llegar al domicilio, aparcar el coche etc (15).

“Salir de la consulta cuesta mucho sobre todo cuando tienes 20 esperando, luego tienes que coger el coche, aparcar que este el familiar..”

Nos parece importante la necesidad de **organizar y estructurar el funcionamiento de A.D., unificar los criterios de inclusión, seguimiento y evaluación**. Planificar mejor el trabajo con este grupo de población tan especial y cada vez más numeroso (16).

Además debe reestructurarse la organización para **buscar el espacio y el tiempo y crear la necesidad de implantar la atención a los pacientes incapacitados como una tarea programada** (19).

Toda esta problemática planteada por A.D. aumenta la dificultad para coordinarse el equipo dentro de los centros y a veces se crea tensiones entre médicos y enfermeros.

Habría que realizar un esfuerzo para definir un nuevo modelo de organización interna y coordinación externa que posibilite una atención con coberturas más amplia y unas garantías de continuidad asistencial (20).

“No es un trabajo que hagamos en común no lo llevamos en equipo”

Otro hecho encontrado en el estudio es **la valoración del enfermero por los demás profesionales pues en este programa los cuidados y seguimiento son llevados en gran parte por el enfermero** pues la atención al anciano es más paliativa y de cuidados que curativa.

Esto concuerda con otros estudios que expresan que “La actividad asistencial en A.D. es realizada fundamentalmente por enfermería aunque resulta imprescindible la contribución del resto del equipo (18) “tal como se vislumbra el futuro los cuidados domiciliarios son cada vez más necesarios y el papel fundamental de la enfermería en el cuidado domiciliario (17).

También se ha mostrado que **es compleja la relación con otros niveles sanitarios y sociales**.

**La Coordinación con el hospital es precaria, aunque se considero fundamental** para el adecuado funcionamiento de A.D.. La opinión general es que en el Hospital no se inicia la educación sanitaria durante la estancia ni siquiera en los cuidados básicos de higiene incluso que muchas de las úlceras por presión se presentan a veces durante la hospitalización. **Las altas de enfermería no llegan nada más que en contadas ocasiones y con mínima calidad**.

Hay que considerar que la A.D. no es una actividad exclusiva de un nivel asistencial, ni de un colectivo profesional, implica a todos los profesionales y por supuesto a los diferentes niveles de atención de salud. En esto coinciden con la bibliografía referida al tema (21).

Por otra parte los recursos **más limitados son el tiempo y los recursos sociales**

Otro problema para los profesionales es que **no se encuentran valorados, ni reconocidos nada más que por el usuario y la familia pero la administración no aporta ni incentivos, ni reconocimientos de ninguna clase**.

Puede haber una posibilidad de cambio en las unidades clínicas si se ajusta el sistema retributivo de tal forma que se potencie este tipo de atención.

En los ancianos entrevistados se ha constatado que la **dificultad para desplazarse en el motivo fundamental por el que necesitan la A.D.** (23).

También el hecho de **una ayuda externa que es habitualmente la auxiliar de hogar** se señala como muy positivo para los ancianos y para los familiares. Es imprescindible para los que viven solos aunque el tiempo que se les presta esta ayuda es escaso. Se han encontrado similitud con diversos estudios (17, 24).

Parece claro que los ancianos **se quejan más por deficiencias de índole social** o de ayuda técnica que sanitaria; mayor accesibilidad a la "Tele-alarma", eliminación de barreras arquitectónica, colchón antiescaras, andador etc.

Parece importante destacar que de las entrevistas con los ancianos se deduce que **la relación de estos con los profesionales se basa en parámetros de comunicación y trato no cuestionándose la competencia profesional**, la mayoría encuentra muy normal que el enfermero los visite con mayor frecuencia que el médico, entendiendo que éste solo debe acudir "cuando lo necesite" quizá esta opinión sea debida a que esto es lo habitual y no lo perciben como una deficiencia en la atención (25).

Aunque en **algún caso quisiera ser visitado más veces por su médico o enfermero**, en general la demanda más llamativa es de compañía incluso los que viven con familiares.

Como conclusión la **A.D. tiene una doble vertiente la sanitaria y la social** y cada una debe ser abordada con una estrategia diferente; **La actuación en el ámbito sanitario es más un problema de reorganización de servicios** que de mala praxis y el hecho de disponer de un programa bien estructurado de A.D., con criterios unificados y registros claros y asequibles redundaría en una mayor satisfacción de los profesionales y de una aún mejor atención al anciano.

En el ámbito social nos encontramos con una sociedad que ha pasado de un modelo en desarrollo con fuerte apoyo familiar a otro modelo más industrial y con un estilo de vida urbano con cambios en la estructura de la familia y de los cuidadores informales (la mujer se incorpora al mercado laboral) con las repercusiones lógicas en los pacientes crónicos recluidos en el domicilio y de forma muy llamativa en los ancianos incapacitados que viven solos y que **requiere un apoyo eficaz de los servicios sociales**.

En resumen si se pudiera resolver la situación de necesidades sociales y familiares esto repercutiría en el bienestar de nuestra población y en la utilización más eficiente de los recursos.

## Conclusiones

El perfil de usuario tipo de nuestro programa es similar al de otros estudios.

Los ancianos valoran la A.D. como necesaria y suelen estar bastante satisfecho con los cuidados sanitarios que reciben quizás porque no perciben las posibles deficiencias.

Algunos consideran que puede mejorar su situación si se le visitara más veces sobre todo el médico.

Señalan una gran carencia en el ámbito social. Falta de apoyo para el autocuidado y mantenimiento del Hogar así como falta de compañía y comunicación.

La labor de las auxiliares de hogar parece una alternativa para cubrir gran parte de las necesidades de los ancianos que viven solo y un buen apoyo para el cuidador principal.

El apoyo familiar en los mayores inmovilizados es muy fuerte pero los cuidadores de estas personas pueden llegar a claudicar sino reciben ayuda externa e ingresar al anciano en una residencia.

Los problemas de barreras arquitectónicas sobre todo cuarto de baño y pisos sin ascensor es una limitación para los cuidados y el bienestar de las personas incapacitadas.

Los profesionales reconocen la importancia de la A.D., pero es necesario reorganizarla, disponer de tiempo programado, una buena coordinación del equipo, clarificar las funciones de cada profesional.

Un aspecto a destacar es que los profesionales quieren delimitar la visita en domicilio al terreno de actuación sanitaria aunque la mayoría reconocen que debe contener aspectos preventivos y de educación sanitaria.

Además es necesario mejorar la relación con otros niveles asistenciales como hospital, especialistas y sobre todo con los servicios sociales.

Para los profesionales la buena relación con el usuario y la familia es uno de los aspectos más gratificantes en la A.D. puesto que no se sienten valorados ni reconocidos por la empresa.

## Recomendaciones

### Para los servicios sociales:

- Valorar las necesidades de los ancianos y la familia con un enfoque adaptado a la realidad social, y no apoyar solo a los casos más extremos.
- Adecuar la dotación de auxiliares de hogar para disponer de este recurso tanto en los que viven solo como en los cuidadores de ancianos con grandes incapacidades.
- Fomentar posibles ayudas públicas; asociaciones, voluntarios, pero sobre todo crear lugares para atender al anciano en periodos cortos de tiempo y que permitan el descanso del cuidador.
- Diseñar un plan de formación para los cuidadores que no solo dependa de AP. sino también de hospital y otros organismos sociales.

### Para los servicios sanitarios:

- Sensibilizar a los profesionales para que la atención al anciano no se reduzca a solventar problemas puntuales, sino valorar la situación global y la probabilidad de incluirlo en el programa de A.D..
- Reorganizar los servicios sanitarios con un espacio para la A.D. programada, unificar los criterios de inclusión, seguimiento y evaluación del programa.
- Reflexionar sobre la utilidad de algunos profesionales en la A.D. para ancianos como las auxiliares de enfermería y la figura del geriatra en atención primaria.
- Adecuar los registros actuales para que sean de fácil manejo y con el consenso de los profesionales.
- Potenciar la A.D. a través del reconocimiento del profesional.
- Que el Distrito valore la A.D. no solo en cantidad sino en calidad.
- Coordinar la atención a los ancianos desde los diferentes centros de Atención Primaria y Especializada.



## Referencias Bibliográficas

- 1.- Servicio Andaluz de Salud. Guía de atención a la salud del anciano.1ª ed.1992:11.
- 2.- Caballero JC España: Panorama de la asistencia al anciano en el umbral del siglo XXI.Rev.Gerontol 1997;7:207-212.
- 3.- Junta de Andalucía plan Andaluz de Salud. Consejería de Salud, Sevilla 1999; 42.
- 4.- Hernández PM, Rubio GA, Navarro E, Benítez MA, González G Propuesta de un modelo de organización de atención domiciliaria basada en Atención Primaria. Cuadernos de Gestión 1999; 5:32.
- 5.- Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M Enfermos crónicos domiciliarios. Análisis descriptivo y de supervivencia a los 2 años de implantación de un programa de atención domiciliaria. Atención Primaria 1997; 7:354.
- 6.- García S, Lekube K, Andikoetxea A, Solar M, Olaskoaga A. Características Socioeconómicas, problemas y necesidades de Salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Atención Primaria.1997; 20: 230.
- 7.- Buitrago F, Mendoza Espejo R. La visita domiciliaria en el quehacer del médico de familia. Atención Primaria1995; 15: 8.
- 8.- Zunzunegui -Pastor MV. Envejecimiento y Salud.Cap.4.En: La salud Pública y el futuro del estado del bienestar. Serpas 1998.1998.Ed.Escuela Andaluza de salud Pública.122.
- 9.- Martines C, Regato P, Gogorcena M.A. La coordinación sociosanitaria en la atención al anciano. Cuadernos de Gestión 1996; 2: 36-37.
- 10.-Rodríguez R, Zumzunegui MV, Bergama H, Béland F. Servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Québec: la experiencia SIPA. Atención primaria.1998; 21:408.
- 11.- Servicio Andaluz de Salud. Contrato programa de los Distritos del Servicio Andaluz de Salud 1999.
- 12.- Registro de Atención Primaria en Andalucía.SIGAP.1999; 2.

- 13.- Rubio V.E, Martines J, Espejo J, Pérula L.A, Aranda J.M, Mínguez J, Población en situación de riesgo entre los mayores de sesenta años en una Comunidad urbana (Proyecto ANCO) Rev.Esp.Geriatria y Gerontología.1998; 33:346.
- 14.- Krueger R. El grupo de discusión, guía practica para la investigación aplicada. Ed. Pirámides 1991; 22.
- 15.- Barbero J.J, Llinares E, Mata R, Marsal E, Palacios R Pascual C et al. Análisis de la atención médica domiciliaria en siete centros de salud de la provincia de Alicante. A. Primaria 1994; 13: 197.
- 16.- Gallego P, Carra B, Morente M, Morente M, Calvo C, Sanz C. Visita domiciliaria: Diagnósticos médicos y de enfermería. Rev. Rol 1995; 202: 16.
- 17.- Atención domiciliaria una necesidad creciente. Nursing.1996; 5.
- 18.- Comtel J.C, González M. Instrumentos de valoración multidimensional en Atención domiciliaria; Cuadernos de Gestión 1997; 3: 131.
- 19.- Espinosa JM, Muñoz F. Evaluación de los programas de atención domiciliaria en atención primaria de salud. Cuadernos de Gestión 1995; 1: 26 - 27.
- 20.- Contel J.C. Hacia un modelo de atención en domicilio; Cuadernos de Gestión 1999:5:1-3.
- 21.- Torra i Bou J.E. Atención domiciliaria y atención Primaria de salud. Rev. Rol de enfermería 125: 38,41.
- 22.- Serra J.A, Rexach L, Rexach A, Cruz J, Gil P, Ribera J.M. Asistencia geriátrica domiciliaria veinte meses e experiencia. Rev. Clínica española 1992; 191: 18-24.
- 23.- Puig C, Hernández- Monsalve L.M, Gervás J.J. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia una investigación cualitativa. A.Primeria 1992; 10:1.
- 24.- Tilquin CH, Sicotte C, D'Hoore W, Portella E. Evaluación de las necesidades en las personas dependientes para ofrecerles unos cuidados y unos servicios apropiados. Rev. Gerontol.1996; 6: 298,300.
- 25.- Corral R, Cañas J.J, Fernández P. Encuesta de opinión sobre el personal de enfermería de Atención Primaria en la visita domiciliaria. Centro de Salud. 1995; 3:112.

# **Anexos**

## ÍNDICE DE ANEXOS

### **Anexo 1.**

Anexo 1.1. Población Pág. 36

Anexo 1.2. Frecuencias y Tablas Pág. 37

### **Anexo 2.**

Anexo 2.1. Perfil de usuarios Pág. 55

Anexo 2.2. Guión de entrevista para usuarios Pág. 56

Anexo 2.3. Convocatoria de grupos focales Pág. 58

Anexo 2.4. Guión de grupo focal para profesionales Pág. 59

Anexo 2.5. Guión de entrevista a auxiliares de hogar Pág. 60

### **Anexo 3**

Entrevistas con Ancianos Inmovilizados Pág. 63

Entrevistas con Trabajadores Sociales Pág. 105

Entrevistas con Médicos Pág. 114

Entrevistas con Enfermeras Pág. 137

Entrevistas con Auxiliares de Hogar Pág. 163

### **Anexo 4**

Recodificación de los cinco grupos focales Pág. 174

## **Anexo 1**

**Anexo 1.1.**

Distrito Sanitario Algeciras-La Línea

Zonas Básicas de la Red Reconvertida de Atención Primaria

| Zonas Básicas         | Población Total | > de 65 años |
|-----------------------|-----------------|--------------|
| Algeciras - Norte     | 20.371          | 1.908        |
| Algeciras - Sur       | 40.672          | 3.839        |
| Los Barrios           | 15.507          | 1.119        |
| Jimena de la Frontera | 11.998          | 1.456        |
| La Línea – Velada     | 21.098          | 2.255        |
| San Roque             | 22.168          | 2.080        |
| Tarifa                | 14.993          | 1.636        |

(Fuente de datos: Epidemiología Distrito Algeciras-La Línea 1999)

## Anexo 1.2.

Frecuencias

Estadísticos

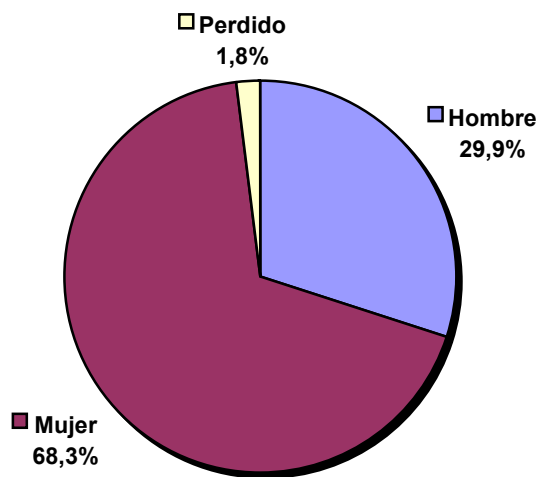
Género

|             |     |
|-------------|-----|
| Nº Válidos  | 378 |
| Nº Perdidos | 7   |

Género

|          |         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos  | Hombre  | 115        | 29,9       | 30,4              | 30,4                 |
|          | Mujer   | 263        | 68,3       | 69,6              | 100,0                |
|          | Total   | 378        | 98,2       | 100,0             |                      |
| Perdidos | Sistema | 7          | 1,8        |                   |                      |
| Total    |         | 385        | 100,0      |                   |                      |

Género



Género

Frecuencias

Estadísticos

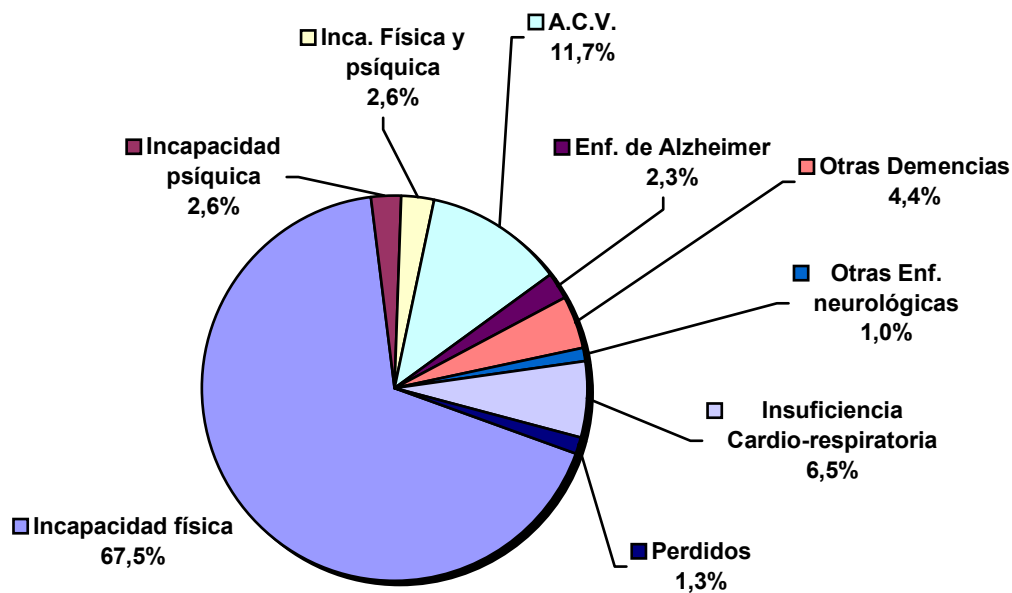
Motivo de inclusión en el programa

|             |     |
|-------------|-----|
| Nº Válidos  | 380 |
| Nº Perdidos | 5   |

Motivo de inclusión en el programa

|         |                                   | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-----------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Incapacidad física                | 260        | 67,5       | 68,4              | 68,4                 |
|         | Incapacidad psíquica              | 10         | 2,6        | 2,6               | 71,1                 |
|         | Incapacidad física y psíquica     | 10         | 2,6        | 2,6               | 73,7                 |
|         | A.C.V.                            | 45         | 11,7       | 11,8              | 85,5                 |
|         | Enf. de Alzheimer                 | 9          | 2,3        | 2,4               | 97,9                 |
|         | Otras demencias                   | 17         | 4,4        | 4,5               | 92,4                 |
|         | Otras enf. Neurológicas           | 4          | 1,0        | 1,1               | 93,4                 |
|         | Insuficiencia cardio-respiratoria | 25         | 6,5        | 6,6               | 100,0                |
|         | Total                             | 380        | 98,7       | 100,0             |                      |
|         | Perdidos                          | Sistema    | 5          | 1,3               |                      |
| Total   |                                   | 385        | 100,0      |                   |                      |

Motivo de inclusión en el programa



Motivo de inclusión en el programa



Frecuencias

Estadísticos

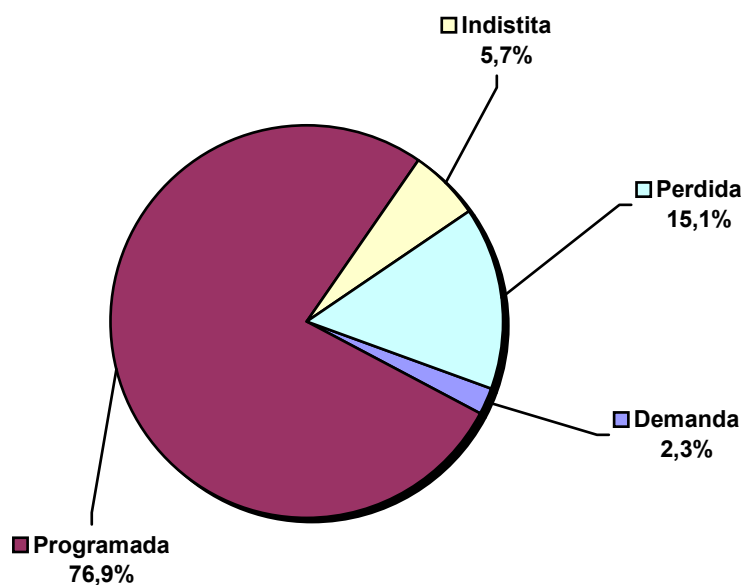
Modalidad de visitas

|             |     |
|-------------|-----|
| Nº Válidos  | 327 |
| Nº Perdidos | 58  |

Modalidad de visitas

|          |            | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos  | Demanda    | 9          | 2,3        | 2,8               | 2,8                  |
|          | Programada | 296        | 76,9       | 90,5              | 93,3                 |
|          | Indistinta | 22         | 5,7        | 6,7               | 100,0                |
|          | Total      | 327        | 84,9       | 100,0             |                      |
| Perdidos | Sistema    | 58         | 15,1       |                   |                      |
| Total    |            | 385        | 100,0      |                   |                      |

Modalidad de visitas



Modalidad de visitas

Frecuencias

Estadísticos

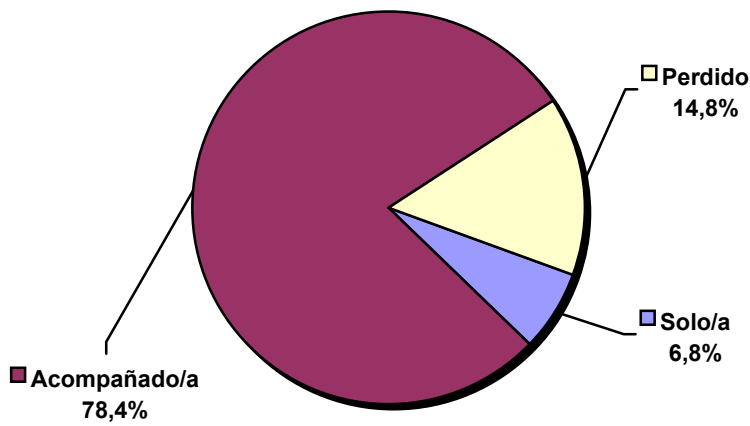
Modelo de convivencia

|             |     |
|-------------|-----|
| Nº Válidos  | 328 |
| Nº Perdidos | 57  |

Modelo de convivencia

|          |              | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos  | Solo/a       | 26         | 6,8        | 7,9               | 7,9                  |
|          | Acompañado/a | 302        | 78,4       | 92,1              | 100,0                |
|          | Total        | 328        | 85,2       | 100,0             |                      |
| Perdidos | Sistema      | 57         | 14,8       |                   |                      |
| Total    |              | 385        | 100,0      |                   |                      |

Modelo de convivencia



Modelo de convivencia

Estadísticos

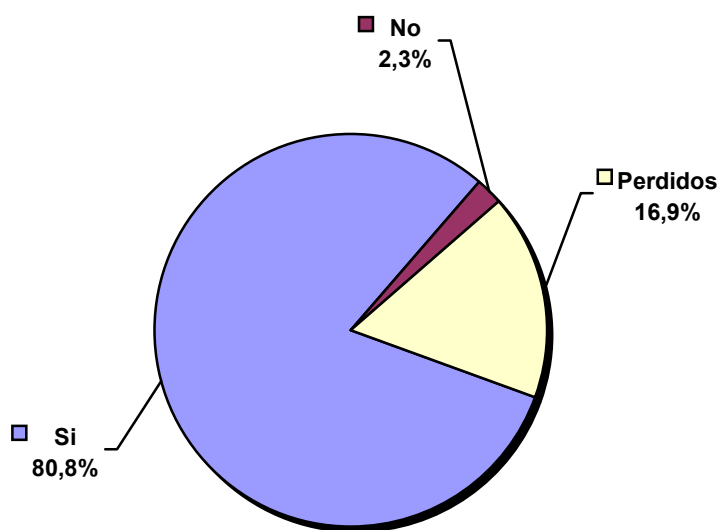
Disponibilidad de ayuda para sus actividades de la vida diaria

|             |     |
|-------------|-----|
| N° Válidos  | 320 |
| N° Perdidos | 65  |

Disponibilidad de ayuda para las actividades de la vida diaria

|          |         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos  | Si      | 311        | 80,8       | 97,2              | 97,2                 |
|          | No      | 9          | 2,8        | 2,8               | 100,0                |
|          | Total   | 320        | 83,1       | 100,0             |                      |
| Perdidos | Sistema | 65         | 16,9       |                   |                      |
| Total    |         | 385        | 100,0      |                   |                      |

Disponibilidad de ayuda para las actividades de la vida diaria



Disponibilidad de ayuda para las actividades de la vida

Frecuencias

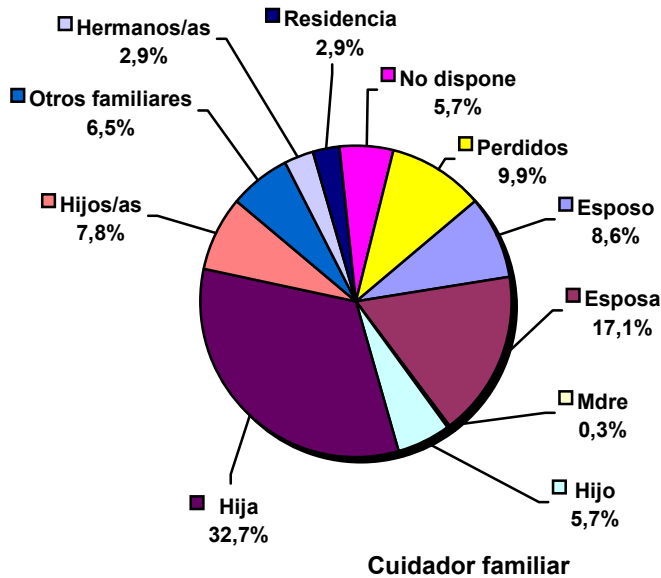
Estadísticos  
Cuidador familiar

|             |     |
|-------------|-----|
| Nº Válidos  | 347 |
| Nº Perdidos | 38  |

Cuidador familiar

|          |                  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos  | Esposo           | 33         | 8,6        | 9,5               | 9,5                  |
|          | Esposa           | 66         | 17,1       | 19,0              | 28,5                 |
|          | Madre            | 1          | 0,3        | 0,3               | 28,8                 |
|          | Hijo             | 22         | 5,7        | 6,3               | 35,2                 |
|          | Hija             | 126        | 32,7       | 36,3              | 71,5                 |
|          | Hijos/hijas      | 30         | 7,8        | 8,6               | 80,1                 |
|          | Otros familiares | 25         | 6,5        | 7,2               | 87,3                 |
|          | Hermanos/as      | 11         | 2,9        | 3,2               | 90,5                 |
|          | Residencia       | 11         | 2,9        | 3,2               | 93,7                 |
|          | No dispone       | 22         | 5,7        | 6,3               | 100,0                |
|          | Total            | 347        | 90,1       | 100,0             |                      |
| Perdidos | Sistema          | 38         | 9,9        |                   |                      |
| Total    |                  | 385        | 100,0      |                   |                      |

Cuidador familiar



Frecuencias

Estadísticos

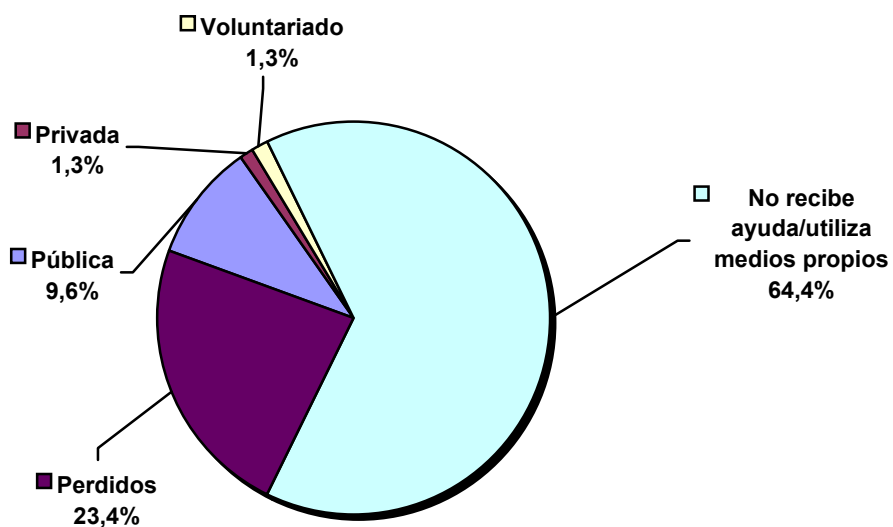
Tipo de ayuda a domicilio recibida

|             |     |
|-------------|-----|
| Nº Válidos  | 295 |
| Nº Perdidos | 90  |

Tipo de ayuda a domicilio recibida

|          |  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos  | Pública                                | 37         | 9,6        | 12,5              | 12,5                 |
|          | Privada                                | 5          | 1,3        | 1,7               | 14,2                 |
|          | Voluntariado                           | 5          | 1,3        | 1,7               | 15,9                 |
|          | No recibe ayuda/utiliza medios propios | 248        | 64,4       | 84,1              | 100,0                |
|          | Total                                  | 295        | 76,6       | 100,0             |                      |
| Perdidos | Sistema                                | 90         | 23,4       |                   |                      |
| Total    |  | 385        | 100,0      |                   |                      |

Tipo de ayuda a domicilio recibida



Tipo de ayuda a domicilio recibida

Frecuencias

Estadísticos

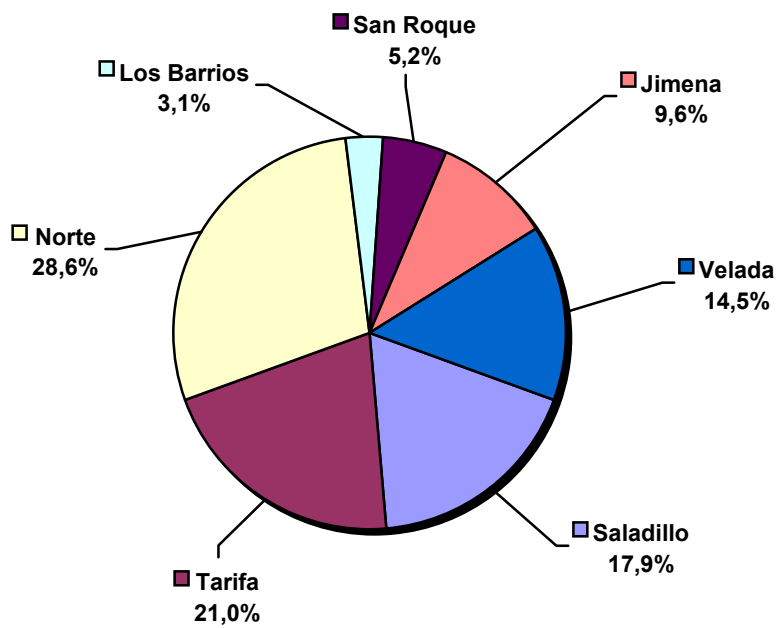
Z.B.S.

|             |     |
|-------------|-----|
| Nº Válidos  | 385 |
| Nº Perdidos | 0   |

Z.B.S.

|                           | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos                   |            |            |                   |                      |
| Algeciras Sur "Saladillo" | 69         | 17,9       | 17,9              | 17,9                 |
| Tarifa                    | 81         | 21,0       | 21,0              | 39,0                 |
| Algeciras Norte           | 110        | 28,6       | 28,6              | 67,5                 |
| Los Barrios               | 12         | 3,1        | 3,1               | 70,6                 |
| San Roque                 | 20         | 5,2        | 5,2               | 75,8                 |
| Jimena de la Fra.         | 37         | 9,6        | 9,6               | 85,5                 |
| La Línea "Velada"         | 56         | 14,5       | 14,5              | 100,0                |
| Total                     | 385        | 100,0      | 100,0             |                      |

Z.B.S.



Z.B.S.

Frecuencias

## Estadísticos

|              |          | Meses de inclusión en programa | Edad (en años cumplidos) |
|--------------|----------|--------------------------------|--------------------------|
| Nº           | Válidos  | 379                            | 257                      |
|              | Perdidos | 6                              | 128                      |
| Media        |          | 26.47                          | 81.68                    |
| Mediana      |          | 19.00                          | 82.00                    |
| Moda         |          | 32                             | 80 <sup>a</sup>          |
| Desv. Típica |          | 23.27                          | 7.33                     |
| Varianza     |          | 541.64                         | 53.72                    |
| Mínimo       |          | 1                              | 65                       |
| Máximo       |          | 111                            | 99                       |

<sup>a</sup> Existen varias modas. Se mostrará del menor de los valores

## Tabla de frecuencia

Meses de inclusión en programa

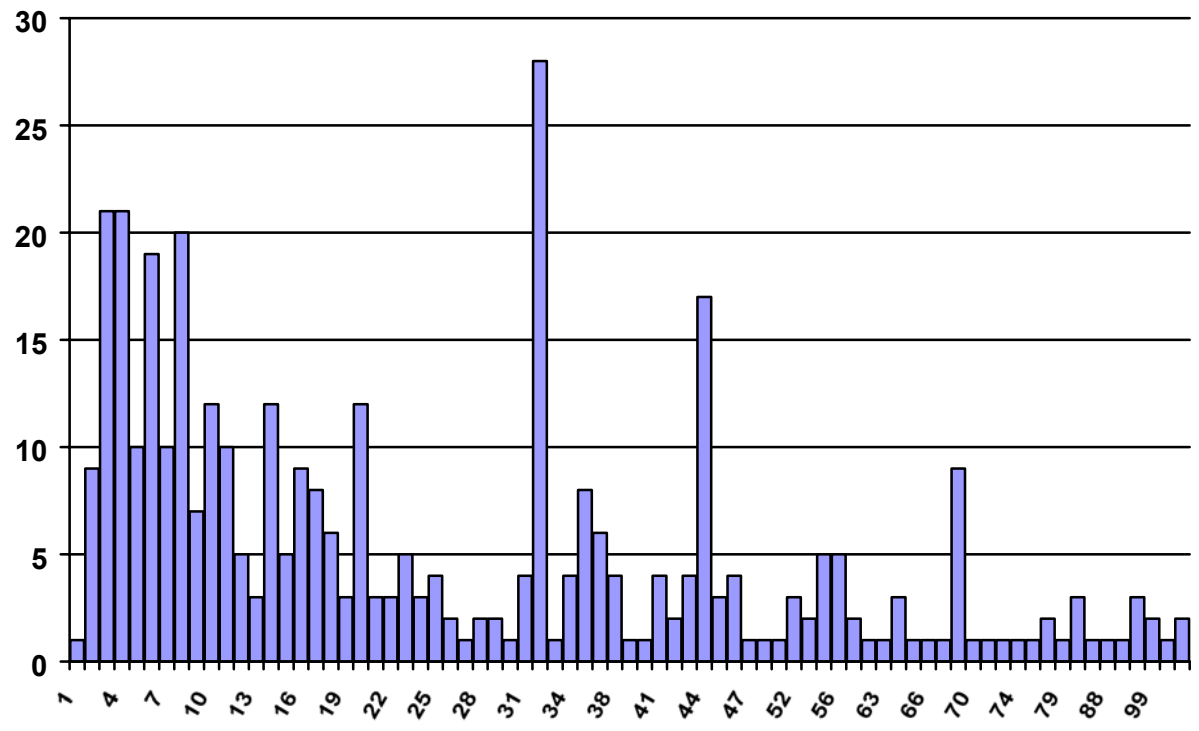
|         |    | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 1  | 1          | .3         | .3                | .3                   |
|         | 2  | 9          | 2.3        | 2.4               | 2.6                  |
|         | 3  | 21         | 5.5        | 5.5               | 8.2                  |
|         | 4  | 21         | 5.5        | 5.5               | 13.7                 |
|         | 5  | 10         | 2.6        | 2.6               | 16.4                 |
|         | 6  | 19         | 4.9        | 5.0               | 21.4                 |
|         | 7  | 10         | 2.6        | 2.6               | 24.0                 |
|         | 8  | 20         | 5.2        | 5.3               | 29.3                 |
|         | 9  | 7          | 1.8        | 1.8               | 31.1                 |
|         | 10 | 12         | 3.1        | 3.2               | 34.3                 |
|         | 11 | 10         | 2.6        | 2.6               | 36.9                 |
|         | 12 | 5          | 1.3        | 1.3               | 38.3                 |
|         | 13 | 3          | .8         | .8                | 39.1                 |
|         | 14 | 12         | 3.1        | 3.2               | 42.2                 |
|         | 15 | 5          | 1.3        | 1.3               | 43.5                 |
|         | 16 | 9          | 2.3        | 1.4               | 45.9                 |
|         | 17 | 8          | 2.1        | 2.1               | 48.0                 |
|         | 18 | 6          | 1.6        | 1.6               | 49.6                 |
|         | 19 | 3          | .8         | .8                | 50.4                 |
|         | 20 | 12         | 3.1        | 3.2               | 53.6                 |
|         | 21 | 3          | .8         | .8                | 54.4                 |
|         | 22 | 3          | .8         | .8                | 55.1                 |
|         | 23 | 5          | 1.3        | 1.3               | 56.5                 |
|         | 24 | 3          | .8         | .8                | 57.3                 |
|         | 25 | 4          | 1.0        | 1.1               | 58.3                 |
|         | 26 | 2          | .5         | .5                | 58.8                 |
|         | 27 | 1          | .3         | .3                | 59.1                 |
|         | 28 | 2          | .5         | .5                | 59.6                 |
|         | 29 | 2          | .5         | .5                | 60.2                 |
|         | 30 | 1          | .3         | .3                | 60.4                 |
|         | 31 | 4          | 1.0        | 1.1               | 61.5                 |
|         | 32 | 28         | 7.3        | 7.4               | 68.9                 |
|         | 33 | 1          | .3         | .3                | 69.1                 |
|         | 34 | 4          | 1.0        | 1.1               | 70.2                 |
|         | 35 | 8          | 2.1        | 2.1               | 72.3                 |

|          |     |       |       |       |
|----------|-----|-------|-------|-------|
| 36       | 6   | 1.6   | 1.6   | 73.9  |
| 38       | 4   | 1.0   | 1.1   | 74.9  |
| 39       | 1   | .3    | .3    | 75.2  |
| 40       | 1   | .3    | .3    | 75.5  |
| 41       | 4   | 1.0   | 1.1   | 76.5  |
| 42       | 2   | .5    | .5    | 77.0  |
| 43       | 4   | 1.0   | 1.1   | 78.1  |
| 44       | 17  | 4.4   | 4.5   | 82.6  |
| 45       | 3   | .8    | .8    | 83.4  |
| 46       | 4   | 1.0   | 1.1   | 84.4  |
| 47       | 1   | .3    | .3    | 84.7  |
| 49       | 1   | .3    | .3    | 85.0  |
| 51       | 1   | .3    | .3    | 85.2  |
| 52       | 3   | .8    | .8    | 86.0  |
| 53       | 2   | .5    | .5    | 86.5  |
| 55       | 5   | 1.3   | 1.3   | 87.9  |
| 56       | 5   | 1.3   | 1.3   | 89.2  |
| 59       | 2   | .5    | .5    | 89.7  |
| 62       | 1   | .3    | .3    | 90.0  |
| 63       | 1   | .3    | .3    | 90.2  |
| 64       | 3   | .8    | .8    | 91.0  |
| 65       | 1   | .3    | .3    | 91.3  |
| 66       | 1   | .3    | .3    | 91.6  |
| 67       | 1   | .3    | .3    | 91.8  |
| 68       | 9   | 2.3   | 2.4   | 94.2  |
| 70       | 1   | .3    | .3    | 94.5  |
| 72       | 1   | .3    | .3    | 94.7  |
| 73       | 1   | .3    | .3    | 95.0  |
| 74       | 1   | .3    | .3    | 95.3  |
| 75       | 1   | .3    | .3    | 95.5  |
| 77       | 2   | .5    | .5    | 96.0  |
| 79       | 1   | .3    | .3    | 96.3  |
| 81       | 3   | .5    | .5    | 97.1  |
| 82       | 1   | .3    | .3    | 97.4  |
| 88       | 1   | .3    | .3    | 97.6  |
| 92       | 1   | .3    | .3    | 97.9  |
| 93       | 3   | .8    | .8    | 98.7  |
| 99       | 2   | .5    | .5    | 99.2  |
| 102      | 1   | .3    | .3    | 99.5  |
| 111      | 2   | .5    | .5    | 100.0 |
| Total    | 379 | 98.4  | 100.0 |       |
| Perdidos | 6   | 1.6   |       |       |
| Total    | 385 | 100,0 |       |       |



Atención domiciliar en Centros de Salud, para personas mayores inmobilizadas

Frecuencia

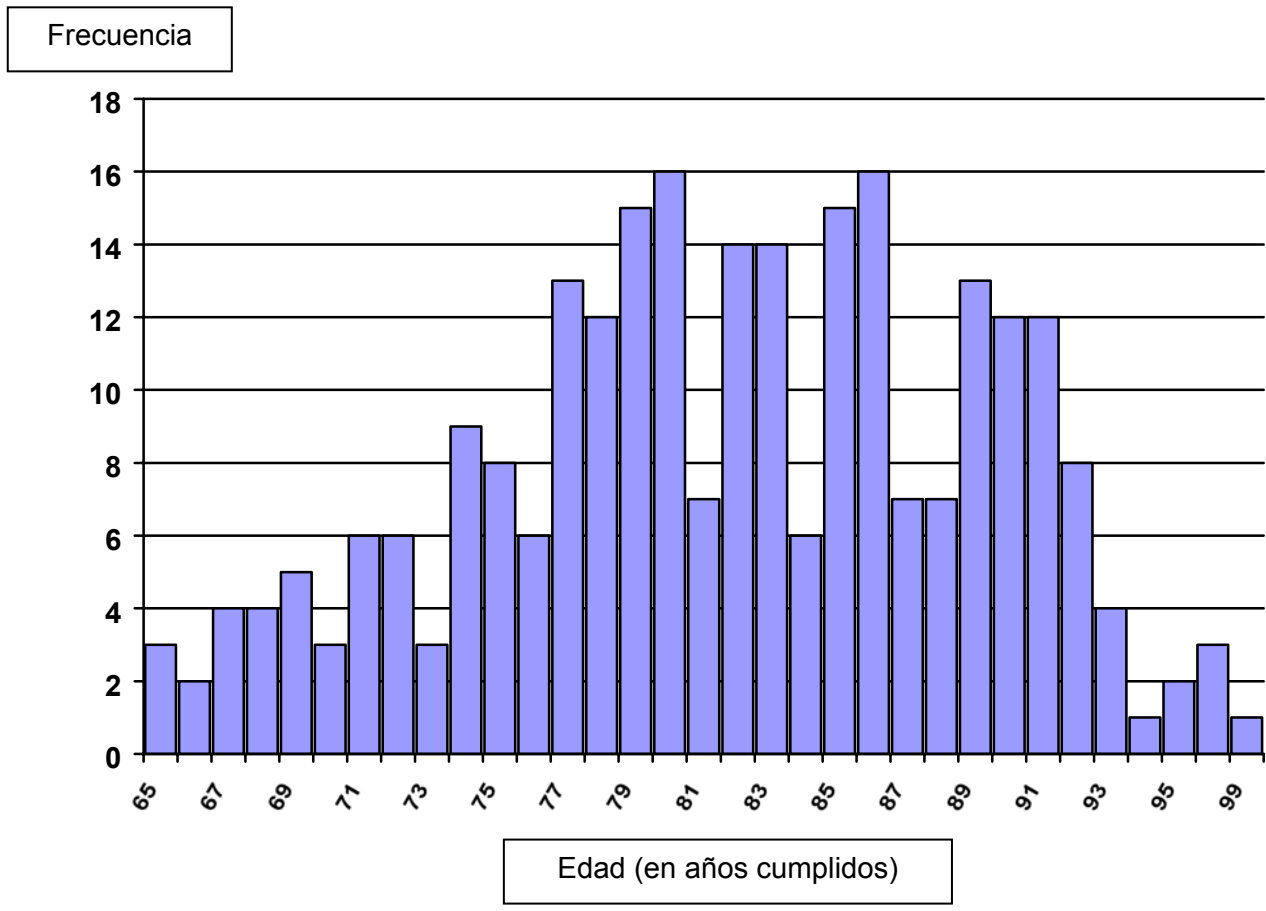


Meses de inclusión en programa

**Tabla de frecuencia**

Edad (en años cumplidos)

|          |         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|----------|---------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos  | 65      | 3          | .8         | 1.2                  | 1.2                     |
|          | 66      | 2          | .5         | .8                   | 1.9                     |
|          | 67      | 4          | 1.0        | 1.6                  | 3.5                     |
|          | 68      | 4          | 1.0        | 1.6                  | 5.1                     |
|          | 69      | 5          | 1.3        | 1.9                  | 7.0                     |
|          | 70      | 3          | .8         | 1.2                  | 8.2                     |
|          | 71      | 6          | 1.6        | 2.3                  | 10.5                    |
|          | 72      | 6          | 1.6        | 2.3                  | 12.8                    |
|          | 73      | 3          | .8         | 1.2                  | 14.0                    |
|          | 74      | 9          | 2.3        | 3.5                  | 17.5                    |
|          | 75      | 8          | 2.1        | 3.1                  | 20.6                    |
|          | 76      | 6          | 1.6        | 2.3                  | 23.0                    |
|          | 77      | 13         | 3.4        | 5.1                  | 28.0                    |
|          | 78      | 12         | 3.1        | 4.7                  | 32.7                    |
|          | 79      | 15         | 3.9        | 5.8                  | 38.5                    |
|          | 80      | 16         | 4.2        | 6.2                  | 44.7                    |
|          | 81      | 7          | 1.8        | 2.7                  | 47.5                    |
|          | 82      | 14         | 3.6        | 5.4                  | 52.9                    |
|          | 83      | 14         | 3.6        | 5.4                  | 58.4                    |
|          | 84      | 6          | 1.6        | 2.3                  | 60.7                    |
|          | 85      | 15         | 3.9        | 5.8                  | 66.5                    |
|          | 86      | 16         | 4.2        | 6.2                  | 72.8                    |
|          | 87      | 7          | 1.8        | 2.7                  | 75.5                    |
|          | 88      | 7          | 1.8        | 2.7                  | 78.2                    |
|          | 89      | 13         | 3.4        | 5.1                  | 83.3                    |
|          | 90      | 12         | 3.1        | 4.7                  | 87.9                    |
| 91       | 12      | 3.1        | 4.7        | 92.6                 |                         |
| 92       | 8       | 2.1        | 3.1        | 95.7                 |                         |
| 93       | 4       | 1.0        | 1.6        | 97.3                 |                         |
| 94       | 1       | .3         | .4         | 97.7                 |                         |
| 95       | 2       | .5         | .8         | 98.4                 |                         |
| 97       | 3       | .8         | 1.2        | 99.6                 |                         |
| 99       | 1       | .3         | .4         | 100.0                |                         |
|          | Total   | 257        | 66.8       | 100.0                |                         |
| Perdidos | Sistema | 128        | 33.2       |                      |                         |
| Total    |         | 385        | 100,0      |                      |                         |



## Frecuencias

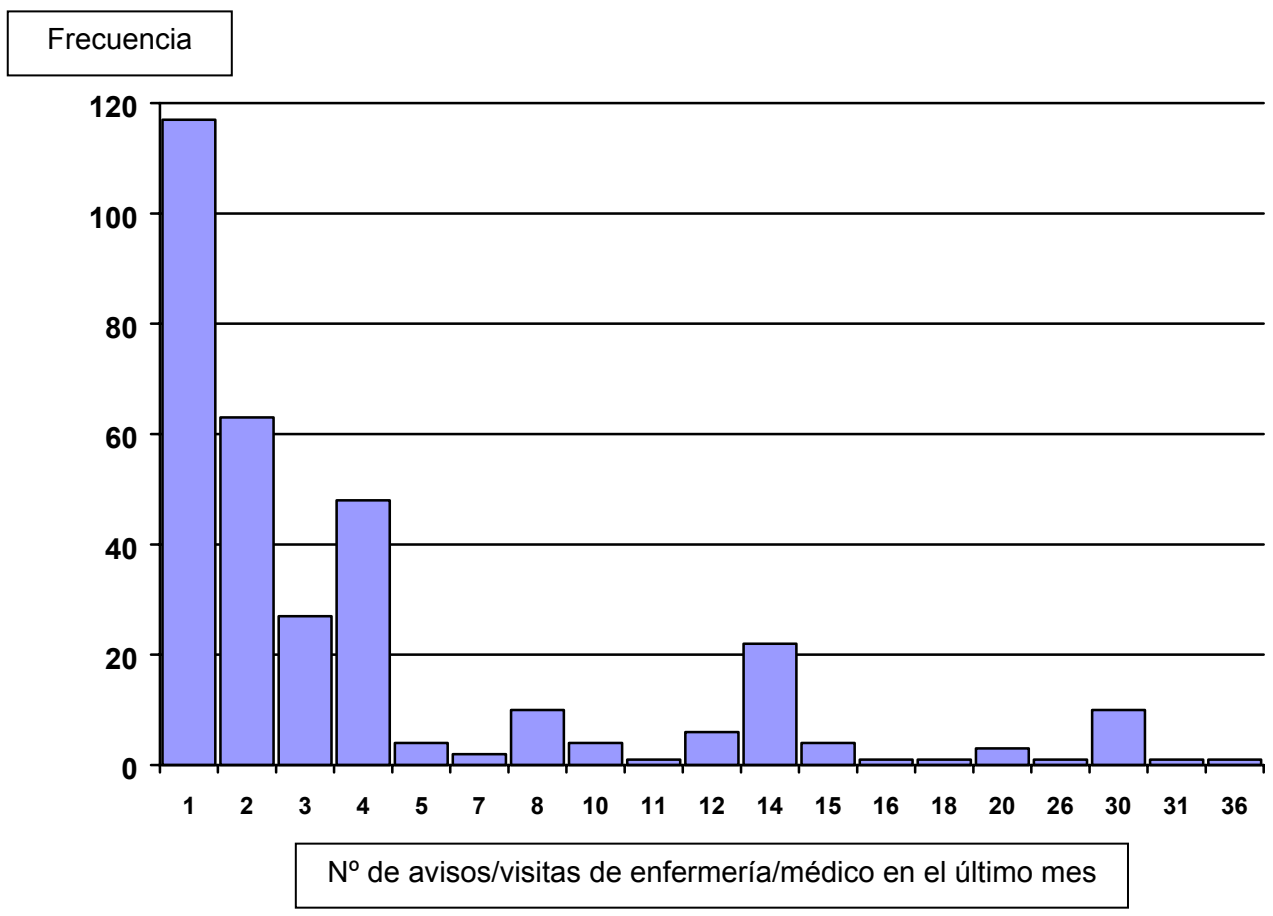
## Estadísticos

|              |          | Nº de visitas/avisos de enfermería/médico en el último mes | Nº de visitas/avisos de enfermera/médico en los últimos 3 meses |
|--------------|----------|--|---|
| Nº           | Válidos  | 326  | 79  |
|              | Perdidos | 59   | 306   |
| Media        |          | 4.93   | 14.61   |
| Mediana      |          | 2.00   | 6.00  |
| Moda         |          | 1  | 3   |
| Desv. Típica |          | 6.70   | 20.77   |
| Varianza     |          | 44.91  | 431.52  |
| Mínimo       |          | 1  | 1   |
| Máximo       |          | 36   | 108   |

**Tabla de frecuencia**

## Nº de visitas/avisos de enfermería/médico en el último mes

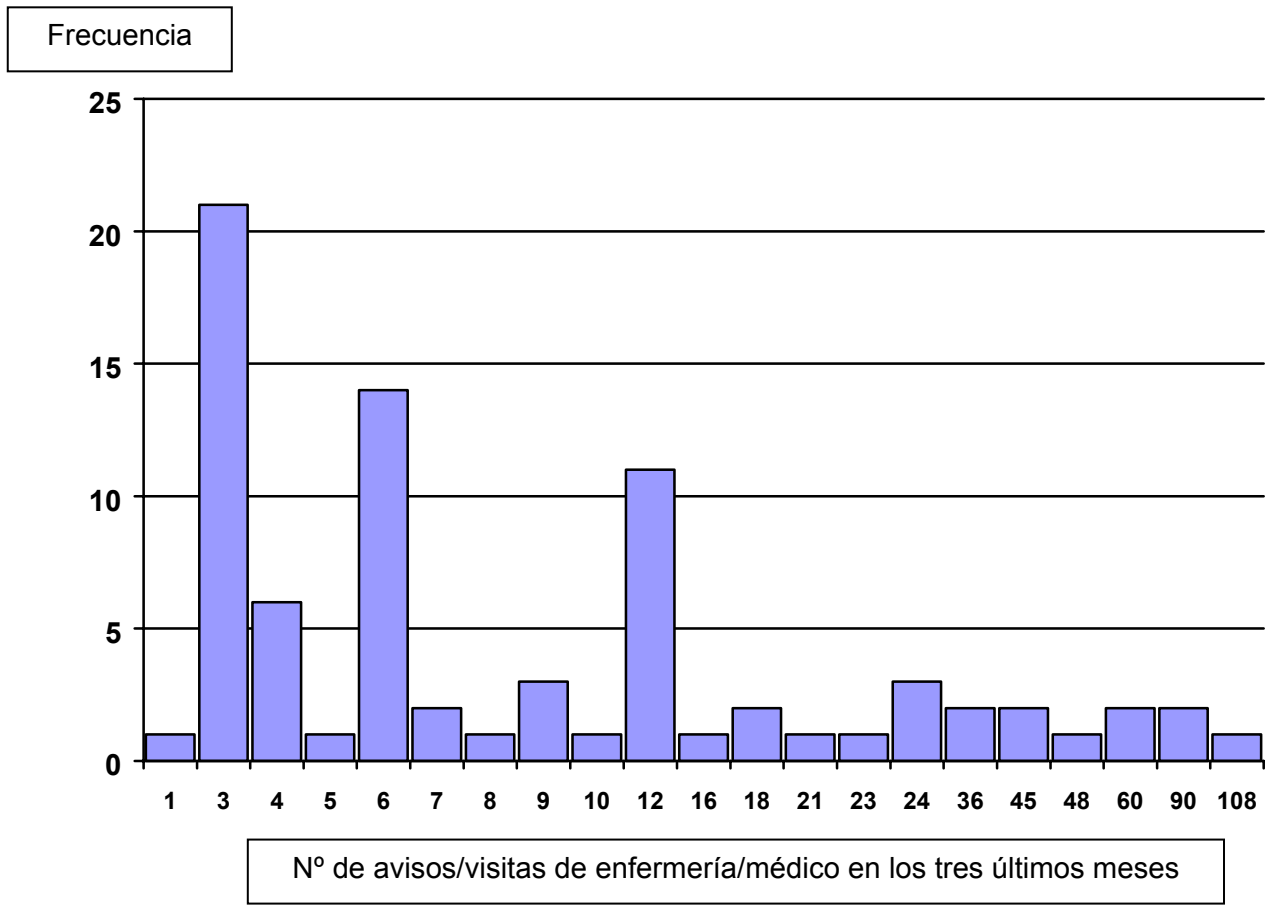
|          |         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos  | 1       | 117        | 30.4       | 35.9              | 35.9                 |
|          | 2       | 63         | 16.4       | 19.3              | 55.2                 |
|          | 3       | 27         | 7.0        | 8.3               | 63.5                 |
|          | 4       | 48         | 12.5       | 14.7              | 78.2                 |
|          | 5       | 4          | 1.0        | 1.2               | 79.4                 |
|          | 7       | 2          | .5         | .6                | 80.1                 |
|          | 8       | 10         | 2.6        | 3.1               | 83.1                 |
|          | 10      | 4          | 1.0        | 1.2               | 84.4                 |
|          | 11      | 1          | .3         | .3                | 84.7                 |
|          | 12      | 6          | 1.6        | 1.8               | 86.5                 |
|          | 14      | 22         | 5.7        | 6.7               | 93.3                 |
|          | 15      | 4          | 1.0        | 1.2               | 94.5                 |
|          | 16      | 1          | .3         | .3                | 94.8                 |
|          | 18      | 1          | .3         | .3                | 95.1                 |
|          | 20      | 3          | .8         | .9                | 96.0                 |
|          | 26      | 1          | .3         | .3                | 96.3                 |
|          | 30      | 10         | 2.6        | 3.1               | 99.4                 |
|          | 31      | 1          | .3         | .3                | 99.7                 |
|          | 36      | 1          | .3         | .3                | 100.0                |
|          | Total   |            | 326        | 84.7              | 100.0                |
| Perdidos | Sistema | 59         | 15.3       |                   |                      |
| Total    |         | 385        | 100,0      |                   |                      |



**Tabla de frecuencia**

Nº de visitas/avisos de enfermería/médico en los últimos 3 meses

|          |         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|----------|---------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos  | 1       | 1          | .3         | 1.3                  | 1.3                     |
|          | 3       | 21         | 5.5        | 26.6                 | 27.8                    |
|          | 4       | 6          | 1.6        | 7.6                  | 35.4                    |
|          | 5       | 1          | .3         | 1.3                  | 36.7                    |
|          | 6       | 14         | 3.6        | 17.7                 | 54.4                    |
|          | 7       | 2          | .5         | 2.5                  | 57.0                    |
|          | 8       | 1          | .3         | 1.3                  | 58.2                    |
|          | 9       | 3          | .8         | 3.8                  | 62.0                    |
|          | 10      | 1          | .3         | 1.3                  | 63.3                    |
|          | 12      | 11         | 2.9        | 13.9                 | 77.2                    |
|          | 16      | 1          | .3         | 1.3                  | 78.5                    |
|          | 18      | 2          | .5         | 2.5                  | 81.0                    |
|          | 21      | 1          | .3         | 1.3                  | 82.3                    |
|          | 23      | 1          | .3         | 1.3                  | 83.5                    |
|          | 24      | 3          | .8         | 3.8                  | 87.3                    |
|          | 36      | 2          | .5         | 2.5                  | 89.9                    |
|          | 45      | 2          | .5         | 2.5                  | 92.4                    |
|          | 48      | 1          | .3         | 1.3                  | 93.7                    |
|          | 60      | 2          | .5         | 2.5                  | 96.2                    |
|          | 90      | 2          | .5         | 2.5                  | 98.7                    |
|          | 108     | 1          | .3         | 1.3                  | 100.0                   |
|          | Total   | 79         | 20.5       | 100.0                |                         |
| Perdidos | Sistema | 306        | 79.5       |                      |                         |
| Total    |         | 385        | 100,0      |                      |                         |



## **Anexo 2**



## **Anexo 2.1.**

### **CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS ENTREVISTADOS**

#### **PERFIL 1: Usuarios que viven solos con ayuda pública y Privada**

- Usuarios con ayuda pública (E- 1, E-2); privada (E-19)
- E-3: Conviven el matrimonio con ayuda publica (con déficit visual el hombre y déficit auditivo la mujer).

#### **PERFIL 2: Usuarios que viven con cuidador familiar y ayuda privada**

- (E-4, E-9,E-17)

#### **PERFIL 3: Usuarios que solo tienen cuidador familiar**

- (E-5, 6 ,7 ,8,10, 11, 12,14, 15 ,16 ,18)

Como primera variable de segmentación:

El género

- (Hombre: E-3, E-6, E-16, E-17, E-19)

La segunda:

Cuidados de enfermería: Alta frecuencia: (diarios o en días alternos)

- (E-3, E11, , E-14, E-15, E-17, E18, E19)

### **CARACTERISTICAS DE LA AUXILIARES DE HOGAR ENTREVISTADAS.**

#### **PERFIL 4: Auxiliar de Hogar 1 (Zona de Algeciras) H1.**

**Auxiliar de Hogar 2 (Zona de Algeciras) H2.**

## **Anexo 2.2.**

### **Guión de Entrevista en profundidad.**

#### ***“Opinión de las personas mayores sobre la atención sociosanitaria en domicilio”***

- ◆ Necesidad percibida del servicio (Expectativas). Médico / enfermera / T.Social.
  - ¿Porque necesita que le presten atención en domicilio?
  
- ◆ Accesibilidad al servicio
  - Facilidad de contacto
  - Tiempos de esperas
    - ¿Cómo puede avisar a su médico,...?
    - ¿Qué opina sobre el tiempo desde que lo llama hasta que acude a su casa?
    - ¿Y de las veces que viene a visitarle?
  
- ◆ Servicio personalizado
  - Escucha activa.
  - Explicación sobre los cuidados y atención recibida.
  - Amabilidad en el trato.
  - Consideración hacia el usuario y pedir su opinión.
  - Imagen del profesional que le atiende...
    - ¿Cree que el médico / enfermero le escucha con interés?
    - ¿Cómo entiende las explicaciones e información que le dan los profesionales sobre su salud?
    - ¿Cómo le tratan y le consideran a Vd.? ¿Están pendiente y se preocupan de lo que le pasa a Vd?
    - ¿Qué le parece su médico/ enfermero/..?
  
- ◆ Competencia
  - Conocimientos y habilidades.
  - Coordinación del equipo.

- Capacidad de respuesta a la demanda,...

¿Qué opina de como resuelven sus problemas? ¿y del tiempo en resolverlos?

¿Qué opina sobre que acudan diferentes profesionales a su domicilio?

- ◆ Propuestas de mejoras.

¿Cómo se le habría ayudado mejor a llevar esta situación?

## **Anexo 2.3.**

**Granada. Julio 1999.**

**Estimado compañero.**

Durante los meses de Julio y Agosto voy a realizar un trabajo para presentarlo en la Escuela Andaluza de Salud Pública, en el mes de Septiembre sobre la atención en domicilio para personas mayores incapacitadas.

El motivo de elegir este tema es porque considero que preocupa y requiere mucho esfuerzo de los profesionales y me gustaría contar con vuestra opinión como personas expertas sobre la valoración de este servicio.

También voy a entrevistar a los ancianos en su domicilio porque me parece importante que ellos opinen sobre sus necesidades.

Entre las técnicas cualitativas elegidas vamos a desarrollar varios grupos focales, esta técnica permite reunir a un grupo de profesionales para tratar una serie de temas, todos ellos relacionado con el objetivo del estudio.

Con este fin nos hemos puesto en contacto con un número reducido de profesionales que pueden aportar un adecuado análisis sobre la atención en domicilio

Se trata de conocer vuestra experiencia y opinión sobre el funcionamiento de la atención en domicilio.

Puesto que los participantes son reducido el éxito de la reunión depende de las personas que asistan y su aportación es fundamental.

Me gustaría pedirle que por favor asistiera a la reunión el proximo..... de Julio a las..... en el Centro de Salud..... la reunión durarán aproximadamente una hora.

Muchísimas Gracias por la colaboración, recibe un cordial saludo.

**M<sup>a</sup>Encarnación Sánchez Olmedo**

## **Anexo 2.4.**

### **Guión para Grupo Focal**

*“opinión de los profesionales sobre la atención en domicilio para mayores “*

- ◆ Concepto de la atención en domicilio.
  - ¿Qué entiende por atención domiciliaria (A.D)?
- ◆ Percepción sobre la necesidad del servicio.
  - ¿Para qué sirve? ¿Para qué debería servir?
  - ¿se atiende a las personas que más lo necesitan?
  - ¿Quiénes piensa que deberían recibir A.D?
- ◆ Estructura y funcionamiento del servicio en el centro de salud.
  - ¿Cómo se organiza la atención a domicilio? ¿La realiza el equipo (médico, enfermero, con apoyo del trabajador social)? ¿Se intenta que sea en su mayoría programada o a demanda?.
  - ¿Qué contenidos comprende la atención para mayores inmovilizados?.
  - ¿Cómo es la coordinación del equipo?
  - ¿Qué opina del funcionamiento de la atención a domicilio para inmovilizados?
  - ¿Cómo se hace? ¿Sistemas de información, protocolos, recursos, evaluación?
  - ¿Que papel o relación se establece con el cuidador Principal? Cliente, recurso, co-trabajador.
- ◆ Opinión sobre la calidad del servicio.
- ◆ Actitud hacia la atención en domicilio.
  - ¿Cómo se sienten los profesionales (M / E / T.Social) frente a la realización de atención en domicilio?
  - ¿Se sienten valorados en este tipo de actividad?
  - ¿Que importancia tiene en el conjunto del trabajo en el centro de salud?
- ◆ Propuestas de mejoras

## Anexo 2.5.

### Guión de Entrevista en profundidad para Auxiliares de Hogar.

#### *“Opinión sobre la atención prestada en domicilio a personas mayores incapacitadas”*

- ◆ Funciones del Trabajador de hogar. ¿Qué funciones tiene el trabajador de Hogar?
- ◆ Organización y funcionamiento. ¿Cómo es la organización y el funcionamiento?
- ◆ ¿Cómo es la coordinación entre los diferentes trabajadores de hogar?
- ◆ ¿Qué tipo de formación se requiere de entrada? ¿Qué formación se da después en vuestro trabajo?
- ◆ Necesidad percibida del servicio.
  - ¿Porque necesitan las personas mayores que le presten esta atención en domicilio? ¿Qué personas la reciben? , ¿Como es la cobertura..?
- ◆ Accesibilidad al servicio sanitario y social en relación a los C. Salud.
  - Facilidad de contacto
  - Tiempos de esperas
    - ¿Cómo es el contacto las citas etc. con el médico, enfermero y T Social...?
    - ¿Qué opina sobre el tiempo desde que solicita una cita hasta que le reciben y del tiempo que tiene que esperar?
- ◆ Servicio personalizado
  - Escucha activa.
  - Explicación sobre los cuidados y atención recibida.
  - Amabilidad en el trato.
  - Consideración hacia el usuario y pedir su opinión.
  - Imagen del profesional que le atiende...
    - ¿Cree que el médico / enfermero/ T. Social le escucha con interés? ¿Tiene en cuenta su opinión..?
    - ¿Cómo entiende las explicaciones e información que le dan los profesionales sobre los cuidados que debe realizar a las personas que presta servicios?

¿Cómo le tratan y le consideran a Vd.?

◆ Competencia

- Conocimientos y habilidades.
- Coordinación del equipo.
- Capacidad de respuesta a la demanda,...

¿Qué opina de como resuelven los problemas? ¿y del tiempo en resolverlos?

◆ Propuestas de mejoras.

- Nos gustaría conocer su opinión sobre que cosas están bien y cuáles están mal de los servicios prestados a lo mayores inmovilizados.

## **Anexo 3**



## Entrevistas con ancianos inmovilizados

## **Entrevista nº 1**

Mujer de 85 años (Isabel), con ayuda de Hogar pública y A.D... De enfermería.

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

1.- *¿Sale sola a la calle?*

2.- Salgo con la asistenta social que viene a ayudarme, salgo a comprar ahí cerquita pero poco, andando solo cerquita.

1.- *¿Cuando viene? ¿Cuantas horas?*

2.- 4 días a la semana unas veces 3 otras 4 según el trabajo que tenga, las horas el tiempo que necesita nada más ya si voy a comprar cuando volvemos ya se va...Y otro día viene me friega los suelos y me ducho porque yo sola me cuesta mucho aunque he quitado la bañera y he puesto una ducha porque ya no podía entrar en la bañera y cuando me ducho me ayuda a salir de la bañera que es lo que más trabajo me cuesta...

1.- *¿Como has hecho la obra de la ducha?*

2.- Yo por mi cuenta.

### **Necesidad percibida de ayuda**

1.- *Necesita además de la ayuda para la casa algún otro tipo de ayuda... Por algún problema de enfermedad...*

2.- De momento lo que tengo es un problema con las piernas y no tiene solución porque me he gastado dinero yo que se el dinero que me he gastado de ir a este médico de ir al otro...nada últimamente me dijeron de un hombre que daba unos masajes he probado me he gastado el dinero y le he tenido que decir que no venga más porque yo no encuentro alivio ninguno y yo tampoco puedo porque cada vez que venía eran 3.000 pesetas y yo no puedo,.. Yo tengo una paga muy pequeña y no puedo con ese gasto así que lo he dejado también... Y estoy aquí hasta lo que Dios quiera hacer conmigo...

1.- *¿Tiene algún otro problema aparte de los huesos?*

2.- También la circulación tengo piedra en la vesícula pero no gracias a Dios no me molesta para nada no me duele ni nada solo la boca amarga. Pero por lo demás.... estoy muy bien.

1.- *¿Qué tipo de medicamento toma?*

2.- Para la circulación unas gotas y unas pastillas para el colesterol y algunas veces me pongo deprimida y tome también unas pastillas que me van muy bien esa es mi vida..

### **Accesibilidad al servicio y Servicio personalizado**

- 1.- *¿Cómo avisa a su médico, enfermero para que la visiten?*
- 2.- De vez en cuando viene una enfermera hace unos días ha estado me toma la tensión, me hace la prueba del azúcar que gracias a Dios
- 1.- *¿Habla con Vd. y le explica cosas sobre su salud...?*
- 2.- Está aquí un ratito pero sólo. Pero vamos bien.
- 1.- *Conoce a su médico ¿Cuando viene a verle a su casa?*
- 2.- Si lo conozco pero el no viene aquí la muchacha es la que me va por los medicamentos...y si me tienen que hacer análisis de sangre vienen aquí... Y me lo hacen la muchacha me lo recoge.
- 1.- *Entonces ¿Cómo consulta a su médico?*
- 2.- Yo antes de que me pusiera así bueno yo llevo muchos años con lo de las piernas pero yo antes iba al ambulatorio y salía a la plaza pero cuando me puse así pues ya ni a la plaza ni al ambulatorio ni a ningún sitio... Si me encuentro muy mal lo que hago llamo la ambulancia si es una cosa como un catarro fuerte o una cosa de más envergadura pues llamo a la ambulancia y me traen y me llevan... Y voy al ambulatorio de aquí arriba...si es una cosa que no es de mucha importancia pues me voy en un taxis me tiene que llevar la muchacha porque yo tampoco puedo ir sola porque me bajo del taxis y ya no puedo dar un paso pues ya viene ella conmigo..
- 1.- *Entonces cuando la ve al médico ¿Cómo le explica lo que le pasa?*
- 2.- Si el sabe el problema que yo tengo si, yo lo tengo desde que abrieron el ambulatorio ese estoy yendo ahí es el mismo médico... ¿como se llama? no me acuerdo...
- 1.- *¿Qué turno tiene?*
- 2.- Unas veces por la mañana y otras por la tarde...
- 1.- *¿Que cosas echas de menos...?*
- 2.- Si viniera una persona por ejemplo dar un paseito y estirar las piernas porque yo salir lo necesito también... Andar un poquito...
- 1.- *No necesita nada más y alguna cosa del centro de salud.*
- 2.- Si yo lo necesito no me importaría que viniera el médico pues no es lo mismo que tener que desplazarme que necesito que me lleven eso si viniera alguna vez estando bien no necesito gracias a Dios pero si me pusiera mala o algo pues llamaría al número de teléfono....
- 1.- *¿Qué tipo de teléfono tiene?*
- 2.- Tengo uno normal y este que es de la Cruz Roja...

- 1.- *Si quieres comentarme algo sobre las necesidades que tienes...*
- 2.- Yo eso que viniera que me gusta que venga, a charlar un ramito y si tengo que ir a un mandado o cualquier cosa porque muchas veces me veo agobiada de que me hace falta algo y como no puedo ir pues si alguna vecina me lo pueden hacer pero ella tienen sus obligaciones y a mi no me gusta molestar...
- 1.- *¿Qué familia tiene?*
- 2.- Tengo 3 sobrinos y vienen de vez en cuando a verme...

## **Entrevista nº 2**

Mujer de 80 años (Juana) que vive solo con ayuda de hogar pública.

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

1.- *¿Cuántos años tiene?*

2.- Tiene 80 años

1.- *¿Vives sola?*

2.- Con dos gatos

1.- *¿Quién te ayuda?*

2.- Juana (es una trabajadora de hogar)

1.- *¿Cuánto tiempo viene ayudarte al día?*

2.- Una hora le dije a Ana (Coordina la ayuda social del ayuntamiento) que una hora no es nada mientras que va por los mandados viene no le da tiempo a nada y hoy ha venido y me ha limpiado toda la casa,.. Yo comprendo que hay muchas criaturas que lo necesitan también...

### **Necesidad percibida de ayuda y accesibilidad al servicio.**

1.- *Y además de esa ayuda... ¿Necesitas que vengan del C. Salud? ¿Cómo avisas al médico o al enfermero o trabajadora social?..*

2.- Viene Carmen (T. Social) de tarde en tarde.

1.- *¿EL médico cuando lo ves?*

2.- No cuando estoy muy grave está en el nº 16. (No es su médico de cabecera). ¿Es médico no?

1.- *¿El enfermero cuando te visita?*

2.- Vino un día uno para sacarme sangre para el azúcar...

1.- *¿Qué problemas de salud tiene?*

2.- Tengo azúcar y tengo un poquito de todo hija...

1.- *¿Cuando se pone más mala como llama al médico?*

2.- Si me acuerdo o si lo tengo llamo por teléfono pero como me pasan las cosas que no me da tiempo a nada...como me pasó esa noche que me quedé con los brazos y las piernas muertas y no podía coger el teléfono que no podía hasta que se me cortó el habla aquí con los vecinos hay que contar...

- 1.- *¿Tiene algún teléfono especial?*
- 2.- Eso le he dicho yo a Ana que cuando me lo va a traer claro que lo necesito me lo van a traer cuando me muera yo es que tengo miedo de noche en particular antes no tenía pero desde que me pasó eso me he quedado asustado...
- 1.- *¿Qué le parece cuando viene su médico del tiempo que tarda?*
- 2.- No me dice a una hora y más o menos viene a las 14 de la tarde viene a las 14,30

**Servicio personalizado y competencia.**

- 1.- *¿Cuando viene le escucha sus problemas? ¿Le extiende lo que le dice?..*
- 2.- Si, eso si yo le explico todo lo que me pasa y todo lo que tengo.
- 1.- *¿El médico le explica bien lo que tiene que tomar y lo que puede comer...?*
- 2.- Si claro, si
- 1.- *¿El enfermero como le explica las cosas que tiene cuando viene a verla?*
- 2.- Si el otro día estuvo aquí... me tomó la tensión y me dijo pues tiene la tensión alta y me puso en un brazo más alto que en otro y no sé si se lo habrá dicho a mi médico...ahora como me entero yo de que le ha dicho o no...Eso lo que necesitaba es que mi médico viniera a ver como estaba...
- 1.- *¿Le gustaría alguna otra cosa para su situación?*
- 2.- Yo echo de menos la soledad que es muy triste la soledad yo si estuviera buena eso digo muchas veces a los jóvenes yo no me cambiaba por ninguno de ustedes... Porque yo tengo una agilidad para trabajar si no fuera por los mareos que me da el otro día cogí la silla para limpiar la lámpara y me dio un mareo y me baje pero mira como está. No puedo hacer nada...
- 1.- *¿La vista la tiene bien?..*
- 2.- No estoy mirando a Carmen y la veo turbia estoy perdiendo vista lo único que yo voy a necesitar es que me hubieran puesto la cita del oculista para antes de tiempo que me la han puesto para el 31 de Agosto desde Junio la tengo pedida y se lo he dicho a mi médico para ver si podía bajar la fecha me ha dicho que ella no podía hacer nada...
- 1.- *¿Quien la acompaña al especialista?*
- 2.- La que está conmigo... Además estoy rabiando con la cabeza ya me he tomado 5 pastillas (optalidones)...esos son muchos ¿No? Otras veces me he tomado hasta 10.
- 1.- *¿El médico no le tratado con otra cosa?..*

- 2.- Si me han mandado esa (Toradol) pero no me hace nada, aunque me tomo las dos. Y me calma un poco más que una sola o la otra sola...pero que yo debería tener mi cabeza mejor...me duele los ojos, yo que sé...
- 1.- *¿No ha llamado a su médico?*
- 2.- No para que me va a decir que vaya y yo no voy a ir... Mira si a mi me dice ven y te voy hacer esto o lo otro pero para que no me haga nada para que voy a ir me receta y listo... Y ya está...
- 1.- *¿Cuando le han hecho algunos análisis o algunas pruebas?*
- 2.- Desde que salí del hospital... Hace un mes un poco más o menos...Ayer le dije a (Trabajadora del Hogar) que me quería ir a la residencia (suspiro profundo) y me dijo yo como me voy a ir contigo Juana si hay otras pobres que también lo necesitan y yo lo comprendo todo eso pero yo ¿voy a ir sola? No puedo porque me dan mareo y la cadera la tengo... Que me tenía que haber operado y no me he podido operar...
- 1.- *¿Su médico viene alguna vez sin llamarlo?*
- 2.- No...
- 1.- *¿Le gustaría que viniera alguna otra persona?*
- 2.- Pues claro que me gustaría yo le digo a Juani, quédate un ratito y me dice que tiene muchas cosas que hacer....

### Entrevista nº 3

Hombre 94 años que vive con su mujer de 82 años.

“Han solicitado ingresar en una residencia, tiene ayuda a domicilio que ellos no reconocen”

Entrevistadora: 1

Entrevistado: 2

1.- *¿Viven los dos solos? (Hombre con déficit de visión y mujer con déficit auditivo).*

2.- Si solos.

1.- *¿Tienen algún tipo de ayuda para el cuidado de la casa o para Vd.?*

2.- Solo del Centro de Salud.

1.- *¿Qué personas vienen del C. Salud?*

2.- De vez en cuando, el médico viene mañana...

1.- *¿Con qué frecuencia vienen a visitarle?*

2.- Hombre cuando lo llamamos y puede venir...

1.- *¿Cómo le llama?*

2.- Por teléfono muchísimas veces...porque hay un conflicto para llamar...

1.- *¿Viene el médico alguna vez sin llamarlo?*

2.- Nunca no, no

1.- *¿Viene los enfermeros de vez en cuando sin llamarlo?*

2.- Tampoco cuando se llama y con mucho trabajo... Y con muchos favores la que está viniendo ahora normal y muy bien es la A.T.S. a tomarle la tensión (esa es la enfermera) menos mal que vino y se quedó aquí hasta que vino la ambulancia para ayudarme porque yo estaba sólita

1.- *¿Le solucionó el problema?*

2.- Me ayudó a cerrar las ventanas a entrar en la ambulancia... Y no se fue hasta que no nos fuimos.

1.- *¿cada cuanto tiempo vienen a tomarte la tensión?*

2.- Ahora están viniendo porque la tiene baja todos los días, ella se está tomando mucho interés hasta que la tenga bien y después vendrá cada dos o tres días según...

1.- *¿Cómo le explica su médico los problemas que tiene y como van las cosas?*

2.- Que va el médico no explica nada, ni te enteras tú de nada tampoco...



- 1.- *He visto un montón de medicamentos ¿Cómo saben lo que tienen que tomar? ¿Cómo se aclaran?*
- 2.- Yo ya no sé ni lo que tengo ahí, mira llega un médico y dice esto no vale... Vamos muchos al hospital de P. Europa cada vez que vamos distintos medicamentos distintos planes distintos de todos... Que vamos hacer yo le dije al médico mire Vd. me va a mí a dar eso pero yo no tengo visión que quiere que haga yo... No veo. Y no tengo nadie que me ayude nada más que mi mujer... (Esposa.- Y su mujer está harta)...
- 1.- *¿Cómo es el trato del personal del C. Salud?*
- 2.- Ellos en el Hospital están nada más que para lo que ellos tienen necesidad ellos te dicen que estás malo con arreglo a lo que ellos ven no a lo que tu les digas.. El médico de cabecera yo no puedo. Lo que hago es mandarle unos papeles para que el vea todas las cosas y el médico especialista dijo ayer que te vea el médico de cabecera y que estudiara el papel que le ha puesto (informe) pero como no está, hay un sustituto... que tampoco ha venido....Entonces que hacemos coger una pistola e ir detrás de él...
- 1.- *¿Cómo resuelve los problemas de salud?*
- 2.- Con dificultad como van viniendo nos vemos imposibilitados de la vista la cuestión es la vista y que somos demasiado viejos a quien vamos a recurrir...
- 1.- *¿Cómo podríais vivir entonces en lugar de en la casa?*
- 2.- Si naturalmente yo estoy muy a gusto aquí... Puedo decirlo... si yo hubiera encontrado una mujer en condiciones de tenerla aquí con nosotros pero cuesta caro y que sea buena o no porque yo no sé lo que se mete para encontrar la persona adecuada si tuviéramos dinero. Pero mi pensión es de 67.000 no puede ser... (La mujer habla a la vez) yo con todo el dolor de mi alma... Me ha costado muchos años trabajando y además mi hija está muy mala en América, le han cortado un seno y tiene problema. (La esposa: yo no lo entiendo a él porque no vocaliza)
- 2.- Es que no puedo. Quiere que yo vea...
- 1.- *¿Qué tipo de teléfono?*
- 2.- El corriente...

#### Entrevista nº 4

\*Mujer 75 años (Encarnación), encamada con ayuda privada y cuidada por su hija

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

Hija: 3

1.- *¿Desde cuando está en la cama?*

2.- Me dio un infarto hace 6 años y me quedé incapacitada

1.- *¿Cómo te levantas de la cama?*

2.- Yo no me levanto me levantan entre dos, mi Tere y una muchacha que tengo que viene a las once y media y me echa una mano...

1.- *¿La muchacha es del Ayuntamiento?*

2.- No tenía que ser así pero no la pone, la pago yo y cuando no puedo mi familia...

1.- *¿Cuando vienen a visitarles el médico o la enfermera del C. Salud?*

2.- Si vienen aunque hace mucho tiempo que no se me hacen análisis...

1.- *Cuando te pones pero por algo ¿Cómo avisas al médico?*

2.- Hace poco que estuvieron aquí porque cogí infección en la orina y luego me dijeron que estaba deshidratada...

1.- *¿Cómo avisas al médico?*

2.- No me acuerdo, va mi hija y el médico vino y como es tan cerca pues a veces el teléfono hay que tener suerte a veces es más fácil dar un salto... Ella (la hija) va todos los días al colegio y como está tan cerca no le cuesta trabajo...

1.- *¿Cómo te explica las cosas el médico y habla contigo y te escucha?*

2.- Hombre esto es tan viejo que lo sabe una de memoria ya está una torpona...

1.- *Y ¿Cómo te tratan?*

2.- Son amables si, si,

1.- *El enfermero ¿cuando te visita? Si viene, el enfermero viene sin llamarlo y el médico cuando lo llamas...*

3.- Algunas veces viene también el médico de tarde en tarde no es que venga como el enfermero pero viene

- 1.- *El enfermero cuando viene ¿Que te hace?*
- 2.- Nada 4 preguntas, ¿que como estoy? ¿Si estoy mejor? ¿Que si tengo úlceras?.. No tengo, no tengo he tenido una que ya no la tengo...
- 1.- *Alguna otra ayuda carritos, colchón etc. ¿Cómo se lo han dado?*
- 2.- La silla de la seguridad social y yo me he tenido que comprar una... No tengo colchón especial ni nada...
- 1.- *¿Cómo te soluciona tu médico los problemas?*
- 2.- Es la doctora..... es muy simpática y yo estoy muy contenta con ella.
- 1.- *¿Te parece que está preparada?*
- 2.- Que si, si estupenda...
- 1.- *Alguna cosa para mejorar tu situación...*
- 2.- Alguna cosa que me moviera en la cama... Y me lleve delante de la ventana.

## Entrevista nº 5

Mujer de 80 años (María) vive con el marido sin ayuda ni privada ni pública.

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

- 1.- *¿Cuanto tiempo lleva sin poder salir de casa?*
- 2.- Casi un año...
- 1.- *Utiliza bastón o alguna ayuda para caminar*
- 2.- Cuando salgo si pero en mi casa no porque yo en mi genio (llora)...
- 1.- *¿Con quien vive?*
- 2.- Con mi marido
- 1.- *¿Qué otro familiar?*
- 2.- Tengo una hija que está mala...
- 1.- *¿Cómo hace las cosas de la casa?*
- 2.- Yo friego los platos despacito... En fin.
- 1.- *La compra ¿Cómo la haces?*
- 2.- Yo no puedo ya hace más de dos año que no voy al pueblo
- 1.- *Te la traen*
- 2.- Si,...
- 1.- *¿Como te visita tu médico?*
- 2.- Tengo que ir... Para sacar número para todo...
- 1.- *Y, ¿llamas por teléfono al centro..?*
- 2.- Algunas veces otra no es posible
- 1.- *¿Cómo vas?*
- 2.- Me llevan en un coche...
- 1.- *¿Cómo te visita el enfermero?:*
- 2.- Viene a tomarme la tensión que la tengo alta... Pero ya no viene porque dice que si estoy aquí y ando aquí pues que vaya...

- 1.- *¿Algunas ayuda del ayuntamiento? ¿Cómo te visita la T Social?*
- 2.- No han venido nadie, porque es que yo tampoco he ido a arreglar nada para que te voy a decir... no he molestado a nadie yo me he apañado pero para “encalar” ya no puedo he tenido que meter un hombre...
- 1.- *Cuando vas al centro tu médico ¿Cómo te explica las cosas?:*
- 2.- Ella dice que, que va hacer que mis piernas no tienen solución.. (Tienes tratamiento) pastillas, calmante todo,...
- 1.- *¿Cómo te hacen los análisis?*
- 2.- No me los hacen. Atendida por médico, atendida no estoy yo, porque yo si voy me ven y no voy no hay nada que hacer..
- 2.- El enfermero venía a tomarme la tensión antes casi todos los días.. Y después cada semana, pero después me dijo que como no estaba en cama pues que tenía que ir al Centro.
- 1.- *Alguna cosa para mejorar su situación, tus problemas de salud*
- 2.- Tenemos una paga muy cortita pero a mi no me gusta. Para quedarme en el coche.. Pero los trabajos gordos son los que cuesta más yo la cama la hago con mucho trabajo.. Tengo la espalda muy mal....me operaron en el hospital.. Yo no he visto a especialista la que va mucho a los especialista es mi hija le cortaron un pecho hace 6 años y dice el médico que no tiene nada y ahora. Tiene el hígado...

**Entrevista nº 6**

Hombre 67 años (Sebastián) vive con su mujer.

Entrevistadora: 1

Entrevistado: 2

Esposa: 3

1.- *¿De qué padece? ¿Cómo se mueve?.*

2.- Padezco de corazón y me mueve unos 50 metros a 100 no puedo.. Estoy prácticamente en casa.

1.- *¿Cómo lo visita el médico?*

2.- Lo llevamos en coche.

1.- *¿Quien le visita en casa?*

2.- Aquí un señor a tomarme la tensión.. (Esposa.- Cuando el tiene consulta de médico nosotros lo llevamos en coche bien sea al ambulatorio o al hospital Punta de Europa).

1.- *¿El médico aún no ha venido a casa?*

2.- No, no ha venido..

1.- *¿Cómo hace el tratamiento? Toma mucha medicación...*

2.- Si media bolsa de medicamentos.

1.- *Algún otro tipo de ayuda*

2.- No, no

1.- *Entonces visita a su médico en el C. Salud*

2.- El médico lo ve allí (esposa.- aunque el tiene dificultad para moverse y todo, mi nuera lo lleva en coche.. lo trae, residimos en Algeciras desde hace 9 meses.. Y hace 7 meses que esta malo..

1.- *Cuando se pone peor de pronto ¿Qué hace?*

2.- Llamamos una ambulancia.. Cuando me dio el infarto fui conduciendo yo solo.. Hasta el ambulatorio

1.- *Cuando ve al médico o al enfermero ¿Le pregunta si tiene alguna duda sobre que puede comer que puede que hacer..*

3.- Él lo sabe porque su cardiólogo ya se lo ha dicho, le mandó un régimen de comida no puede comer grasa ni cosas de esas).

- 2.- Mi cardiólogo es.. Yo creo que pasa mucho tiempo desde que me vio la última visita el 5 de mayo y hasta octubre otra vez son distancia muy larga y...
- 3.- Se encuentra mal y le gustaría la consulta de un médico que pudiera que... el animo de un médico que le diga vas un poquito mejor haz esto o esto.. Un poquito más de control..
- 2.- Las piernas se me inflaman mucho yo nunca tuve nada todo esto me viene de... nunca tuve males he sido deportista me vino el ácido úrico después me vino todo..
- 1.- *¿Cómo se mueve por la casa?*
- 3.- El se mueve con dificultad pero despacito y para salir mi nuera o mi hija lo meten en el coche..
- 1.- *¿Qué opina del trato y de la atención del C. Salud?*
- 2.- Hasta ahora no nos podemos quejar.. Siempre que vamos nos atiende bien.. El enfermero también, tengo la tensión controlada con la medicación y va bien.. El día que no vaya bien avisaría al C. Salud.
- 1.- *¿Cómo cogen las citas?*
- 2.- Por teléfono no hay problema porque está la historia en el ordenador..
- 1.- *¿Cómo se hace las pruebas, los electros...?*
- 2.- En el hospital me hicieron una radiografía, y tengo una analítica general total para cerca de dos meses y medios... que tarda mucho todo
- 1.- *Algo más.*
- 2.- Esposa.- Me gustaría que las consultas no del médico de cabecera que ese lo tenemos cada vez que queremos sino del especialista fueran más cortas 2.-El especialista es amigo mío... no te preocupes cualquier problema que tenga...

## Entrevista nº 7

Mujer de 81 años (Victoria) vive con su marido.

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

Esposo: 3

1.- *¿Qué le ocurre?*

2.- Además le ha salido una culebrina ahora y la están tratando..

1.- *Ella, ¿Por qué esta incapacitada?*

2.- No tengo fuerza en las rodillas y se me duerme los pies.. No tengo fuerza.. Ando por la casa con el andador y poco a poco

3.- Ella lo hace todo despacito, la comida....

2.- A veces me ayuda mi nuera pero poco porque no puede..

1.- *¿Alguna ayuda del ayuntamiento?*

2.- No, no viene..

1.- *¿Como le ven los médicos y enfermeros del C. Salud?*

2.- El médico no viene

3.- Ya sabe lo que tiene y yo voy y habla conmigo..

1.- *¿Cómo le visita el enfermero?*

2.- Viene a tomarle la tensión..... Viene de vez en cuando.. Ahora ha cogido el permiso ella y me ha dicho la médica que si te hace falta que te vaya alguien a verla, tú vienes y me avisas que yo te mando al que venga...

1.- *¿Qué problema tiene con la tensión?*

3.- La última vez que vino hace una semana le sacaron 180 / 80 pero dijo voy a venir el miércoles porque voy a coger las vacaciones pero vino el lunes y estaba en 160 y dijo ahora está bien lo que le pasa a ella que se le sube la tensión porque ella quiere hacerlo todo y como no puede pues se "emberrenchina" ..

2.- Yo a lo mejor quiero levantar esto y no puedo y ya me irrito y me sube la tensión...

3.- Yo le hablo porque ella no se explica bien. Yo le digo tú tienes niños chico.... yo soy igual que tú que no puede barrer pues siéntate, yo friego, yo hago la comida,.. La atiendo le doy las medicinas se lo hago todo.. ¿Que es lo que quiere?..



- 2.- Ahora me ha traído la medicación la ha cogido de la farmacia y me la ha dado..
- 3.- Ella padece de tiroides, le doy el seguril y la digoxina y ahora las medicina para esto... (Cambian de tema).
- 3.- Hemos cambiado la bañera por la ducha
- 1.- *¿El cambio lo habéis hecho vosotros?*
- 3.- Si yo sólo..
- 3.- Yo desde que estoy aquí y me apunté a esta médica estoy muy agradecido.. No sé por que será pero de allí (Ceuta) aquí hay diferencia será por la autonomía..
- 1.- *¿Cómo le atiende el médico y como le explica las cosas?..¿Y cómo en el C de salud.?*
- 3.- Allí va a un al médico y le da una medicina que a lo mejor necesita tres le dan una.. Allí he ido por la insulina que me daban una y aquí me dan 4. Voy a la doctora y le dijo señora no se ha equivocado.. Porque me ocurre esto.. No , no está Vd. equivocado como si le pertenece de medicina 3 o 4 por eso le digo que nosotros estamos muy agradecidos.
- 1.- *¿Cómo le explican las cosas?..Sobre su diabético..*
- 3.- Yo voy a ver la enfermera para diabética que me atiende muy bien..
- 3.- El médico trata a las personas como si fueran su familia....no dice soy doctora.. Es solo un a persona que ha estudiado y yo no he estudiado...
- 1.- *¿Cómo llama al C. Salud.?*
- 3.- Llamo por teléfono o voy yo, y esto de mandarle a una mujer para tomarle la tensión y todas esas cosas allí no.. Se hacia...
- 1.- *El andador ¿Cómo se lo han dado?*
- 3.- Mi hijo hizo uno cuando salio del hospital y ella andaba con eso y yo dije aunque yo lo tenga que comprar no me importa y fui a la doctora y.. No, no me dio un volante para el ambulatorio grande y el médico que tenía que firmar me preguntó y le expliqué que no podía andar por esto.. Le llevé una radiografía y de la espalda porque tiene la columna vertebral desviada totalmente..
- 2.- Y con este voy más ligera.. (Cambio de tema)
- 1.- *Alguna cosa para mejorar su situación*
- 2 y 3.- Gracias a Dios nada..

**Entrevista nº 8**

Mujer 80 años (Salvadora) y cuidadora principal de su hermana de 78 años

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

Hermana: 3

1.- *Salvadora ¿Cómo se encuentra de salud?*

2.- No salgo de casa.. Por aquí me muevo pero me canso muy pronto

3.- Yo cuido a mi hermana (78 años) pero sola no puedo me echa una mano mi hija sino como voy a poder mira toda la ropa que tengo de todos los días para lavar no tengo tiempo.

1.- *¿Te viene alguna mujer del ayuntamiento?..*

3.- Están arreglado los papeles pero no han venido todavía por lo menos por la mañana para ayudarme a lavarla que se lava todas las noches no porque se haga nada.. Se cambia de camisón, de sábana..

1.- *¿Qué problema tiene de salud?*

2.- El brazo me lo lastimé tengo artrosis y no puedo mover los brazos, ni las piernas.. Mira, mira como las tengo en cuanto llega las dos ya no puedo.. Y después no estoy buena porque tengo de.. Hace poco me operé de la vista que tenía catarata y todavía no he podido hacerme las gafas porque no me puedo retirar de aquí.. Pero mira he tenido buena suerte porque el médico no podía ser más simpático y más bueno..Me ha dicho Vd. no se puede operar todavía del otro ojo..Me hicieron radiografía,.. Me pusieron suero que me dolía sería por la artrosis pero me dolía mucho. Que yo he estado otras veces y no me asusto...pero esta vez me dolía..

1.- *¿Cómo llama a tu médico cuando lo necesitas?*

3.- Unas veces se llama por teléfono y otras veces se va allí y él viene porque después de estar mi hermana mala yo tengo el mismo médico y con este hospital (se refiere al C. Salud) yo estoy muy contenta a mi no me falta.....

1.- *¿Cómo te explica las cosas?*

2.- Es muy simpático el hombre y el me mira a mí como si mirara algo suyo

1.- *¿Cómo es el trato con el enfermero?*

3.- Es... es maravilloso yo creo que no habrá otro.. No hay otro como él ya lleva dos días que no viene y ya lo echamos de menos porque habrá personas buena pero este señor es que es.. Enseguida han venido una ATS a cambiarle la goma, ha venido a curarla, sino viene otro muchacho bueno ese está un poquito más verde.. Yo tengo ahí de cosas a mi no me falta de nada..También tenía azúcar la

llevamos al hospital estaría 15 o 20 días allí le entró otro ataque....ya no puede comer solo lo que se le da con la batidora... todo batido a mi me da mucha pena mi hermana si estuviera en el hospital no estaba igual.. Que va

- 1.- *¿Te gustaría que viniera alguna persona ayudarte? ¿Cuándo viene la trabajadora social?*
- 3.- No ha venido nunca la trabajadora social yo le arreglé los papeles porque mi hermana gana muy poco me parece que es sobre 20.000 ptas. Cada 3 o 4 meses.. Si no fuera por lo mío.....
- 1.- *¿Qué tipo de ayuda de carrito, cama etc. tiene tu hermana?*
- 3.- Yo he recogido una cama porque gracia a Dios tengo mucha suerte....lo he conseguido por una nieta que trabaja cuidando a un hombre.. (Cambio de tema) el novio tenía un familiar con una cama y me la trajo, es una gran ayuda.. Mi médico me ha mandado una silla..

**Entrevista nº 9**

Mujer:83 años (Ángela) con cuidador familiar 8 Hija y con ayuda privada

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

Esposo: 3

1.- *¿Sólo se mueve de la cama al sillón y la traen?*

3.- Si pero por la mañana viene una muchacha que la pago yo, me cuesta.... y después tengo otra para que me limpie..Yo no tengo nada más que una jubilación que no soy..Nada más que la paga y después ella se va a las 15 horas y no vuelve hasta el día siguiente y los sábados se va igual y ya no vuelve hasta el lunes..Y todo ese tiempo yo estoy cuidándola, mis hijas no pueden porque una está mala la otra está con una hija que ha dado a luz y no pueden..

1.- *¿Desde cuando está así?*

3.- Desde que salio y se partió la cadera ha tenido aparato ortopédico en las piernas..Ella por si sola no se puede mover y comer muchas veces hay que darle comidas muy blanda..

1.- *¿Cuando viene a verle el médico?*

3.- Cuando la llamo algunas veces, porque la chica que tengo es ATS la muchacha.. No encuentra trabajo... parece estupenda..La insulina se la pongo yo cuando no viene ella..

1.- *¿Cuando vienen los enfermeros del C Salud?*

3.- No vienen a verla aquí no viene nadie..

1.- *¿Están solo con ayuda de las personas que le pagáis? y ¿ninguna otra ayuda?*

3.- Ella tiene una paga pero otra ayuda no, ¿Tiene una úlcera?

3.- Si se la cura la ATS y yo también.

1.- *¿Cuando se pone mala de pronto y llaman al centro de salud si vienen? ¿Y los medicamentos?*

3.- Si viene y nosotros hablamos mucho con ella con su médico ahora tengo que ir pues se va de vacaciones y nos atiende muy bien y dice es que yo no puedo hacer nada.. Yo también estoy un poco delicado he estado en el hospital y la doctora me ha mandado unas pastillas entonces..Me dijo que no me tomara nada más que la mitad (aspirina infantil) porque tengo algo del corazón me tiene dicho que cuando tenga algo me vaya para el hospital yo tengo 83 años también.

3.- Pero la cabeza la tiene muy bien.

3.- El médico no viene como no sea que se de una vuelta.. Pero pocas veces pero yo lo que necesito es más bien compañía yo me agobio porque muchas noches tu sabes le entra ganas de hacer “pipi” y me tengo que levantar y cuando es otra cosa pues la tengo que limpiar y todo y yo estoy cansado.. En noviembre hace 60 años que no casamos..

1.- *¿Tiene algún carrito, o bastón para que se pueda mover algo?*

2.- Con un bastón inglés si (3.- pero agarrado a otro) tengo dos bastones y con ayuda de otra persona sola no.....

1.- *Dice que necesita compañía ¿No?*

3.- Compañía si, tengo una nieta que viene una o dos veces en semana un rato..(.cambio de tema)

1.- *¿Que tipo de molestias tiene? ¿Que tratamiento?*

2 y 3.- Me molesta las manos, y tomo iso-lacer...manidón y.. (No tiene problema con la medicación.)

1.- *Alguna necesidad para mejorar su situación*

3.- Yo creo que por la tarde desde 18 horas en adelante se me hace muy largo me vendría bien un rato de compañía (ya tiene puesto el pijama porque está muy fresquita..) (Cambio de tema)..

**Entrevista nº 10**

Mujer de 78 años (Purificación) vive con el marido

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

Esposo: 3

Nuera: 4

1.- *¿Qué le impide salir de la casa?*

2.- Tengo los huesos muy mal pero no veo..

1.- *Por la casa ¿Cómo se mueves?*

2.- Me tienen que ayudar

1.- *¿Ves algo?*

2.- No nada.

1.- *¿Con quién vives?*

2.- Con mi marido y tengo mi familia enfrente..

1.- *¿Quién te viene a visitar del C. Salud?*

2.- Si viene el enfermero para verme porque tuve una subida de azúcar que nunca la he tenido yo y de pronto ha sido esta subida me pusieron insulina.. Y ahora me estoy tomando pastillas.. Por la revisión me sacaron el azúcar.. El viernes estuvieron aquí para verme (el enfermero).

1.- *¿Cuando la visita su médico?*

2.- El médico no

3.- El médico manda... el médico de cabecera no viene manda a que venga... (No la ha visitado todavía)

1.- *Cuando se pone mala de pronto ¿A quien avisa y cómo lo hace?*

2.- Si ha venido un médico o una médica también (de urgencias)

3.- De todas maneras ella manda aquí.. (El enfermero)

1.- *¿Cómo llama a su médico?*

2.- Por teléfono, si no se llama no viene..

1.- *Además del enfermero o médico del C. Salud ¿Que otras personas vienen a visitarla?. ¿Cómo hace las cosas de la casa y su baño?*

4.- Entre el abuelo y yo como se puede..

1.- *¿Algún ayuda de bastón u otro tipo*

2.- De momento no nada..

1.- *Cuando viene el enfermero ¿le explica como es Vd.?*

2.- Si me hace las cosas y me las explica. Si lo entiendo bien.

1.- *Alguna cosa que necesites para mejorar tu situación , algún tipo de atención desde el C. Salud.*

2.- No nada son muy amables conmigo. Ya lo necesitaré más adelante...

**Entrevista nº 11**

Mujer de 91 años (Isabel) vive con una hija (en casa de su hija)

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

Hija: 3

1.- *¿Qué problema de salud tiene?*

2.-

1.- *¿Sales a la calle?*

2.- Ahora casi no salgo estoy con mi hija pero yo me levanto sola

1.- *Desde cuando está con su hija*

2.- Hace mucho tiempo

3.- Ella no sale a la calle y por la casa no se mueve un rato sentada y otro acostada se le hace todo..

1.- *Isabel tienes una úlcera ¿Cuándo vienen a curarte?*

2.- Todos los días

1.- *¿Cómo te visita tu médico?*

2.- Mi médico ha venido alguna vez, han venido dos médicos a verme.

1.- *¿Cuando te visita el enfermero?*

2.- Todo los días viene una enfermera a verme me ha ido muy bien con ello son muy amables para mi.. Si son amables..

1.- *¿Cómo te explican como esta? ¿Los entiende?*

2.- Si los entiendo y se ríen conmigo porque les digo cosas... me meto con ellos.. Estoy contenta.. Si..

1.- *¿Alguna otra ayuda?*

2.- No..

1.- *¿Quien te hace las cosas?*

2.- Mi hija, esta no, la otra

3.- Yo vivo en Barcelona y estoy de vacaciones es mi hermana la que la cuida... (Explica su situación familiar por la que no puede cuidar a su madre.).



1.- *Tienes un carrito ¿Cuando lo utilizas?*

2.- No lo utiliza es de la seguridad social se lo pasaron cuando se puso tan mal de las piernas. Pero ahora mi hermana la va llevando poco a poco..

1.- *Tiene bastones u otro tipo de ayuda..*

3.- No porque pesa mucho y tiene las piernas delicadas y no puede.

2.- En Córdoba tenía un médico muy amable y aquí también..

1.- *Si te pones mala de pronto ¿Como te visita el médico?*

2.- Viene a verme he estado a lo mejor sentada y me he puesto mala y ha venido

3.- Mi hermana está contentísima con los médicos

1.- *¿Te ha solucionado el problema, te has puesto mejor cuando te ha ocurrido eso?*

2.- Si y se ríen conmigo porque le decía cosas..

1.- *Alguna cosa que necesite*

2.- Estoy contenta son muy amables...

**Entrevista nº 12**

Mujer: 84 años (María) vive en casa de su hija

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

Hija: 3

1. ¿Cuándo te visita tu médico?

2.- No viene, bueno vino el otro día y se fue volando. Viene cuando se le llama y cuando se le paga..  
(Explica la hija que tiene un médico de A.A.V.V. que le llaman y le pagan)..

1.- *Pero del Centro de Salud ¿Quién viene a visitarla?*

2.- Viene a tomarme la tensión... (Enfermera) cada mes más o menos.

1.- *¿Cree que el médico le escucha con interés? ¿Cómo entiende las explicaciones que le dan?*

2.- Si estoy tomando unas cápsulas para eso..

1.- *La enfermera ¿Cómo te atiende?*

2.- Bien y me hace todo lo que me tenga que hacer cuando tenía la úlcera venía un día si y otro no..  
Ahora ya no porque dice que está bien..

1.- *¿Qué médico viene?*

3.- Aquí no he tenido que llamar, la he llevado al centro cuando estaba mejor ahora mientras que se mueve o no conviene que vengan aquí.. Llamo al médico de la asociación que se paga 1.500 y por estar en la asociación 1.000 ptas.

1.- *¿Cómo le recetan el tratamiento?*

2.- Voy a recogerlo a su médico, la doctora.....

1.- *¿Cuándo viene ella a ver a su madre?*

2.- Vino hace tiempo.

1.- *Cuando viene ¿Como le explica las cosas? ¿Cómo la trata?*

2.- Si dice como estás.. Pero como ya viene.... (La enfermera) y le toma la azúcar y la tensión.

1.- *¿Tiene alguna persona para ayudarla del ayuntamiento?*

2.- No.

1.- *¿Qué tipo de ayuda tiene para moverse?*

3.- Tiene un palo para andar tengo que comprarle un bastón

1.- *Ella vive siempre aquí y la cuida Vd.. (Su hija)*

3.- Si

***\*Esta entrevista se ha limitado por el déficit auditivo de la entrevistada y la poca información de su hija.***

**Entrevista nº 13**

Mujer 78 años (Carmen) vive en casa de su hijo

La nuera es la cuidadora principal, con ayuda de hogar para la higiene

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

Nuera: 3

1.- *¿Quién le cuida?*

2.- Ella es la que me cuida ella yo tengo 3 nueras pero.. Pero yo no me llevo mal con ellas ni nada pero esta me conoce desde los 14 años que le hablé a mi hijo y yo he dicho mejor llevarme que yo estoy acostumbrada a ella..

1.- *¿Desde cuando está en cama?*

3.- Lleva ya desde... mucho..

2.- Las 3 operaciones o 4 de caderas me dejaron mal que fui con mi marido pobrecito pues me dijo” el traumatólogo “ tú ya no vas a poder andar más y tienes que tirar los bastones y tengo un andador también pero no me sirve mi hijo es el que me coge porque ahora está ella...

3.- Tengo hernia de disco y no puedo...

2.- Así que malas no son pero yo estoy más acostumbrada a ella..

1.- *¿Quien viene a visitarte del C. De Salud?*

2.- No vienen

3.- ¡¡¡¡Abuela!! (recordándole)

2.- Si viene.... (la enfermera) viene siempre.

1.- *¿Cuando la visita su médico?*

3.- Ella tiene su tratamiento porque la lleva (un internista privado) como ella no tiene que guardar el dinero y tiene su pensión pues yo creo que no la tengo que mover al hospital ni a ningún lado y lo llamo a la casa y viene a verla que estuvo ayer tarde, la miro y está de corazón de pulmón de todo bien los huesos y la piel es lo que está mal

2.- Si ya hace muchos años.. Los huesos muy malos.. Las manos están imponente con un dolor hasta arriba y como la vértebra del cuello las tengo pinzadas...

1.- *¿Cuando vienen a verla algún médico del C. Salud?*

- 2.- Viene poca gente a verme tengo que decir la verdad..
- 3.- Abuela se te trae lo que hace falta
- 2.- Bueno..pero si..
- 3.- Claro (la enfermera) viene cada instante y si ve algo anormal.. La tensión está correcta siempre todo está muy controlado sus medicamentos no le falta de nada..todo, todo.
- 1.- *¿Alguna persona le ayuda puesta por el ayuntamiento?*
- 3.- Hemos llamado a partir del scanner que me han hecho y tengo la hernia de disco no puedo cogerla en peso y como yo era la que la lavaba sola pues de verdad me veo incapacitada porque no puedo y se me cayó una vez y tuve que venir del 061 entre 10 personas la pudieron sacar (la paciente es obesa con signos de efecto secundario a tratamiento prolongado con corticoides).. Tengo adaptado el cuarto de baño se lo hemos preparado nosotros adaptado el W.C, la bañera no la ha podido estrenar al principio podía ayudar algo pero ya no, ya hace 8 años que está aquí y ya no puede y mi cuñado al decirme a mi el médico que no puedo hacer esfuerzo y estoy sola con ella.. Viene una muchacha a ayudarme a levantarla.
- 1.- *¿Cómo es pagada por vosotros?*
- 3.- No es del ayuntamiento una asistente social viene un momento el tiempo de levantarla de la cama que hay que cogerla en peso sentarla en la silla de rueda ponerla en el cuarto de baño y cambiarla... solo ese momento nada más..
- 1.- *Alguna cosa para mejorar su situación (algún problema)*
- 2.- No tengo queja de nada ni de médico ni de enfermero ni de familia tampoco.. Lo que quiero es que me toque la lotería para ayudar a mi hijo.. (Cambia de tema)..

**Entrevista nº 14**

Mujer: 66 años (Dolores)vive con su hija curas diarias de enfermería (dedo del pie amputación)

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

Hija: 3

1.- *¿Porque no puedes moverte?*

2.- No puedo andar por las piernas y el pie que está malo

1.- *¿Algún otro problema de salud?*

2.- Uh, colesterol, azúcar el corazón, que más esto.. El cerebro que no me riega porque tuve dos infarto y una angina de pecho..

1.- *¿Cuando te levantas de la cama por la casa qué haces?*

2.- Nada, nada porque no veo como he perdido la vista

1.- *¿No ves nada?*

2.- Poquito, como yo veía cuando fui para el dedo pero el médico me ha dicho que no influye soy diabética desde hace 25 años.

1.- *¿Quién hace las cosas de la casa?*

2.- Mi hija

1.- *¿Tienes otra ayuda para la casa o para bañarte?*

2.- Yo la tenía ante porque me tiene que lavar mi hija me lava como puedo

1.- *¿Quién viene a verte del C. De salud?*

2.- Venía don..... Un enfermero y ahora viene otro enfermero.

1.- *¿Qué medico viene a visitarte?*

2.- Médico no viene , yo lo conozco porque he cambiado de la doctora....a otro que lo conozco de hace muchos años era amigo de mi marido.. Y ahora lo he cogido otra vez pero desde hace poco y todavía no ha venido.

1.- *¿Cuando se pone mala de pronto que médico la atiende?*

2.- Venía mi médico pero me chillaba porque decía que me tenía que dejar de hacer la comida “ guisar” y como no veo me puedo dejar el butano encendido y me puedo quemar y tú la tienes que dejar que

se mueva. Bueno está que no me lo de pero si me levanto y me voy a caer tendrá que acompañarme..

1.- *El médico que tiene ahora ¿te explica las cosas?*

2.- No ha venido todavía pero me explica muy bien porque yo antes lo he tenido hace muchos años y le decía hoy no te receto..Mañana pero es muy bueno

1.- *Tu médico anterior ¿Te explicaba las cosas cuando venía a verte?*

2.- Me decía que me moviera que saliera huyendo la escalera abajo Vd.. comprende que no puedo (vive en un tercer piso sin ascensor) subirla que tiene que venir a llevarme en cuesta.

1.- *¿Cómo son los enfermeros?*

2.- ¡Uh! Don.. Venía mucho yo creo que ahora es que habrá cambiado y viene otro

1.- *¿Cómo te explicaba el enfermero las cosas?*

2.- ¡Uh! Me explicaba me cogía del brazo me decía vamos a dar un paseito me ponía en pie y me daba mucho ánimos.. Me explicaba todo sobre el azúcar y la tensión.

1.- *¿Cuando viene la trabajadora social?*

2.- No, no la conozco, cuando mi marido.. Me dijo la señorita si Vd. quiere y le dije vamos a esperar.. (Cambio de tema)

1.- *¿Alguna ayuda del ayuntamiento?*

2.- No venia antes pero, vino una nuera de Vigo y me la quitaron porque vino aquí entró porque dijo ya tiene quien le trabaje.. Y mi muera está en Galicia.

1.- *¿Se ayuda de andador o bastón para andar?*

2.- Andador tenía pero le dije al enfermero que se lo llevara porque yo con esto no puedo, tengo una muleta que me han dado cuando me han operado el pie..

1.- *Alguna cosa para mejorar tu situación*

2.- Yo que mi hija está sola y tiene que lavarme vestirme y una niña con 5 años ella es la que tiene que lleva el negocio porque tengo una hija (cambia de tema).

1.- *¿Cuando vas al médico como coges la cita?*

3.- Por teléfono sin problema

2.- Hoy ha ido y la han atendido porque era temprano (sin cita)

1.- *Alguna cosa.*

- 2.- Yo no tengo quejas de nada...
- 3.- Si la casa tuviera ascensor podría salir de la casa..



## Entrevista nº 15

Mujer 68 años (Isabel) vive con su marido:

Con curas diarias de enfermería.

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

1.- *¿Por qué no puedes salir a la calle?*

2.- Tengo una pierna con parálisis desde siempre pero me operaron hace 7 años y me pusieron una prótesis y estaba bien lo que pasa es que algunas veces se hincha mucho.

1.- *¿Por qué te curan la pierna?*

2.- Me salieron unas ampollas igual que si se me hubieran quemado y me llevaron a urgencias....

1.- *¿Cómo te mueves por la casa?*

2.- Yo hasta hace poco bien, hacia las cosas pero ahora ahora no puedo, con el bastón me levanto pero no tengo gana.. Antes me movía normal.

1.- *¿Cuanto tiempo hace que esta con las curas en la pierna?*

2.- Hace un mes y pico..

1.- *¿Cuando te ha visitado en casa tu médico?*

2.- Vino me vio la pierna y me mandó al especialista para que me dejaran ingresada..

1.- *¿Te ha visitado alguna otra vez?*

2.- No yo voy a verlo allí antes si iba pero andando no en un taxi si no me llevan y a la vuelta un taxi.. Aquí ha venido poco es raro que venga

1.- *¿Cómo te explica las cosas?*

2.- Me trata bien hace dos años me dio una trombosis y sobre eso me va el tratando ¿No? Me manda el tratamiento sin problemas..

1.- *¿Te visita además de los enfermeros la T social del C. de Salud?*

2.- No, vienen cuando hace falta para la pierna (los enfermeros).

1.- *¿Cómo te atienden los enfermeros?*

2.- Si se preocupan por mí y me explican bien yo no tengo quejas con el C. De Salud.

- 1.- *Otro tipo de ayuda de bastones, sillas , etc. ¿De que forma lo ha conseguido?*
- 2.- Me los pasan a mi en Cádiz, ahora la ambulancia si he tenido problema también algunas veces me ha hecho falta y dicen que la ambulancia no la pasan y yo no puedo coger el coche de línea no puedo bajar es un problema peor la vivienda (4º piso sin ascensor) tengo que ir dos o tres veces a La Línea y una vez me pusieron la ambulancia pero después no..
- 1.- *Alguna cosa que quieras comentar para mejorar tu situación*
- 2.- La ambulancia que además me tienen que subir y me da apuro pero que voy hacer..Me tienen que subir y mi médico viene de vez en cuando en este mes no ha venido todavía pero dice que va avenir a lo mejor viene mañana.

## Entrevista nº 16

Hombre: 80 años (Juan Antonio) y esposa de 79 años

Viven en casa de la hija.

Entrevistadora: 1

Entrevistado: 2

Hija: 3

1.- *¿Puede acudir al C. Salud?*

3.- Él no puede ir voy yo le cuento y me manda y ya está

1.- *¿Cuando le visita el médico?*

2.- No, no , si estoy enfermo viene de momento.

1.- *¿Cómo puede avisar al C. de Salud?*

3.- Por teléfono ayer fue imposible hay que ir..

1.- *¿Cuándo le visita el enfermero / a?*

2.- Ella me cura cuando me tiene que curar

1.- *¿Cómo le explica las cosas?*

2.- Bien y cumple con su obligación..

1.- *¿Cómo es el trato?*

2.- Me tratan muy bien, muy bien.. Me demuestran el cariño cada una con su genio (se refiere a enfermería)

3.- Me dijo la enfermera que le parecía que tenía hongo en el pie y que se lo contaría al médico y si es conveniente vendrá el a verlo.. No he ido antes porque todavía tiene medicina..El me dijo que iba a venir no ha venido porque no habrá podido pues el es muy servicial, muy formal y muy correcto..

2.- Yo lo que quería era ver al médico para decirle que esto va lento y estoy con cansancio..

1.- *¿De que le han operado?*

3.- Le han operado de la próstata pero como está muy mal de la artrosis del tiempo que ha estado en la cama (2 meses) se quedó sin fuerzas en las piernas, querían operarlo de la rodilla ponerle una prótesis o algo pero como va a mejor a ver..

1.- *¿Tiene alguna ayuda para la casa o para el cuidado de ellos?*

- 3.- Yo lo hago todo
- 1.- *¿Cómo han conseguido los bastones y el andador..?*
- 2.- Me lo han prestado
- 3.- Es de una prima que me lo ha dejado todo.

### Entrevista nº 17

Hombre : 86 años (Juan) Vive con su mujer (con déficit auditivo y visual).

Con cuidados diarios de enfermería (ulcera en pierna)

Les cuida una mujer pagada por los hijos

Entrevistadora: 1

Entrevistado: 2

Hija: 3

1.- *¿Desde cuando no sales de casa?*

2.- Desde que tengo la pierna así.

1.- *¿Antes salía de casa?*

2.- Muy poco de paseo pero hasta la esquina. Ahora no puedo salir..

1.- *¿Quién viene a visitarte a tu casa?*

2.- La enfermera viene a curarme.

1.- *¿Cuándo viene el médico?*

2.- El médico no

1.- *¿Le conoces?*

2.- Si es una médica a la casa no ha venido la conozco por el apellido de su familia..

1.- *¿Cómo te trata?.*

2.- Muy bien..

1.- *¿Cómo te trata la enfermera?*

2.- También me tratan bien y me curan todos los días.

1.- *¿Cuándo te pones malos de pronto?*

2.- Hasta ahora no ha venido nadie.

1.- *¿Escuchas muy poco?*

2.- Si, si

1.- *Alguna cosa que quieras decirme..*

- 2.- El médico del hospital es el que me ha visto la pierna y me ha mandado un buen tratamiento me hacia falta un calmante para el dolor..
- 1.- *¿Tiene alguna persona que le ayude del ayuntamiento?*
- 2.- No
- 1.- *¿Tiene algún carrito para andar o aparato para el oído?*
- 2.- No..
- 3.- Porque él no quiere el aparato porque dice que escucha muchos ruidos..

## Entrevista nº 18

Mujer 75 años vive con su marido

Controles de glucemia semanales

Entrevistadora: 1

Entrevistada: 2

Hija: 3

1.- *¿Sales de casa?*

2.- No ya hace mucho tiempo que no salgo sólo a Algeciras al médico.

1.- *¿Tienes alguna ayuda para la casa?*

2.- No

1.- *¿Para moverte por la casa tienes andador o carrito?*

2.- Eso si me hace falta porque el que tengo está mal..

1.- *¿De que padece?*

2.- De corazón y de azúcar y la vista la tengo malamente.

1.- *¿Conoces a tu médico? ¿Cuando viene a visitarte a casa?*

2.- Yo no lo conozco

3.- Si la conoce es la doctora...

1.- *¿Cuando viene a su casa?*

2.- Ella hace tiempo que no viene aquí..

1.- *¿La has visto en el Centro?*

2.- Cuando antes estaba mejor si

1.- *¿Cómo te trataba?*

2.- Me trataba bien pero no me acuerdo ni de la cara..

1.- *¿Cuándo te pones de pronto mala qué médico viene a verte?*

2.- Otro el que este viene corriendo lo llaman mis hijas y vienen corriendo..

1.- *¿Cómo te explican las cosas? ¿Cómo te solucionan los problemas?*

- 2.- Si hablan conmigo y me quedo tranquila..
- 1.- *¿Cuando te visitan los enfermeros?*
- 2.- Han venido muchas veces a hacerme el azúcar..
- 1.- *¿Qué te explican sobre el azúcar y la tensión?*
- 2.- Si me explican todo y me tratan todos bien
- 1.- *Alguna cosa para mejorar tu situación*
- 2.- El carrito. Estoy contenta hasta con el cirujano que me cortó la pierna y voy al control de Sintrón en la ambulancia.
- 1.- *¿Cómo cogéis la cita para la consulta?*
- 3.- Unas veces por teléfono y otras veces vamos allí.



## Entrevista nº 19

Hombre: 74 años (Fernando)vive sólo.

Ayuda privada pagada por los hijos

Cuidados de enfermería diarios

Entrevistadora: 1

Entrevistado: 2

1.- *¿Cuándo sales a la calle?*

2.- No salgo casi nada porque no puedo

1.- *¿De que padece?*

2.- Las piernas se me partió una por la cadera y desde que me operaron desde entonces ando cojo y no sé lo que me pasa ahora resulta desde que estoy malo no tengo ganas ninguna de andar no es que no pueda pero cojo la muleta y digo donde voy yo me vuelvo y me aburro

1.- *¿Qué necesitas para andar?*

2.- Uso dos muletas el carro y el andador para antes..

1.- *¿Tiene algún tipo de teléfono especial?*

2.- Si tengo colgado (una cadena con alarma) esto

1.- *¿Lo has utilizado alguna vez?*

2.- No porque no. He llamado para hablar con las muchachas de allí que son muy simpáticas..

1.- *¿Conoce a su médico? ¿Cuándo le visita?*

2.- No lo voy a conocer conozco los 20 médicos que son todos míos allí.. Hace poco ha estado sin llamarlo ni nada.

1.- *¿Cuándo vienen los enfermeros?*

2.- Si (se pone inyectable diario) cuando no tienen nada que hacer para qué van a venir..

1.- *¿Qué te parece el trato y como te hacen las cosas?*

2.- Yo si estoy contento y no he tenido como otra gente que se queja, yo nada,..

## **Trabajadores de los Centros de Salud**

## **Trabajadores sociales**

## **Grupo de discusión con trabajadores sociales de los Centros de Salud.**

### **Componentes del Grupo**

- 1.- C. Salud Algeciras.
- 2.- C. Salud Los Barrios
- 3.- C. Salud La línea.
- 4.- C. Salud San Roque
- 5.- C. Salud Tarifa

### **Concepto de A. DOMICILIO.**

- 1.- Bueno la atención a domicilio..todos lo entendemos como un acercamiento de todos los servicios que prestamos del centro de salud, es decir llevar todos los servicios al domicilio. En un centro de salud hay médicos, hay enfermeros, hay trabajadores sociales y hay una serie de programas que a los usuarios por esta características en concreto de estar incapacitados tenemos la necesidad y la obligación de llevarselos al domicilio.
- 2.- Esta dirigido en concreto, sobre todo para personas que no pueden acudir al centro de salud.

### **Percepción sobre necesidad de este servicio.**

- 1.- Si percibimos la necesidad lo que ocurre que está supeditado a la demanda y como la demanda ahora mismo se desplaza al centro de salud es cierto que se le da más prioridad a la demanda de los centros de salud que a estas personas que como no demandan abiertamente pues están un poco más soterradas.. Tenemos la percepción que es un programa prioritario que se está trabajando mucho y no lo están intentando implantar pero también es cierto que se está supeditando a la urgencia y a la demanda que viene al centro y que se está dejando un poco de lado aunque se le dé importancia porque ellos no pueden venir al centro y demás pero que es cierto que se está dejando un poco de lado.
- 2.- Sin embargo la captación es sobretodo a través de enfermería cuando se hacen los avisos a domicilio se captan para el programa.
- 3.- El trabajo es también un poquito descoordinado porque coincidir un médico, un enfermero, un trabajador social para hacer un plan de actuación es difícil.

*\*En general se percibe como prioritario pero está supeditado a otras actividades.. Está poco coordinado y la puerta de entrada es a través de enfermería..*

***\*Que otras personas deberían estar incluidas en la A.D..***

- 1.- Como son pacientes que no acuden al centro para demandar algo pueden no conocerse. En el momento en que se pone en contacto se incluye en el programa, se le toma los datos ya está pendiente pero si no se produce este contacto pues puede no estar incluidos.
- 2.- Bueno a veces son los propios vecinos los que se ponen en contacto con el centro de salud y a través de ellos se captan.
- 1 y 2.- También puede haber captación por otros servicios sociales que es fundamental de hecho el servicio de ayuda a domicilio es uno de los servicios más antiguos y más implantado y ellos a los incapacitados que tienen en domicilio la mayoría de las veces siempre se ponen en contacto con nosotros.

**Estructura y funcionamiento del servicio en el Centro de Salud.**

***¿Cómo se organiza? ¿Cómo se coordina?...***

- 3.- Yo creo que va en función del médico y del enfermero depende de que demanda tenga el médico y de como sea realmente el médico. Se coordinará de una forma o se coordinará de otra.
- 3.- Los registros que cada uno registra de forma diferentes es de una forma diferente porque ni siquiera a la hora de hacer el R.E.G.A.P. para uno es una consulta programada para otro es un aviso, y eso se discute mensualmente..
- 1,2,3,4 Los registros nuestros están más claros pero los programas no,
- 4.- Bueno pues se han hecho varios cursos para organizar este tema y se ha unificado cada centro de salud lo organizado a su manera incluso parece que cuando algún centro de salud está organizado hay cambios o entra una persona nueva o... pues se desorganiza. Entonces son como ciclos !no! pero que ha sido difícil unificar..
- 3.- En nuestro trabajo hay muchas demandas puntuales que no requieren coordinarse con el médico ni con el enfermero se solucionan puntualmente
- 3.- A veces no entra ni el propio médico en algunas ocasiones , otras veces pues...

- 2.- Muchas veces el seguimiento de ¿Cómo va? viene a través de ellos (médico, enfermero) pues no te da tiempo, muchas veces les preguntas oye ¿Cómo va esta mujer? Pues si le llegó la cama,...o la silla de rueda.... o ya le han instalado la teleasistencia..
- 3.- Yo creo que son más consultas de pasillo nadie se sienta para ver que pasa con esta familia para ver si ha mejorado o no ha mejorado o donde está flaqueando eso nadie, eso son problemas puntuales que han surgidos..
- 4.- Bueno pues yo creo que el programa está más o menos organizado, se ha elaborado conjuntamente tanto con médico, con el enfermero y con el trabajador social para hacer un plan individualizado pero luego ya cada profesional hace la atención puntual en la que el enfermero tiene todo el peso y cuando se detecta algún problema social pero puntual no es que vaya a valorar lo que es las condiciones sino que cuando llega el problema entonces valoras por ejemplo no tiene familia, el tema de Ayuda a domicilio, cama articulada o el tema de prestación o cualquier cosa entonces te lo comunica, entonces realmente no tienes constancia de todos los pacientes que necesitan esa atención ni que necesidades tienen sino cuando lo detecta el profesional sanitario.. Luego es una labor de apoyo.. Si de apoyo..

*\*Luego el seguimiento de un paciente vuestro es independiente del resto del equipo.. Se visita cada cierto tiempo o siempre a demanda.*

- 3.- Hay programa pero no para incapacitados sino para personas que se pueden mover depende de como sea la persona le dices que venga a verte pero para hacerla de salir sino yo voy al domicilio.. Pero a veces sobre todo en gente mayor el problema es más de soledad. Parece que hay una relación fuerte con los servicios comunitarios..que con el equipo es como muy aparte..
- 1.- No lo que ocurre que los temas son muy puntuales fundamentalmente sobre todo desde las prestaciones que existen , suele ser pacientes incapacitados que la mayor demanda suele ser de enfermería y enfermería va haciendo un seguimiento, va informando al médico de la evolución física y síquica y su vez nos informa a nosotros como trabajadores sociales si necesita alguna prestación y poco más la prestación puede ser tanto para el enfermo como para el cuidador que ese enfermero haya detectado que ese cuidador se está saturando que igual necesita alguna vía de escape o que informemos al cuidador que como se puede ir una determinada temporada de vacaciones etc y de que forma dejar a ese anciano de forma que esté cubierto etc, etc. Pero siempre son prestaciones puntuales, tú haces la gestión la concede o no la concede y se acaba hasta que nuevamente o tú te acuerda de ese paciente y le preguntas al enfermero o el enfermero te hace otra demanda
- 3.- Cuando tu plantea una ayuda a domicilio tú lo que haces es una gestión y una vez que se realiza ya no se pone en contacto contigo se pone en contacto con la trabajadora social del ayuntamiento salvo que haya tema de salud y te llaman ellas a ti

- 2.- A veces algunos enfermos del programa no tiene nadie que se le haga cargo y entonces la labor tuya es encontrar a alguien de la familia que se haga cargo ¿No? y al principio hace un seguimiento para ver como va la cosa y apoyar.

**\* ¿Cómo es la relación con el cuidador principal.?**

- 1.- El contacto es importante durante las etapas del cuidador, en principio cuando asume los cuidados se supone que todavía no esta hartado no está cansado entonces en principio te pones en contacto te presenta igual en ese momento no necesita ninguna prestación y ya te presenta y sabes que puede acudir a ti, que te tiene como referencia luego cuando el cuidador empieza a cansarse, estar saturado ya necesita apoyo pues también vuelve a ser importante porque ahí vuelves aparecer te vuelves a poner a su servicio intentas hacerle alguna gestión si lo consigues la verdad es que consigues bastantes y como no lo consigas la verdad que lo que consigues es realmente hundirle más en esa miseria que ya se encuentra el cuidador pero vamos como referencia si, presentarte ponerte a su servicio a su disposición darle tu teléfono, decirle como te puede localizar que no tiene problema en localizarte eso si le sirve mucho.
- 4.- Además siempre entablas una relación no solo para esto sino para otras cosas y te tiene como referente muchos que han sido cuidador de un paciente te viene después para otras cosas como un referente..
- 3 y 2.- El problema no lo encontramos sobre todo con el que dice que no puede, que no puede que se desborda con la situación..
- 4.- O con los problemas entre familia que te envuelves la propia familia cuando no está claro quién es el cuidador primario y tú eres el responsable y tienes que tomar.. ahí se ven los juegos familiares..

**\*¿Cómo consideráis al cuidador principal?**

- 1 y 3.- Lo consideramos como un recursos y como un trabajador que trabaja a la par pero que tenemos que apoyarlo mucho !eh!
- 2.- A veces con intervenciones puntuales que te demandan y que a veces como intermediario que tiene tal problema y no puede contactar con su médico por la cita o por lo que sea y tu eres digamos el mediador para solucionar ese problema que en ese momento tiene..
- 3.- Algunas cuando ya vienen a pedirte a ti una ayuda están bloqueada y te dice que no, que no, que no en ese momento solo demanda que lo ingrese urgente en una residencia, y la labor de decirle que si la puede cuidar... pero lo que ocurre que ante un mal juego pues..
- 1,2,3.- Los recursos económicos también son limitados porque sino de pago...

**\*¿Cómo es la calidad del servicio..?**

- 2.- Paliativo totalmente tal como están estructurados los centros de salud y el personal que hay pues no se puede profundizar mucho más..¿no?
- 3.- Bueno yo creo que cumple bastante bien las funciones lo que no puede tener un enfermo es siempre al lado un enfermero..
- 4.- De toda forma yo creo que tanto el paciente como la familia agradece muchos esas actuaciones a domicilio, bueno lo que yo veo reflejado en ellos nos tienen como referente continuamente y en ese sentido ahí que empezar a apoyar.. Vamos.

***\* ¿Cómo son los criterios profesionales están unificados? y ¿eficacia técnica, conocimientos..?.***

- 2.- Las visitas las hace enfermería porque nosotros con la demanda y esa pues es muchas veces la queja de enfermería que está supliendo... al médico porque no aparece..

*\*valorados en el domicilio... desde la organización desde los propios compañeros etc..*

- 1.- Yo creo que los compañeros si saben perfectamente..yo creo que puede ser el hábito o la forma de trabajar ellos hacen perfectamente incluso nuestra propia valoración precisamente enfermería se ha echado a sus espaldas la valoración médica y la valoración del trabajador social yo estoy perfectamente tranquila y los médicos están perfectamente tranquilo cuando hay un enfermo que está siendo atendido por enfermería porque enfermería ha asumido perfectamente el papel de intermediario sabe perfectamente cuando necesita al trabajador social y sabe cuando necesita al médico.. Entonces claro, que yo como trabajadora social y el médico como médico estemos perfectamente tranquilo más tranquilo de la cuenta porque sabemos que si ocurre algo el enfermero no lo va a decir..

**\*Problemas facilidades y propuestas de mejoras..**

- 3.- Pues una forma de mejorar sería que los recursos casi los pudiéramos dominar nosotros lo que a ti te parece urgente al médico de urgencia le dan en su día?.....pues muchas veces el paciente tarda tres meses en una ayuda a domicilio entonces como no está en tu manos aunque esté llamando todos los días pues muchas veces te da la sensación impotencia que todo el mundo te está diciendo ¡oye! Que cada vez está peor parece que la culpa es tuya esa falta de recursos cuando la familia no tiene recursos y es difícil conseguirle, pues se podría mejorar pues no sé teniendo camas hospitalarias en los centros de salud que podamos prestar... O el colchón antiescaras que muchas gentes se no escaras porque el colchón no lo pasa como no tenga dinero.. Tiene que quitárselo a uno que está mejor para dárselo a otro que está peor.



- 1.- Lo que pasa que el apoyo psicológico es importantísimo pero cuando hay una demanda real por mucho apoyo psicológico que tu le des si lo que necesita es una cama o una persona que le ayude pues ya puedes ir todo los días que la apoya psicológicamente y que empatizas muchísimo... pero.
- 2,3,4.- Pero a la vez tiene que darle la cama o si no tiene una persona que le eche una mano...
- 2.- O tienes que esperar a la convocatoria de ayuda pública..
- 3.- Si pero bueno eso no soluciona apenas nada porque cuando viene ya se ha muerto..
- 3.- Los recursos sanitarios (2, Si es verdad,) son importante porque si una persona necesita un silla de rueda para un paseo pues se le da.. Y es una forma de salir lo que es una pena que los recursos sanitarios se estén recortando cada vez más. (4, se está recortando todo..)

*\*Ayuda de voluntariado..*

- 3.- De eso ahí pocos apoyos una persona de caritas que va un ratito pero eso no le quita...de otras necesidades.
- 2.- Ellos mismos cuando hacen esa función están todo el día bombardeandote para ver cuando se va a conseguir los recursos para esa persona que están asumiendo algo que...
- 4.- Que además de los recursos oficiales escasos está eso que a nivel de voluntariado o de asociación.. Cuando fuimos al curso de atención domiciliaria pues ellos habían conseguidos una especie de asociación a través del curso bueno la idea era muy buena pero lo que ocurre es que yo encuentro mucha dificultad para que estos voluntarios lleguen a esos familiares porque lo que pasa es que como son pacientes que ellos consideran que van a estar 3 meses pues no se implican tanto como si tienes un pacientes como un ictus que va a ser para toda la vida es difícil formarlo y que ese se mantenga..
- 2,3.- Luego el tema del voluntariado yo lo veo que eso es importante pero no se mantiene..
- 2.- Luego está la desconfianza..
- 3.- El hecho de.. El otro día le cobró a la madre de.. 1500. Consigues voluntarios puntuales y para eso no tienes problemas para acompañar a un anciano que tiene que ir al médico pues se llama. Se llama a Cruz Roja y ese anciano no va sólo.
- 2 a 5.- Para un servicio puntual pero para un mantenimiento como en el caso de los incapacitados que si que necesita una descarga real y efectiva para eso no..(2,4,5 para eso no) ni siquiera la familia (1, para eso no).
- 2.- Ahí muchos vecinos con muy buena voluntad..
- 1.- Pero cuando la situación se prolonga empieza a fallar..

- 
- 2.- Tuve una experiencia con un grupo de chavales de EE.UU. que se ofrecían a cuidar a ancianos que eran mormones y no encontré ninguna familia para ubicarlo porque nadie quería en ese momento que un desconocido fuera a su casa.. No se fían pues está además esa dificultad que si no son gente del pueblo o gente de confianza tampoco van a estar dispuesto..Ingresan muchos ancianos en residencia por falta de estos recursos...
- 2,3.- Si y en los hospitales un montón.
- 1.- Lo que pasa es que no ingresan más porque el cuidador se hace cargo de este enfermo incapacitado y en ese momento nunca se plantea que lo va a ingresar en una residencia nunca claro la solicitud llega cuando está totalmente desesperado cuando está desbordado y dice que ya no puede más y hay !depresiones!!ansiedad ya hay problemas familiares! Porque se han iniciado las peleas. Ahora lo tienes que cuidar tú porque yo ya lo he cuidado tal y cual entonces es cuando aparece la demanda de una residencia y casi siempre es de una residencia asistidas que son mínimas las solicitudes para que sean urgentes tiene que ser que carezca totalmente de familiares y no es el caso y aún así.. Que es lo que ocurre que cuando la familia te hace esa demanda lleva a lo mejor años haciendose cargo de ese paciente y ahora ponle tú otros años para solicitarlo...
- 2, 3.- Generalmente se ha muerto o han reunido dinero y lo han metido en una privada...
- 1.- No suele ser porque son carísimas pocas economías se lo pueden permitir ese lujo lo que pasa si que pueden hacer bueno pues para un par de meses y le van dando solución depende
- 3.- Van contratando..
- 3.- Lo positivo es que esa persona no se queda desatendida y que la atención que se le hace intenta que sea de las mismas características que la que se le pueda ofertar en el centro en la medida de lo posible se hace un acercamiento real se oferta todo el centro y la persona es consciente que no tiene nada más que llamar y solicitarlo y normalmente se desplaza a su casa eso es muy positivo pero lo que pasa que por esta características sobre todo cuando lleva mucho tiempo quizás el paciente demanda mucho más de lo que se le oferta y es donde empiezan los problemas que el paciente demanda más cosas que ya no se le puede prestar o no se le puede servir y entonces y la demanda que el médico vaya a diario y el médico no puede ir a diario porque tampoco procede o el enfermero a diario que tampoco puede.. Estas demanda a veces son por sobrecarga seguro..
- 3.- Por problemas de malas relaciones entre la familia cuando no saben como solucionarlo pues Irán del centro de salud porque si no va el centro de salud a su domicilio no va nadie entonces si que hace una patología que no tiene nada que ver es un llamada de atención (1.- si, si,.) Que es normal. (1.- claro..)
- 2.- Algunos casos que por mala relación familiar no asume nadie el ponerle la insulina por la noche entonces como puede enfermería asumir eso con una población de 15.000 a 20000 habitantes eso

- es un problemas.. Que además es una obligación pues tenemos que buscar a alguien porque sino es un problemón..
- 3.- De todos modos la mayoría de los incapacitados no viven sólo sino con familia...
  - 4.- Claro si.
  - 2.- Pero a nivel social la sociedad hoy día un sueldo solamente no les da y entonces cada vez más la pareja sale a trabajar entonces la misión que tenia antes la mujer de estar en casa de cuidar a los ancianos pues eso casi está desapareciendo pues entonces cada vez más los servicios sanitarios y sociales pues te tendrá que cubrir cada vez más..
  - 3.- Antes sino era la hija era la nieta pero ahora ahí un despegue por lo menos es decir va la madre pero sino va la madre la hija que tiene 20 años no se acerca la nieta no incluso se lo dice la madre no hija tú no veas esto, la familia extensa se ha recortado muchísimo se ha quedado la familia nuclear..
  - 4.- Pues los servicios que hay también te generan demanda ¿no?, pues el servicio a domicilio dice, pues mira tú tienes que ir aquí que me han dicho que te dan o en el hospital me han dicho que tienes una cama articulada cuando tú salgas, lo que antes no se utilizaban camas articuladas no se utilizaban los colchones antiescaras que no estaba el servicio a domicilio.
  - 4.- Son los propios servicios los que te generan la demanda y los recortes presupuestarios están llegando a atención primaria....
  - 1.- Otra cosas es la estructura de las nuevas vivienda que también va a dificultar mucho el cuidado de los incapacitados porque en el momento en que la parte de abajo sólo Salón, cocina y cuarto de baño.. Pero incluso en la economía saneada es buscar en las afueras una vivienda con los dormitorios arriba..
  - 2.- Esta sociedad no está pensando ni en la tercera edad ni en los incapacitados..

**Médicos/as**

## **Grupo focal: Médicos**

Lugar: Centro de Salud Algeciras - Norte.

### Participantes:

- 1.- Tarifa.
2. Tarifa
- 3.- Los Barrios.
- 4.- Algeciras - Norte.
- 5.- Algeciras -Norte.
- 6.- Algeciras - Norte
- 7.- C. San Roque

### Concepto de atención a domicilio..

- 3.- Que no se pueda mover, que sea un crónico que requiera atención no se pueda desplazar al centro de salud.

\* *¿Qué otros conceptos..?*

- 3.- Bueno yo incluiría también... a discapacitados jóvenes como con parálisis cerebral que yo no había visto tanta personas jóvenes como...
- 5.- Siempre que no pueda traerlo la familia.
- 1.- Mira te cuento un poco porque me has tocado un poco la fibra sensible de entrada me sienta mal el aviso del anciano
- 3 y 5.- Eso no sienta mal a todos..
- 1.- Me cachis en la mar la fulanita con lo mal que me lo hizo pasar, al final vas y generalmente están justificados y a mi me enternecen mucho así que una vez que he ido estoy contenta de haber ido generalmente.... Los avisos se convierten a veces en A.D... Tu ves al paciente y no puedes movilizarlo y normalmente del aviso sale siempre la visita domiciliaria
- 5.- De todos modos los avisos nos sientan mal a todos,... normalmente me dicen mi madre está mala automáticamente pregunto la edad si tiene más de 75 años voy, no pongo ninguna pega salvo que sea un enfermo que yo lo conozca y sepa que no se desplaza porque no quiere que normalmente en los viejos son los mínimos entonces a partir de una determinada edad que pienso que pueda tener algún tipo de anomalía y que la mayoría de las veces lo que quiere es cabezonería que vaya al médico, entonces yo me puedo mosquear cuando voy y veo que es una tontería pero que normalmente a partir de cierta edad ni me molesto en preguntar que tratamiento pues que venga que se tome lo que sea sino que automáticamente voy.

- 7.- A mi al salir a un aviso pienso que esa persona ya existe antes y que no aparece de momento sino que tiene una evolución.. En que momento nos vamos a plantear cuando es subsidiaria de atención domiciliaria. Cuando nos planteamos incluirlo en A.D.. Eso conlleva una cantidad de cosas detrás unos cuidados que establecemos desde ese momento. Tenemos claro que tenemos la responsabilidad de decidir en ese momento que eso empieza.
- 4.- A veces mandamos A.D., para relajar a la familia, que el paciente está cuidado por un personal sanitario y no necesita realmente un personal médico pues ya está diagnosticado y el tratamiento está puesto es el personal de enfermería el que va continuando una observación y un cuidado progresivo, un control, (3.-sea de tensión sea de glucemia..), una valoración. También dan consejos
- .7.- ¿Y hacemos caso de esos controles?
- 4.- Yo quizás veo en los cuidados de enfermería el primer detector de que ahí falla algo porque son los primeros como los frecuentan tanto que se dan cuenta
- 5.- Nosotros si valoramos cuando el enfermero dice tienes que ir a ver a fulanito es cuando de verdad tienes que ir a verlo nos sirve un 99 % de las veces y nos para el tener que ir algunas veces porque lo que quiere es que le tome la tensión y a el enfermero cada 15 días y está encantado y tú vas de vez en cuando porque te dice... que me ha preguntado que cuando vas a ir.. Si yo creo que debes ir a verlo y todo eso..
- 5.- Entonces la atención domiciliaria de enfermería a mi personalmente me sirve mucho porque a través de ellos tu vas viendo la evolución del enfermo a lo largo del tiempo.
- 7.- Y ¿todo el mundo piensa lo mismo y está unificado el criterio?
- 5.- Si creo que si aquí está unificado
- 3.- En mi centro es un caos estamos con la demanda..que estamos todos locos
- 3.- En mi centro creo que no está establecido quien entra en el programa y quien no entra está todo muy liado..luego por iniciativa tuya dices hay que controlar a este diabético o a este hipertenso o a este E.P.O.C. o un programa de los que sea si hace falta que vaya se va pero claro como allí tenemos presión también de los que no son de nuestro cupo por el tema del rebosamiento de las consultas pues claro ya chocamos con todo el problema pues claro tú está llevando enfermos que no conoces.. Vas a su casa..y que pasa
- 1.- Eso no es llevar al enfermo eso es ir a verlo..
- 3.- Claro que es ir a verlo pero que podría entrar en el programa A.D.. normal pues no se trata ni de una urgencia ni nada sino.. Oiga que quiero que vaya a ver a mi madre pero es que a su madre yo no la conozco su médico no no quiero que la vea..

- 5.- Se está hablando de una A.D.. Más sistemática y progresiva que tú digas quiero que vayas cada cierto tiempo y ahí no entran los enfermos que tu dices ahí entran los enfermos de nuestro cupo que se han deteriorado por la causa que sea y vamos nosotros y los seguimos más que la madre o la abuela..que se cambia de domicilio..’?
- 3.- Yo digo que nosotros estamos tan sobrepasado de esos (avisos) que la A.D. que yo pueda hacer bueno si cuando me llaman y Sra oye que vengan a ver a..

### **Estructura y funcionamiento del servicio**

***¿cómo se organiza ‘ ¿la realiza el equipo? ¿Se intenta que sea en su mayoría programada o a demanda? ¿Cómo se hace?..***

- 2.- Si no nosotros nos anticipamos para ver a cada uno de nuestros cupos (3.- eso, eso..) pues evitamos que a veces tengo que ir a las 20,30 horas como me pasa a mi que tengo turno de tarde a un abuelito o una abuelita encamado que tiene 2.000 problemas y que tu como médico de urgencias que no se de que va dice bueno que hago porque no tiene un problema que haya surgido a las 20 horas sino que viene de atrás...(1.- Depende de los años de ese señor..) no, no yo estoy de guardia y me llaman para un paciente de otro una persona encamada y con un montón de problemas que están ahí y que no se lleva un seguimiento claro...
- 1.- Si es que se llevara ese seguimiento..de una manera más adecuada.? No caeríamos en eso..
- 2.- Es lo que se debería hacer en la asistencia domiciliaria pero que no...de esta forma?
- 5.- Si claro si hiciera una atención más sistemática no caeríamos pero claro en eso vas terminar cayendo porque ahí trasiego de enfermos y trasiego de familiares si se venga el abuelo el padre o el suegro de una determinada persona si es mayor vas a tener que atender de urgencias..pero eso no significa que sistemáticamente vayas a tener que ir a verlo ya llevarás los tuyos..
- 1.- Si pero a veces a mi me ha pasado de tener mi ego muy alto y decir que bien tengo a mis ancianitos que me lo apunto y voy a ir a verlos y estoy contenta y llego un lunes y me entero que han llamado el sábado al médico y el domingo a otro médico y han decido el sábado un acosa y el domingo otra cosa y yo llego el lunes y digo pero porque han llamado si estaba todo más o menos controlado y no ha habido ninguna cosa aguda que... no porque aquí influye otras cosas sociales alrededor del anciano hijos, y demás parientes..
- 3.- Familiares que vienen de vacaciones y dicen es que mi madre...
- 1.- Bueno vamos a llamar al médico, si es que su médico.. No, no , no vamos a llamar porque es que a mi me parece que... el cuidador está un poco presionado por el resto de la familia decide que vale vamos a llamar al médico.

- 3.- Vamos a dejar las cosas en paz y voy por no discutir..
- 1.- Aunque no esté de acuerdo el cuidador, pues el cuidador y el médico que atiende al paciente hacemos una relación muy estrecha y muy bonita pero como hay presión familiar hay que hacerlo entonces se hace, el médico de guardia evidentemente va se desconcierta como dice pepe , a mi me ha pasado también son enfermos ligeramente complicados polimedicados y tu no ves una patología aguda que justifique tu visita entonces haces un poquito el “pari pe tranquilízese ya su médico le atenderá el lunes..... pero esto que has hecho tiene sus consecuencia llegas el lunes y te encuentras tu medicación, más la medicación del médico del sábado más la medicación del médico del domingo y encima se la han dado todas por lo cual..
- 3.- Hum, hum, si ,..
- 5.- A veces la misma medicación con distinto nombre (3.- También)y entonces te encuentra que les están dando el doble o triple medicación de lo mismo..
- 1.- Hay otra cosa muy relacionada con esto aunque no sé si en este trabajo estará contemplado o no es la labor del cuidador para mi es importante cuando llego a una casa..
- 7.- Hay diferentes enfoques completamente distinta en la A.D.. Por una parte un grupo donde parece que está previsto lo que se va hacer donde está incluido los enfermeros médicos..incluso el equipo otro médicos otros enfermeros. Que van a seguir los mismos criterios y por otra parte está la atención que no podemos llamarla programada que es la presión asistencial sacada de la consulta al domicilio.. No podemos meterla toda en el mismo saco..son cosas totalmente distintas..
- 4.- Se tiene la falsa expectativa que la atención domiciliaria va a disminuir el aviso urgente del viejo..
- 5.- En teoría debe disminuir porque el anciano que son el 90 % o el enfermo crónico que está en casa si tiene una atención de una vez en semana evidentemente disminuye mucho el aviso puesto que la persona que lo va llevando cada x tiempo en cuanto la persona ve la mínima cosa te llama y ahí para el aviso familiar porque en todo caso no sería a ti porque en todo caso llamaría a médico que esté de aviso.
- 4.- Yo no sé si realmente está comprobado de que disminuya esa demanda urgente creo que lo que podemos conseguir es un bienestar general progresivo..
- 3.- Si el enfermo está controlado disminuiría seguro la demanda urgente..
- 5.- Mucho de los avisos que hay son placebo o sea el hecho es que quiere que tú lo veas y le digas que bien estás “ hay que alegría me da cuando Vd. viene....”
- 3.- Dice cuando viene a verme me pongo mejor..

**\*¿Qué cosas se solucionan en las visitas programadas?**



5.- Muchas veces son placebos..

**¿Qué relación se establece con el cuidador principal?**

5.- Se da una relación cuando el enfermo vive siempre con el mismo cuidador el problema ocurre cuando el cuidador va cambiando cada 3 o 4 meses.

3.- O el enfermo paseándose

5.- Eso, eso..entonces si hay problemas pero si el cuidador es siempre el mismo se establece una buena relación.

7.- De alguna manera nosotros nos quejamos de la rotación de cuidadores pero no somos capaces de evitar la rotación de profesionales cuidando. Por una parte atendemos al paciente de una forma programada asumimos nuestro papel sin embargo tu dice que muchas veces aparece el aviso, la llamada del enfermo que no es tuyo y me parece que muchas veces no está establecido que hacer con esos pacientes una solución sería decir me voy al expediente y si no es urgente no hago absolutamente nada. Pero muchas veces se ha comentado que se vuelve a poner la misma medicación que ya estaba tomando y eso me lleva a pensar que no tenemos un acuerdo dentro de los profesionales para actuar en estos casos y sería muy fácil acordar entre los equipos de los centros acordar si hay una llamada de una persona que esté en atención domiciliaria salvo que sea un problema que haya que resolver urgentemente no modificar las pautas que están establecidas...

5.- De todas modos nosotros si uno sale de aviso decimos mira que vamos a ver aun enfermo tuyo ¿Que es lo que tiene..?

6.- A lo mejor tú no estás de urgencias pero te sale un aviso y dices no te preocupes que voy yo...

7.- Eso me da la impresión que se hace en algunos sitios pero no en todos...que cada centro lo hace de una manera..

1.- Eso digo yo.

5.- Eso depende ademas de la organización interna de la relación que hay entre los profesionales que es fundamental

1.- Eso es muy difícil, muy difícil..

5.- Bueno pues aquí por lo que sea lo hemos conseguido

3.- Pensamos que se puede intentar

5.- Muchas veces le he dicho yo.. Voy a ver a un enfermo tuyo y dice no voy yo o le llamo por teléfono y le digo hoy no puedo ir voy mañana y el enfermo se queda contento porque sabe que lo va a ver su médico y que lo va a ver mañana si la patología no es urgente..

- 4.- Si el aviso es delicado con pocas soluciones terapéuticas que la familia ha detectado algo extraño pero que no sabe... yo creo que no pues se pregunta ¿Que es lo que está tomando? Y lo consultamos antes de ir.. Y también a la vuelta..para no modificar nosotros...
- 1.- Vosotros es que sois ejemplares..
- 5.- No ejemplares tenemos nuestros defectos pero es que somos pocos y la relación entre nosotros es buena a parte de compañeros somos amigos..
- 1.- Bueno eso es ejemplar y poco frecuente...
- 4.- Eso también depende del número de aviso de cada centro.
- 5.- En el nuestro no hay un volumen muy grande..

***¿Cómo son los protocolos y los registros?***

- 5.- Eso tenemos un protocolo de puntuación.. Que se aplica..
- 4.- Ese protocolo es de este centro
- 5.- Yo creía que este protocolo era de distrito.. Se recoge la puntuación y se pone en la historia.. El enfermero va y recoge incluso recursos económico...
- 2.- ¡Registros tenemos! ¿pero se aplican?.

*\*De los registros recogidos cada centro tiene diferencia en los registros...*

***¿Cómo es la coordinación con el equipo..?***

- 1.- Yo me coordino con mi enfermera..

***\* ¿Cómo se coordina los centros con otras instituciones ayuntamientos...?***

- 1.- No lo hace la trabajadora social?

***\* ¿Cómo funciona la ayuda a domicilio de los ayuntamientos?..***

- 1.- Sí,..
- 5.- Bueno hay de todos.. Y es escasa. Pero lo que pasa es que la gente a veces demanda demasiado...

**Percepción sobre la necesidad del servicio**

- 4.- Yo opino que la atención domiciliaria no es tan perfecta en sí médicamente y sanitariamente porque yo creo que nosotros estamos sustituyendo una labor que debería ser de ayuda social... no lo veo tan sanitario como falta de apoyo al paciente...'

- 5.- Por eso te digo.
- 4.- No es un tema médico..el cuidador está cansado..el viejo demanda ella porque normalmente es “ella” no puede está cansada y tú vas a ir a intentar manejar.. Y organizar como puedes...
- 3.- Si a poner un parche....
- 4.- Si el cuidador tuviera una ayuda a tiempo parcial que le diera la comida, que le ayudara a levantar al viejo.
- 5.- Estamos sustituyendo a las señoras de caritas antiguas..que le hacia la visita y que hacia la labor que estamos haciendo nosotros.. Porque realmente vamos como administrativos para recetar a la familia porque el cuidador se siente agobiado y no puede venir.. Y nosotros bueno pues le damos un poquito de animo a darle en la espaldita...estamos sustituyendo a los curas y a las señoras de caritas que había antes que se dedicaban a eso..

*\* Y esa labor la hacemos a quien más lo necesita?*

- 5.- No a quien lo demanda..
- 6.- Yo en mi caso por lo menos a quien más lo necesita, lo triste de este le voy a dar la vuelta a la tortilla es que la familia desconoce la atención domiciliaria... entonces lo que hace es liarse se lo llevan (al enfermo) al hospital, se lo llevan al médico privado y de repente te vienen con un montón de carpetas con el tratamiento que a cada uno le ha parecido y te vienen con todo el tratamiento “para que le recete a mi madre...” bueno ¿Cómo le voy a recetar a tu madre si yo no la conozco?, si además pañales, además... espérese Vd. vamos a programar un día y vamos a conocer a su madre y hay muchas familia que no las conoces hasta que la abuela ya que se va a caer por algún lado y entonces te lo demanda...

**\* ¿Cómo detectamos..?**

- 6.- Es que no sé como hacerlo... quiero decir que no sé como informar a la gente que debe acudir a su médico de cabecera y que se organice las cosas allí.... que debe ser su referente..

**\*¿Cómo se debe coordinar la atención domiciliaria, con el especialista..?**

- 5.- Afortunadamente empiezan a contestar los especialistas el P.111 algunos, otros no..
- 3.- Pero incluso el que contesta ¿Qué contesta..?
- 4.- Pero los especialistas no quieren saber nada de un paciente domiciliario..eso es clarísimo...lo ignoran no existen después de la puerta de su consulta... si el enfermo no puede salir es la cuidadora la que le dice como puede ser la pupa que tiene su familiar

*\* Si está contemplado que acudan a domicilio...*

- 5,3.- Si está contemplado pero es muy difícil.. Pues tendrían que ir el neurólogo,... el (4.- traumatología)..
- 5.- A las malas hay una ley que tendría que ir contigo..como médico de cabecera de un enfermo incapacitado tendría que ir contigo.. Pero casi nunca van..
- 1.- Excepto el equipo de salud Mental que se desplazan yo he contactado con ello y se han desplazado...
- 5.- Bueno si pero en contados casos, (1.- No es una demanda excesiva), si, se hace una demanda corta pero luego hay otros especialista que si fueran tendrían una demanda mucho más larga como el neurólogo..viejos con problemas tenemos cantidad.
- 1.- ¿Has dicho neurólogo?Yo he preguntado !ah! Pero existe neurólogo y me han dicho que sí..
- 5.- Bueno dile tú a uno que vaya... como dice... los especialista llevan la rosa y nosotros la coliflor y es verdad ellos van de especialistas y son el no da más y nosotros somos la escorias..Pues hasta que no vienen a un centro no se dan cuenta del trabajo que se hace y preguntan bueno y vosotros hacéis estos.. Pues si.. Y se quedan un poco... la culpa sea del desconocimiento del trabajo que se hace , ni del trabajo que hace enfermería...
- 1.- Y la desconexión que tenemos,..
- 3.- Primero trabajar en el centro venga a ver que se puede hacer y haber como podemos hacerlo de alguna manera coordinadamente..en mi centro habría que empezar por ahí
- 4.- Retomando lo que dice mi compañera para evitar que la gente peregrinase por tantos sitios tendríamos que informarles y creo que enfermería lo hace aquí por lo menos, pero también en otros centros informarles de está Vd. en un programa “ no decirlo así”pero..
- 3.- Entonces te dirán !Que yo soy del programa!..
- 4.- Informarles y asegurarles que van a ir con cierta periodicidad y que le van a detectar sus problemas que lo van a cuidar que lo van a enseñar y si nota Vd. algo más pues nos avisan..
- 5.- Si, pero eso como ha dicho Aurora la primera vez viene la familia con el tocho..
- 6.- Si pero es bueno que vaya cogiendo confianza en ti y le vas diciendo no , no esto no sirve te lo voy a quitar..esto también..
- 5.- No eso si...
- 3.- Si le dices esto no vale para nada..
- 5.- Te agradecen que les digas.. a tu padre van a ir a verlo cada x tiempo...eso la gente empieza a entenderlo lo que pasa que demanda más de lo que es la atención domiciliaria.. Porque si tu les dices que es suficiente que vayan a controlarlo cada 15 días o cada semana pues ya quieren que se vaya a diario, porque resulta que al viejo le duele la uña del dedo gordo del pie no vaya a ser que

tenga ácido úrico leh! Y le duele no se que.. Y pide que venga el enfermero porque es que... entonces ellos no tienen claro que tienen que pedir y porque no a diario..

6.- Pero se puede educar después..

5.- Pero el problema está en que tienes poco tiempo y como estás quemada cuando tienes algo de tiempo no tienes ganas porque yo el otro día terminé a las 20,45 y yo a las 20,45 noche.. Ya no puedo más... y a esa hora yo no tengo capacidad para irme a un cuidador quedar con él y explicarle.. Porque estoy hasta arriba.. Y yo creo que estamos todos cansados...igual que a las 14, 30..

### **Propuestas de mejoras**

3.- A través de los ayuntamientos no se podía hacer algo una reunión con los familiares que tengan estas personas que necesiten la A.D.. Informarles ya de entrada..hacer un sondeo de cuanta gente ahí y unificar quien son. Decir tú tantos, tu tantos....hacer una reunión a través del ayuntamiento... y más o menos informar de como va el programa.....

5.- Pues yo haría reuniones con las asociaciones de vecinos y explicarles a los presidentes de las asociaciones yo no sé como va eso.. Hacer reuniones y canalizarlos a través de ello para que sepan hasta donde pueden pedir y lo que nosotros podemos darles para que tengan un conocimiento entonces a través de organismos ya establecidos...esa sería una idea.. Coger asociaciones de vecinos cada uno de su zona y través del trabajador o un médico o un médico y un enfermero y explicarle en que consiste porque incluso habrá alguno que tenga un familiar incapacitado que necesite atención y no lo estén usando el programa yo creo que así se podría enfocar...

6.- Pueden salir 400 encamados..?

5.- Simplemente pueden decir mire está usando pañales...si pueden quitarles muchas visitas al enfermero si ellos saben como cuidar determinadas cosas banales..

6.- Hay gente que ignoran que los enfermeros también van a mirarles... vino una a pedir cita para la madre y me vino diciendo que lo que quería era una cremita para que no se picara y pañales..

3 y 5.- Hay gente que están mal cuidados por falta de conocimiento de la familia, y otros que están solos que son los que menos demandan hacen porque no pueden acudir..

### ***¿Cómo se registran las visitas a domicilio?..***

3.- Si son enfermos míos si...

5.- Si son enfermos míos no registro nada, si es un enfermo de otro compañero a lo mejor si es una cosa gorda se lo comento y a lo mejor si es un sábado se lo puedo registrar por si se me olvida el

lunes pero a lo mejor cuando viene a la consulta el cuidador anoto fuí hace 15 días a la casa.. Pero digamos ir hoy y volver y anotarlo en la historia no.

- .3.- Yo si hay algún cambio o alguna variante si no tampoco..
- 4.- A veces se le controla la glucemia y la tensión se le podía sustituir por dar tres vuelta alrededor del paciente y un poco de vudú (Si fuera válido) en algunas ocasiones..

#### **¿Cómo es la calidad del servicio en A.D..?**

- 4.- Yo creo que es buena...porque estamos hablando de un determinado paciente que lo que necesita es una valoración y eso si lo podemos hacer porque si hay alguna complicación lo vamos a derivar..
- 5.- La verdad es que a veces no tenemos ningún medio porque tú tienes que ir y resulta que va con un manguito de tensión y el hombre es un obeso y no te sirve para nada el manguito que llevas.. O sea que tampoco tenemos unos medios mecánicos para llevarnos todos..
- 1.- Tampoco son muy necesarios esos soportes mecánicos porque estamos diciendo que fundamentalmente estamos sustituyendo a las antiguas damas de caridad yo creo que tiene nuestra presencia y nuestra palabra más que los medios..
- 4 y 5.- Si pero la calidad.
- 1.- Nos referimos a la calidad humana.
- 5.- Como calidad humana fantástica todo el mundo pone la carne en el asador y hace lo mejor que puede..ahora como medio que tengamos son bastantes...secundarios? tantos medios como tiempo..
- 4.- La verdad es que en la visita es donde se demuestra mucho el cariño del médico y la paciencia del médico que nos explayamos..

#### **Actitud hacia la atención domiciliaria**

##### ***¿Cómo se siente los médicos frente a la visita domiciliaria?***

- 3.- Depende un poco de todos depende de la circunstancias. ¿no?..
- 4.- De lo conocida que sea la familia..

##### ***\*En general ¿Cómo es la actitud hacia la atención en domicilio?***

- 3.- Yo creo que a nadie le gusta salir a la calle..
- 5.- Dices bueno me ha costado trabajo pero el viejo se ha quedado encantado...

- 1.- Nos sentimos bien porque estamos supliendo a la dama de caridad al hijo que no está.. Más a demandas humanas y sociales más que científicas.. O profesionales
- 3.- Desde luego no médicas
- 1.- Que podrían ser sustituidas por otras personas..
- 3.- Obviamente podrían serlo..

***¿Cómo es la valoración de la atención en domicilio desde la organización? Distrito,***

1,4, 5,2.- ¿Por la organización? nunca..

- 3.- La empresa no te va a defender nunca..
- 5.- En este centro se hizo un trabajo de dos semanas con muchas a actividades recreativas y de salud para entretener a los viejos y ver si disminuía la demanda y en las dos semanas bajó el consumo de receta a la mitad prácticamente.....
- 4.- Está claro que la mayor parte de las patologías del anciano es por que están aburridos... Tanto familiares como enfermo..
- 5.- No hay ningún reconocimiento en absoluto por la empresa..

***¿Qué lugar ocupa dentro del conjunto de actividades del centro?.***

- 4.- Salir de la consulta cuesta mucho..
- 3.- Sobre todo cuando tienes 20 esperando
- 4.- Luego está el que tienes que coger el coche, llegar, aparcar ahora sube que esté.. El familiar...
- 3.- Si está en la cama y no tiene nadie para ayudarle
- 5.- La incomodidad de la cama de donde colocar las cosas... te pones encima con el enfermero..
- 4.- También físicamente porque se trata de una persona deteriorada no agradable de ver a lo mejor no está muy limpia...huele mal.. Hay que superar muchos inconvenientes.. Si fuera una cosa agradable como para tomar un café a lo mejor iría más a gusto...
- 5.- Aún si pero por lo menos, menos desagradable..

***¿Cómo se resuelve las visitas lejos de la zona con la nueva norma sobre dispersión geográfica?..***

- 5.- Yo a los que no son de las zonas le suelo advertir que yo voy a ir a verlos pero el enfermero irá del centro que le corresponda según lo acordado.. Ahora si es urgente se va.. Siempre....pues el trabajo de enfermería es de muchos días y es distintos debe ir del centro más cercano..

- 5.- Hay chicos de alguna religión que cuida al viejo como si fuera su hijo y los trae, los paseas,...los llevas a la calle etc.. Los que están cuidados por esa iglesia que no se cual es no necesitan prácticamente nada porque están distraídos y están cuidados por ellos.. Entonces yo creo que eso seria una solución.. Hablar con determinadas organizaciones sean religiosas o sean laicas y quizás valdría la pena...
- 4.- Hay personas con Alzheimer que están que ya no pueden más y que el cuidador no puede más.. Esa gente hay que ayudarlo..
- 5.- En el asilo San José como no hay monjas van cantidad de gente que yo conozco para ayudar a las comidas, ayudar los viernes o los sábados a bañar al anciano y todo eso y pienso que es bueno..
- 4.- Para esos ancianos deteriorados que no conocen ni al propio familiar es bueno que se le dé un descanso al cuidador y que puedan meter temporalmente a esos pacientes en un centro geriátrico donde se le garantice un cuidado durante 10 a 15 días y que no te vayan a devolver como sabemos de más de uno con más escaras que entró..que eso debería de existir..
- 5.- Desde luego que los privados no pueden ser porque son unos precios que la gente no tienen.. Con la pensión del anciano desde luego no llega porque el que tenemos aquí vale 150.000 pesetas... (4.- 170.000 ptas.) eso no lo puede pagar el anciano evidentemente.
- 1.- Y nosotros tampoco..
- 5.- El problema está en la falta de personal si hubiera más enfermero se podría dedicar un enfermero o dos enfermero un día o dos a la semana a la A.D. No como ahora que dice me voy de vacaciones, a ver si puedo hacer las visitas programadas de estos viejitos a ver si las puedo dejar preparada.. Si ese enfermero pudiera dedicarse un día o dos en semana la atención en domicilio sería mejor.. Pero claro tiene que estar en curas, en extracciones en los avisos programados en las avisos a demanda..no se puedo es que humanamente no se puede..

***Si no hay nada más, pues solo dar las gracias a todos por asistir....***

### **Grupo Focal con médicos: C.S. Algeciras- Sur.**

#### **Participantes**

- 1.-Director del Centro) pediatra
- 2.-Centro de San Roque.
- 3.-Algeciras Sur
- 4.-Algeciras Sur.
- 5.-Algeciras Sur.
- 6.-Algeciras Sur.



7.-Elena Amigo

8.-Algeciras Sur.

9.-Algeciras Sur

**Concepto sobre la atención en domicilio.**

**Percepción sobre la necesidad del servicio.**

1.- Yo pienso que el servicio domiciliario es un servicio caro consume un tiempo en lo referente al anciano pienso que lo que es el desarrollo que está teniendo en la sanidad y en la sociedad parte de la problemática antes era solucionada por el familiar o por centro como el asilo entonces un poco de lo que estamos viendo es que esa responsabilidad que estaba en la familia ahora no se puede hacer cargo y no hay donde ingresarlo, en muchos casos esa responsabilidad está cayendo sobre nosotros pero yo pienso que la mayoría de las veces como cuidados de enfermería,..limpieza.. Cuando se trata de hacer curas no hay ningún problema o de atención médica puntual pero lo que es un servicio mantenido programado para que la persona vaya para conocer sus necesidades yo creo que hoy día con las prestaciones que tenemos se escapa de nuestro ámbito en el sentido que no está presupuestado es decir a mi me gustaría saber cuantas personas da tiempo a ver.y que consume eso..

*\* Parece que una problemática de la organización actual puede ser la falta tiempo..*

2.- De todas manera no depende de que haya o no haya personal.. El problema está en que si tenemos claro, cuando vamos a un domicilio para ver a un anciano que es lo que se espera de nosotros y que esperamos nosotros hacer cuando una persona queda inscrito en un programa de A.D.. Que le ofrecemos a esa en el programa que es lo que esperamos de nuestros propios compañeros porque nosotros no nos hemos puesto nunca de acuerdo no nos hemos sentado nunca a discutir que tipo de atención vamos dar que no lo que nos piden sino lo que podemos dar nosotros decir que no tenemos tiempo , todo eso está muy bien pero no sabemos que es lo que podemos hacer porque no nos lo hemos planteado mucho. Como tú dices nos encontramos con una problemática cada vez mayor, la demanda mayor pero ¿Qué demanda? Tenemos diversificada la demanda sabemos distinguir que es una cosa y que es la otra... evidentemente hay mucho cuidado social que se está demandando pero también mucho cuidado sanitario, mucho cuidado sanitario si no somos capaces de sentarnos a discutir y entre nosotros que es lo que podemos hacer y que es lo que podemos dar posiblemente podemos hacer una oferta a los viejos de A.D...

3.- Se habla de A.D. en A.P. lo que si te digo en principio que mi experiencia en A.P es que hace falta una coordinación con el hospital absoluta porque a nosotros casi siempre nos llaman con motivo de urgencias como no está programado, casi siempre que llaman es para ingreso porque ellos se han acostumbrado a llevar los cuidados de enfermería a lo que va saliendo cuando llegan al hospital le

hacen el tratamiento y les dan el alta y cuando llega el familiar te dice mire Vd. tengo que volver a iniciar sin saber que ha pasado allí al familiar se le pide que se haga cargo de su enfermo y.. Se le exige que conozca que se le ha hecho a su padre o a su madre allí entonces hay un paréntesis tan grandísimo que creo que al final el médico de A.P cada vez más desencantado y como no está programado pues tampoco se le hace más y esto es una pescadilla.. Yo es que tampoco veo intenciones no se por parte de quien para que realmente se pueda programar una A.D.. Todo esto me parece muy bien hay que plantearse la demanda es exagerada hay que sentarse decir que se puede hacer pero de entrada tratar el tema desde A.P. Si no hay intención de coordinación no tiene futuro..

### **Estructura y funcionamiento del servicio en el centro de salud.**

***¿Cómo es la coordinación del equipo? ¿y con el Distrito? ¿Con el hospital?..***

***¿Cómo funciona los protocolos, los registros, el equipo?..?***

1.- Yo pienso que se da más la atención puntual..

***¿Cómo se coordina con otros centros, y con el Distrito?***

2.- Si entre nosotros no existe la coordinación ni entre los propios compañeros cuanto más con otros centro y con el Distrito.... yo creo que lo primero que se requiere es por parte nuestra a nivel personal nuestro sentarnos y asumir que debemos enterarnos que necesidades tiene la población luego ya tendremos que decir que es lo que vamos a necesitar porque pasa con todos primero no no es que esto no lo podemos hacer pero joder que es lo que no podemos hacer..primero tendré que decir esto es lo que hay que hacer..

4.- Mira si tenemos coordinación que cuando dan un aviso que ha pasado del Centro Norte aquí no se sabe quién va a ir..

2.- Una cosa es el aviso y otra la visita

4.- Bueno pero siempre que vas a un domicilio es por que te avisan en el momento. No porque está protocolizado..

2.- Pero el aviso es el fracaso de la A.D..

4.- Pero es lo que hay..incluso no sabemos ni quien va a ir..

2.- Pero estamos conforme con que la única relación que tengamos con ese viejo inmobilizado sea esa.

4.- Yo no digo que esté conforme pero es la realidad que existe.es la mayoría de la realidad.

2.- Yo pregunto si estamos conforme con que la realidad sea así pues sigamos así. Ahora si no nos plateraremos hacerlo de otra manera....

4.- Yo digo lo que hay.

*\* Nos hemos planteado como la posibilidad que si tuviéramos una A.D. más sistematizada no habría tantos avisos.. Estarían más controlados.. ¿Cómo no lo podríamos plantear de otra manera.?..*

1.- Yo muy pocas cosas algunas si, han surgido desde el C.de Salud hacia fuera la mayoría de las veces el programa viene de fuera pero pocas veces se ha dado un programa que nazca como una necesidad del médico quitando el programa de TBC.. Yo creo que lo primero es que nazca un sentimiento de que hay un problema que afecta a la salud

### **Actitud hacia la atención en domicilio**

***¿Tú crees que la A.D. para mayores incapacitados no se considera un problema que afecta a la salud?***

1.- Yo pienso que no, sigo pensando que con las cosas que tenemos actualmente que hacer incluso que un aviso puntual que esté justificados lo vemos como una carga no deseable en ese aspecto.. Lo que se ha tocado que con una adecuada A.D.. Habría menos avisos nosotros no nos podemos quejar.aunque como pediatra no haga avisos en medicina general yo he pasado el nº de avisos que hay y realmente hay muy poco y vuelvo a repetirlo a lo mejor desde la dirección a lo mejor para mi es deseable que no haya avisos porque si la persona se va del Centro a hacer 4 avisos evidentemente está dejando un hueco que tiene que cubrir el resto de compañeros y está fastidiando al resto del centro y son puntuales. La programada en la calle vale muchísimo dinero.. Que sería deseable pero a lo mejor consumimos los recursos en otras prestaciones pues la A.D no es sentida.

3.- Que sería deseable y que a lo mejor es costosa habría que estructurarla de tal forma que se hiciera hacia la población que más lo necesita..

1.- También sería deseable que el pediatra fuera a ver a los niños que no vienen al programa del Niño Sano que se sospecha que es una problemática en la casa y ver las condiciones sociales y realmente no se hace....

***¿Qué importancia tiene para nosotros la A.D.. En el conjunto del trabajo del C. De Salud?***

5.- Se hace porque se tiene que hacer no por otra cosa yo para mí.. Igual que hospital está trabajando pero no está pasando ningún tipo de sala ni nada... Para dedicarte a la A.D. debes estar libre porque es imposible que tú lleves adelante toda la carga que plantea la atención al anciano...la idea en un momento dado es que hubiera alguno que se dedicara solamente a eso y que se estuviera en contacto con todos los médicos de cada uno..

Murmullos..

- 3.- En todos los centros donde yo he trabajado los programas se consideran como una carga porque no se motivan al profesional que está a cargo del programa eso es lo primero es como si hubiera estado haciendo este programa durante tanto tiempo y luego como no se ha facilitado una serie de cosas..
- 1.- Luego no existe una evaluación en la que tú digas mira que bien esto y que resultados..
- 3.- Eso desmotiva eso es lo fundamental y luego creo que para llevar la A.D.. En condiciones hace falta un equipo de A.D.. porque hay poblaciones que si tienen nº suficiente para pautar todos los días 7 u 8 domicilio pero diario entonces este equipo de A.D. tendría que estar coordinado con el resto de médicos de cabecera porque iría a ver a cualquier enfermo y eso se podría coordinar desde un centro de salud pero estamos hablando de crear un equipo que no tiene que pasar consultas....

***¿Cómo se organiza el equipo? ¿Cómo se hace. Protocolos, registros..?***

- 1.- Parte de esta población supongo está asistida aunque no tenga cubierta todas sus necesidades pero si es cierta que al ser inmovilizado y encamado normalmente surgen problemas médicos y otros que resuelven los A.T.S, aquí los A.T.S salen en equipo que normalmente salen a curar a la calle y no hacen solo curas además le abren una ficha. Es decir que hay voluntad por parte de los ATS y de algunos médicos que se implican para una unidad de paliativos..
- 2.- Muchas veces lo que pasa es eso que se están haciendo cosas puntuales pero no queda en ningún sitio no queda registro de nada y además la sensación que tiene de que no se está haciendo.. Ahora has dicho una cosa y anteriormente daba la impresión que no había nada..
- 1.- Pero es que se habla de inmovilizado pero también lo es un niño con una anoxia cerebral..

*\* No, este estudio como he dicho al principio se centra en el anciano incapacitado...*

- 1.- Pero anciano simplemente.. ya te surgen problemas que a lo mejor no tienen objeto por lo que yo entiendo.. A lo mejor una señora que vaya y le haga los cambios que lo lave y lo limpie porque a lo mejor es la abuelita la que está a cargo del abuelito es el tipo de problema que desde mi punto de vista está ahí y quizás sea más social y a lo mejor nosotros no los sentimos tantos.. Como el que es sanitario puntual y se acabó.. El otro tema está en mano del trabajador social pero la experiencia que tenemos del trabajador social es que está creado pero como no tiene recursos...

*\*Al parecer salvo casos puntuales hay poca coordinación entre salud y servicios sociales del ayuntamiento pues funciona pr separado..*

- 6.- Yo el único caso que he tenido si estoy contento, yo tenía una paciente que estaba ciega y tenía que ir con un acompañante y es diabética entonces las condiciones de la casa eran con una problemática familiar muy gorda porque su marido no quiere saber nada de ella el hijo no quería saber nada de ella esta mujer se estaba poniendo insulina.. Total que hablé con la T. Social, y el ayuntamiento le limpió y le pintó la casa le puso una chica de esta ayuda de hogar entonces esta mujer va allí todas las mañana o sea a mejorado en tanto en cuanto que te diría yo los controles de

su azúcar y la tensión han mejorado muchísimo y sobre todo yo creo que también la conciencia de la familia yo creo que el marido no tiene.. Yo en ese aspecto el único caso que tengo y la mujer siempre entraba en el hospital en coma o sea cuando entraba en el hospital con 4 gramos en coma y ahora mismo está todo mucho más controlado.. Yo sólo tengo este caso..

*\*Conocéis a las personas mayores incapacitadas que pertenecen a vuestros cupos médicos...*

2.- Lo trágico es que no lo sabemos.

*\*También puede ser una problemática la carencia de datos de esta población...*

2.- Tenemos conciencia de los que demandan no de los que existen.. Con lo que estamos hablando de una prestación del que demanda no del que lo necesita.. Y hay quien desconoce los medios para solicitarlo.

4.- Como servicio de urgencias llaman a la ambulancia.. O llama al 061.

3.- Si además demanda atención vas a casa y no la necesita para el siguiente estás rebotado

4.- La problemática que está planteando no es el aviso..

1.- Si esa prestación.. si estamos hablando además de prevención.. Realmente correspondería a lo que es el sanitario entendiendo por sanitario de ATS para arriba no ya la auxiliar o quizás sería conveniente un servicio social por parte de quien corresponda que conozca a esos pacientes y que en un momento determinado se pusiera en contacto con nosotros para la prestación sanitario..

*\* Yo no te puedo contestar por ahora...*

1.- A lo mejor una dieta que las personas mayores comen mal a lo mejor eso.. no es del médico y que se tenga que desplazar allí a lo mejor corresponde a una serie de personas auxiliares que pertenezcan al servicio social que sean quien pusiera esos medios y se uniera con nosotros en la parte sanitario cuando hiciera falta..

3.- Decirte que el servicio sanitario el aviso o la programada como sea tú lo haces y si alguien ve que hay un programa aunque sea de una asociación y tú solicita la ayuda social del ayuntamiento acude eso está permitido si hay dos personas que trabajan y que coordinando su trabajo a criterio sanitario solicitan ayuda al T. social...para eso hay que llegar a un conocimiento amplio que no sea..

1.- Esa colaboración sería incluso más fácil porque tal como yo lo veo lo que se haría como un a tutoría no es lo mismo que unas personas que esté dedicada pues eso a enseñar cosas en domicilio que ya.. Cuando entrara en ese programa le solicitara al médico por ejemplo una valoración nutricional del paciente que el médico la hiciera.... y dices que hay gente que no sabe que existe esa prestación pero que vas hacer un censo de personas mayores y te vas a dedicar a visitarlas para ver si lo necesitan.. La información esa como llega leen el periódico, escuchan la radio, que. Como llega ese tipo de servicio a esas personas. Sería crear un servicio que se pusiera en contacto y diga esta

señora ha entrado en el programa sus condiciones de vida son esta.. El estado nutricional y a partir de ahí las necesidades sanitarias puntual.. En el fondo es lo que se hacia en los asilos con monjas y con.. iba el médico pero iba cuando fuera y los cuidados de enfermería también los daban..

- 3.- Otra alternativa es la medicina Municipal, al final la realidad es que aquí estamos hablando de 15 médicos hay programados para la población.. El fracaso de la medicina municipal era que había un médico Municipal para todo
- 2.- El fracaso en ese sentido fue el tratar de duplicar los servicios en el momento en ese sentido el antiguo servicio médico Municipal era una copia de lo que estábamos haciendo en el Insalud, en el S.A.S. o en cualquiera de estos no había ningún,.. salvo algunos ayuntamientos que tenían que se estuviesen ocupando de determinados grupos de población en concreto para esa problemática se transformaban otra vez en otra especie de consulta...
- 3.- Siguen existiendo aún..
- 2.- Muy poco y más en el tema de los viejos lo que existe es e el tema de ayuda a domicilio que en los últimos años se ha puesto de moda...
- 3.- La competencia de quién sea es que da igual lo que es real es la imagen de que hay una necesidad.. De un servicio exclusivos..
- 2.- Que da igual que si lo damos nosotros que si lo dan otras asociaciones o lo da otra entidad..o nosotros en lugar de con 17 médicos de A. Primaria, pues con 25..
- 3.- Claro...
- 2.- No es que el problema es que parece que se está diciendo esto no lo puedo hacer yo nadie pretende que se haga ahora o mañana pues si mañana habilitan el personal sanitario del centro pues no había problema para hacerlo el caso es que se pueda hacer...

***¿Cómo es la relación con el cuidador principal?..***

- 2.- El problema siempre surge con el hijo que viene de Barcelona o de Madrid el cuidador principal que puede ser una victima de la hermana, hijo o primo no hay problema hasta que viene a visitarle de veraneo y dice !oh! como está mi madre..en Madrid se hace mucho más...

***¿Cómo es la calidad que se presta en el servicio a domicilio?..***

- 3.- Más humana que técnica..
- 1.- La abuela tiene fiebre vas a ver lo que hay...
- 3.- Más humana que técnica en estos mayores..
- 2.- A veces estás mucho tiempo hablando con el viejo que es lo que más necesita

- 1.- No por protocolo sino porque surge a lo mejor un día tienes menos tiempo y otro días vas y te explayas con él lo te tomas un café..hay sitios donde no te sientas y sitios donde hablas más por que ves el problema... Yo también he salido hacer aviso a la calle.
- 2.- Estamos volviendo otra vez al aviso que es un problema puntual donde necesitas resolver ese problema y la visita de este tipo tú sabes que vas a volver con lo que digas hoy es muy importante para la próxima visita..
- 8.- La calidad en general es mala.
- 6.- Porque te parece que mal.
- 8.- Porque no se hace A.D.. Se hace urgencias domiciliarias..
- 6.- Tu con que lo comparas con la puerta del hospital...
- 8.- No yo lo comparo con lo que se ve y lo que hacemos todos, lo que tú dices de que te paras hablar 10 minutos o un cuarto de hora eso es una excepción pero lo habitual es una urgencia domiciliaria y tú vas a atender no a un abuelo encamado y toda su situación sino tú atiendes a un abuelo con fiebre tú vas atender a un abuelo con una escara y que le da dolor no vas atender a una abuela con una problemática y con un déficit de atención A.D. no se hace..

Murmullos..nosotros también vamos a ese tipo de atención..

- 1.- Atención domiciliaria, visita domiciliaria?

*\*La visita es una parte de la atención domiciliaria es diferente el aviso que es a demanda del paciente, la visita forma parte de la atención domiciliaria pero es programada por el profesional.*

- 6.- Visitas si se hace pero no la frecuencia necesario. A lo mejor yo el otro día estaba de guardia y me encontraba muy bien y he dicho voy a ver a fulanita eso es visitas domiciliaria..
- 3.- Cuando se le ocurre ir a ver como está fulanito es humano porque sabes que tienes un montón de gente y que tienes que ir a verla de vez en cuando porque que no tenga demanda de urgencias no significa que no estén encamados de todas manera yo vuelvo a lo mismo y ya que se ha hablado de la urgencias del hospital a mi me ha pasado una persona encamada con espasmos vasculares de repetición que llama porque tiene una subida de tensión impresionante y cuando llega al hospital como se le ha pasado el espasmo vascular dice ya está nos han endosado aquí al abuelo de turno automáticamente lo mandan a casa entonces al cuidador le crea una carga psicológica impresionante porque el ir a la puerta del hospital significa “ ya han querido dejar aquí al abuelo “ y aquí no podemos hacer nada por esa persona.. Entonces yo no se lo que es primero me da igual pero la motivación no puede engendrarse si hay barreras por aquí, obstáculos por allí y encima al cuidador que está cumpliendo al 100% le estamos aplastando la cabeza..bueno es que el cuidador te hace una depresión y el enfermo se muere por falta de atención domiciliaria cuando el cuidador

falla es cuando el enfermo se muere no cuando el médico se equivoca o en urgencias se equivocan cuando el cuidador falla y se pone enfermo el anciano se muere independientemente de lo que tú hagas por él..

- 8.- Es que la A.D. perdona cubre varios aspectos según mi punto de vista. primero cubre urgencias, cubre el apoyo al cuidador. Cubre varios aspectos. Hoy en día y hay que ser realista el único que se cubre y a duras penas es el de las urgencias cuando tienes un poquito de tiempo y la cosa está más o menos bien cubre el humano si tienes un poquito más de tiempo cubre el educacional y cuando el cuidador va a tu consulta tratas de cubrir el del cuidador pero habitualmente la A.D. debía de ser un conglomerado de todas esas funciones sólo se está cubriendo una que es la del aviso a domicilio. Que es la urgencia puntual...falta por cubrir la parte educacional falta cubrir la parte de apoyo al cuidador que es la pieza clave eso evidentemente yo creo que ni está organizado ni nos podríamos hacer cargo los que estamos habría que tener un equipo preparado para eso a lo mejor tú estás preparado para hacer urgencias y para dar educación pero a lo mejor no estás preparados para otra cosa..
- 7.- Que bueno, bonito y barato no puede ser. (quieres decir que no se puede abarcar todo), eso es el programa de embarazo el programa, de Tbc., programa no se que.. Entonces no hay tiempo lo que puedes hacer es si tu eres la madre Teresa de Calcuta pues te vas por la tarde y haces domicilio..

*\*No se trata de eso..*

- 8.- La realidad es esa si no hay suficientes médicos y enfermeros se pide una atención integrada que solo la puede dar un equipo preparado tú no puedes dar una atención integrada en domicilio a costa de que tú tengas tiempo y ganas.. Porque la mayoría de las veces no vas a tener tiempo y la mayoría de las veces no vas a tener ganas..
- 3.- Eso lo puedes hacer si tienes 30 consulta al día pero si tienes 30 al día acabas teniendo cuanta demora..
- 4.- A nivel médico la tercera edad sólo necesita una atención puntual porque después lo que necesita sobre todo son servicios sociales...y de cuidadores ¿Que pasa? Que la filosofía de la A.P. no es paliativa es la preventiva y hecho mucho protocolos te dicen de 50 a 65 años se harán el screening pero a partir de 65 años lo que salgo...
- 3.- Por eso yo creo que se hace atención al momento..
- 5.- La única A.D. que existe es la que sale de la buena voluntad de las personas depende en un momento dado vas a echar un ratito allí..a ver como está.
- 4.- Tengo un mujer que no es de mi cupo y en el fin de semana me dio el aviso y al segundo aviso digo aquí pasa algo y que era que estaba sola , entonces los fines de semana se van todos los vecinos y le entraba pues más angustia llamaba aquí le dije mire Vd nosotros estamos de urgencias lo que tiene que hacer es hablar con su médico y con la T. Social el problema muchas veces es la soledad



y servicios sociales creo que tiene ahí la carga máxima y nosotros puntualmente solucionar el problema médico y la educación viene después de solucionar el problema médico entonces hay que cambiar muchas cosas en A.P...

- 3.- Tú no puedes esperar a..
- 4.- Lo estamos haciendo ya lo que podemos lo hacemos.. Pero como ha dicho antes no puede ser bueno, bonito y barato.. Todo no..

***¿Cómo es la relación con los especialistas en la A.D... Neurólogo, cardiólogo..?***

- 3.- No lo hay es difícil hasta para consultas externas..
- 4.- ¿Hay neurólogo, hay geriatra..?
- 5.- Eso tiene que ser a base del esfuerzo de cada una o sea el médico tiene que ir a buscar al especialista por los pasillo, y por favor..
- 4.- ¿Dónde lo busca?.. Y después prescribe V.I.N.E. y tu haz la receta y te lo tienes que tragar aunque no quiera recetárselos.
- 3.- La A.D. a domicilio también hay mucha gente joven que la necesita..

*\*El trabajo está centrado en el anciano inmovilizado porque es una población con una problemática importante pero es indudable que también hay otros grupo de poblaciones que con necesidades....*

***¿Cómo reconoce la administración la A.D....? con reconocimiento , recursos..***

- 4.- La administración nos usa y nos tira..
- 7.- Puedes volver a preguntar dentro de 6 meses... que nos van a dar una patada en el culo..
- 3.- No solamente no te gratifica.. Además nos pone medalla... ¿Se reconoce desde el centro del Distrito...de alguna manera?..
- 4.- Yo creo que se debe dejar un día a la semana para visitas.. (Con ironía..)
- 1.- Yo pienso que no hay reconocimiento no hay incentivación además cuando quieren nos utilizan como funcionario quiero decir todo el mundo cobra igual independiente de lo que haga no hay incentivos ni de tipo económicos, de investigación o de reconocimiento.... Eso en la empresa no existe para nada pienso que si realmente entramos en las unidades clínicas y efectivamente lleva un modelo retributivo una forma de incentivación esto podría cambiar y que evidentemente habría que llevarlo al tema de la especialidades que todo lo que se ha hecho ha fracasado.

***Alguna propuesta de mejoras en la A.D..***

- 4.- Dos días a la semana (Con sorna)..
- 3.- Que se haga un estudio de la población existente en la actualidad en este centro de Salud..
- 7.- Desde hace 9 años no se actualiza el censo entonces tenemos un censo de hace 9 o 15 años tenemos los mismos médicos los mismos A.T.S..
- 1.- Se ha actualizado con cuarenta y tantos mil que por eso nos han puesto dos A.T.S. más..
- 4.- No se sabe cuanto deben estar en la plantilla.. Bueno hay más población pero en un estudio hecho por la Trabajadora Social nos han reconocido más habitantes aunque no están aún los reales.(Comentario sobre diferentes temas, el censo de la población.)
- 7.- Apunta, las cosas de palacio van despacio.

## **Enfermeros/as**

## **Grupo Focal: Enfermería Norte (Algeciras, Tarifa y Los Barrios)**

### **Componentes del Grupo**

- 1.- Algeciras-Norte.
- 2.- Tarifa.
- 3.- Los Barrios.
- 4.- Tarifa.
- 5.- Algeciras-sur.
- 6.- Algeciras-Sur.
- 7.- Algeciras-Norte.
- 8.- Algeciras-Norte.
- 9.- Algeciras -Norte
- 10.- Algeciras-Norte (Al final)

### **Concepto de la atención en domicilio (A.D.)**

- 1.- El servicio que se le presta a las personas que están en domicilio y no puede acudir al centro sanitario al grosso modo.
- 2.- En este caso pretende cubrir la necesidad de los pacientes que por su incapacidad no pueden acudir al centro o acudir a cualquier otro sitios coincide en necesidades sanitarias y de otras muchos tipos...
- 3.- Antes hay que valorar si no salen de casa porque la estructura de la ciudad no les invita a salir porque con 18 años se quedan paralizado y abandona hasta el instituto esa realidad la vemos cada día entonces los hay incapacitados de 80 de 70 pero hay montón de gente que no salen porque la ciudad no les invita..a un paseo o a un sitio agradable a que haya alguien que lo saque en un carro a la calle y lo lleve una hora a la calle no todos los que atendemos a domicilio son por incapacidad de salud
- 2.- Son por limitaciones arquitectonica, familiares y sociales sólo no pueden ir pero si tuviera un familiar si tendría posibilidad pero ese familiar está trabajando y no puede llevarlo al centro yo en mi caso tengo 2 pacientes que tienen 80 años que puede moverse pero tendrían que ir en un autobús o en un coche con un familiar..

*\*Esto quiere decir que muchas veces la A.D. está supliendo la falta de un familiar o de una persona que lo pueda llevar y problemas arquitectónico.*

- 3.- Si economico y sociales como la imagen.. yo tengo una enferma mia que dice donde voy yo con la cara que tengo.. para que la gente me pregunte ¿Estas muy mal?..o sea que hay muchos factores que condiciona el no salir...

### **Percepción sobre la necesidad del servicio.**

***¿Para qué sirve? ¿Para qué debería servir? ¿Se atiende realmente a los que más lo necesitan?.***

- 1.- Depende de los casos hay casos que si sirve.. donde hay problemas sanitarios si
- 3.- A veces falta el tiempo..
- 1.- Si tenemos por ejemplo 10 ancianos incapacitados en domicilio y hay 3 que tienen una úlceras o son diabéticos o hipertensos nos centramos más en las personas que necesitan cuidados sanitarios que en los demás que no es que los abandonemos pero nos dejamos de ir un poco es decir si tú tienes poco tiempo nos centramos primero en el que tiene una cura o na tensión y a los demás..
- 2.- Pero también nosotros servimos en cierta manera para que ese paciente se derive por ejemplo la ayuda domicilio el trabajador social porque al estar más cerca de estos pacientes nos ayuda a ver mejor cuál son los problemas por lo menos en mi caso para canalizar..para ponerlo en contacto con otro estamentos.

***¿Se atiende a las personas que más lo necesitan?..***

- 4.- También es verdad que al enfermero se le da el aviso o se le llama cuando existe el problema de enfermería como puede ser una úlcera o una cura pero no cuando existen problemas potenciales de riesgo. anteriormente enfermería casi no ha intervenido. porque ahí hay un problema básico de que esa persona no tiene cubierta las necesidades básicas el motivo de que vive sola no tiene asistencia social y cuando nosotros acudimos normalmente acudimos tarde..esos mismos problemas que son de difícil solución por parte del enfermero porque nosotros no podemos estar todo el tiempo que quisieramos al lado de esa persona y a nivel de servicios sociales por ejemplo en Tarifa la que está contratada para ayuda a domicilio no da a basto y tiene unas listas de esperas tremenda...
- 5.- Lo que va son dos horas o dos horas y media y la mayoría de los casos solucionan la limpieza de algunas cosas preparar el desayuno el resto del día está totalmente desasitados entonces es muy frustrante que tú... curas una herida es muy frustrante que no tiene cambio posturales tu vas todos los días y en el momento en que tu te vayas de allí toda la prevención se tira por tierra y mañana todavía peor independientemente de todo el esfuerzo del gasto sanitario...

*\*Esto es lo que preguntaba de ¿Cómo os sentiais en A.D.? parece que algunas situaciones es frustrante por falta de apoyo para dar cuidados completa.*

*\*En relación al tipo de personas que se atiende parece que no se llega a las personas en riesgo.*

6.- Hasta el último momento no se llega..

### **Estructura y funcionamiento del servicio en el C. de Salud.**

***¿Cómo se organiza la A.D.? ¿Cómo funciona el equipo (médico, enfermero y Trabajador Social)?  
¿cómo es la coordinación con el Distrito y con el Hospital?***

***¿Cómo se hace la A.D. programada y a demanda? ¿Cómo son los protocolos, registros, evaluación..?***

3.- Depende del equipo que se forme entre el médico - Enfermero porque hay médico que lo llaman 5 veces y no van y hay otros que van, estoy hablando de médicos, enfermería va a demanda o a través de crónicos y va una vez al mes o así, tiene su protocolo su registros en su historia pero en los médicos fallan horrores porque tiene que esperar que haya fiebre que haya algo no va por sistema no se programa " tengo 20 enfermos encamados voy a hacer 4 semanales y ya cubro el mes" no se programa..

***\*A nivel de equipo ¿Cómo se organiza? ¿Cómo se evalúa.?***

.5.- Lo hace enfermería, medicina tiene una cierta fobia a salir del centro de salud es como te diría yo..

4.- Si puede ser pero yo tampoco lo veo como fobia en mi caso en el centro de salud de Tarifa allí como cada uno llevamos un cupo de un médico (o de dos médicos) en concreto pues yo me relaciono con dos médicos y otro enfermero con otros dos.... yo creo que la diferencia está en que enfermería programa la visita y el médico va a demanda. hace programada pero menos.la visita de enfermería casi toda es programada.

Varios..sí, sí.

1.- Luego la demanda de medicina, es a demanda del paciente o a demanda nuestra.. yo en especial tengo la suerte de tener un médico con el que me llevo muy bien y con el que me programo muy bien las visitas ella conmigo y yo con ella y de nuestros pacientes cada vez que hacemos algo no lo decimos tenemos muy buena comunicación, en eso aparte de que soy yo la que hago las visitas siempre tenemos bien..estos pacientes.

***¿Qué opináis sobre posibles avisos y visitas no justificadas..?***

2.- Sí, si hay

3.- Si el otro día vino conmigo un residente y vió lo que no tiene que hacer cuando sea mayor.. tengo un volante que dice cura de úlcera y al paciente le dá un volante para neurología a mi me había dicho

un familiar que el día antes de comer le templaba la mano a lo mejor estaría en hipoglucemia porque es diabetica llevo y digo donde está la úlcera y dice no, si no tiene nada yo le he dicho al médico que tenía rojo el pie y por eso os ha mandado a ustedes menos mal que venía el chaval conmmigo y digo y ¿el temblor? le hizo el Mir las pruebas neurológicas que eran normales , “ el temblor ha desaparecido “ yo tiemblo más que ella” dice su médico va a hacer el ridículo cuando llegue al especialista vea que le ha dado el volante sin ver a la paciente” fué una hermana quien se lo contó que al parecer se la quería quitar de enmedio y le contó el problema a su manera...para ver si se la llevan..

*\*Parece que también los problemas familiares inducen la A.D..*

***¿Que relación se establece con el cuidador principal..?***

- 1.- Depende de las personas.
- 2.- Cumple las tres funciones que trabaja contigo y te ayuda que es un usuario o cliente y es un recursos para ti.
- 4.- Tengo una mujer con una enfermedad muy frecuente que es el Alzheimer y provoca en los familiares unas situaciones. en este caso la hija es un cuidador excelente de hecho yo voy a la casa programadamente una vez a la semana y muchas veces le digo mira la semana que viene no vengo, porque es excelente lo que pasa que tú tienes que trabajar sobre el enfermo sobre la hija que tiene una necesidad tremenda y ahí la hija es cuidador y es paciente... es cliente es de todo.

***¿Cómo es la coordinación con el Distrito?***

- 2.- El distrito sinceramente pide el número de pacientes mayores de 65 años inmovilizado o no inmovilizados yo recuerdo que para el S.I.G.A.P. nos reunimos y queríamos establecer un criterio para definir lo que es un enfermo inmovilizado y que teníamos que mandar estuvimos en esa reunión estuvimos por lo menos dos horas y nadie se enteró de nada yo sigo mandandolo mal algunos datos.. me manda el fax” bueno ahora que quiere hablo con el responsable está de vacaciones y tengo papeles allí de fax que por datos que he mandado mal para hablarlo con la persona correspondiente cuando venga de vacaciones”.. para ver que hacemos...

***\*¿Cómo es la relación con el hospital? ¿Cómo son las altas del hospital..?***

- 5.- Algunas altas llegan..
- 6 - Sabes que en cuanto entra en el hospital va a venir escarado.
- 1.- La mayoría de las personas ulceradas vienen del hospital..
- 4.- La calidad de las altas..

- 7.- La calidad de las altas dependen del interes y de las ordenes que les den en el hospital porque han estado llegando en masa y ahora se han vuelto a paralizar desde hace dos meses, llegan por etapa y tampoco tienen criterios porque igual llegan montones de alta de oftalmología que yo no sé por que las mandan y en cambio los A.C.V. nos llegan algunas si se le has visto mejoría pero educado no vienen ni el enfermo ni el familiar..no
- 6.- No vienen en cuestiones tan importante como diabeticos que han estado ingresado en hospital y en pacientes con ostomía...
7. Bueno eso es muy serio..

Varios: Es caótico..

- 2.- Una señora que le operaron en Cádiz y vino hasta con los puntos que se le abrierón, de cuidados nada aparte que la familia es imposible por problemas sociales, psíquicos y todos incluidos he ido diariamente a cambiar la bolsa de colostomía hasta que ingresó en San Rafael..
- 7.- Otro problema es el abuelo que queda incapacitado y al familiar no se le informa de nada en el hospital....
- 4.- Ocurre mucho con los paliativos que vienen con ese estigma de paliativos y muchas veces no se dan cuenta en el hospital que si vienen ya con un diagnostico que no se puede hacer nada allí se tiene que iniciar la educación porque viene (al alta del hospital) una familia ansiosa que no sabe que está mal informada y es A.P. la que se hace cargo..

*\* A.P. se hace cargo desde el principio al parecer de educarlo y de todo....*

- 7.- La ansiedad que trae la familia cuando de golpe la abuela que más o menos funcionaba que era más o menos válida se queda incapacitada , una de las cosas que ocurre es que les dejan estar en la habitación a todas horas menos cuando van a lavarla.. les echan fueran..
- 8.- Si, si los echan.. Cuando se ha llamado al hospital la respuesta por parte del hospital ha sido muy buena al menos por la U.C.M. (unidad cuidados mínimos). Entonces cuando está en casa hay que empezar desde como se lava al anciano , para iniciar algo con esa la ansiedad que tiene la familia sobre que va hacer con ese abuelo con ese familiar que se le ha quedado de golpe metido en la cama para siempre

*\* Parece que sería útil que se iniciara la labor de informar y educar en el hospital..*

### **¿Cómo es la calidad de los cuidados enfermeros en A.D.?...**

- 7.- Yo creo que la calidad es buena.
- 1.- La calidad es buena para lo que hay si.
- 3.- Eso si..



- 6.- La calidad si..
- 2.- La relación recursos calidad es buena..

**¿Qué metodología se utiliza en el trabajo?**

- 3.- No se trabaja con metodología, Se da calidad para lo que hay si, además yo tengo la lucha con los pies diabeticos... pero al enfermo porque tiene el pie con la venda “ no se les lava “ ..que vas y si vas cada 4 días aquello huele a..... ponle una palanganita.. y dicen es que mientras te ponen el agua bueno que vas a echar 8 minutos más porque yo lo he cronometrado, si tiene el familiar lo puede hacer pero estamos hablando de ancianos incapacitados que viven solo en casa.

*\*Estás diciendo que quedan alguno ancianos incapacitados que viven solos,*

- 4.- Yo creo que la calidad es buena pero enfermería no aplicamos la metodología desde los inicios del proceso de enfermería una buena valoración, entrevista, observación valorar las necesidades... sacar los diagnosticos de enfermería que está muy de moda, potenciales de riesgos.. también te digo una cosa eso tiene un trabajo tremendo y lo que menos tenemos los enfermeros es tiempo.
- 8.- Si estamos haciendo al menos la valoración los diagnosticos y un poco de exploración..
- 7.- Lo que ocurre es no tenemos tampoco el manejo si que es cierto que el trabajo que habia que hacer previo es iniciarnos con 4 o 5 diagnosticos y manejarnos con eso, estamos hablando de metodología pura..

*\*Cada centro tiene una hoja de valoración pero son diferentes.. y no se le hace a todos los enfermos, ¿que os parece?¿Qué opinais de unificar algunos criterios?*

- 8.- Si y hacer la evaluación..
- 4.- También debía ser muchas veces que seamos nosotros los enfermeros los que demandemos a los ayuntamientos y los servicios sociales, muchas veces si nosotros fuéramos los que diéramos la lata diciendo, bueno señores que esta persona necesita ayuda domiciliaria me imagino que los ayuntamientos se darían cuenta que esta gente están solicitando y nosotros no estamos ofertando lo que el pueblo o la zona necesita..

**Actitud hacia la atención en domicilio**

***¿Cómo nos sentimos los profesionales frente A.D.?***

- 3.- A veces no tenemos parches y otros materiales...
- 7.- Ahora ya lo tenemos...

- 4.- Lo que necesitamos es el recursos tiempo.... porque...nosotros estamos haciendo desplazamiento a la Peña que desde Tarifa hay un buen tramo de carretera y después carriles que no vea tú y actualmente ha estado llendo una compañera al santuario de la Luz a diario aparte de los demás domicilio. estos es un recurso caro, costoso y que lleva mucho tiempo y es complicado sumado al resto de actividades que tenemos que realizar en el centro.
- 7.- Aparte de caro y costoso es el estrés que a tí te implica el tiempo que lleva fuera del Centro tengo que volver para... eso es estresante.

**¿Qué importancia tiene para nosotros la A.D. en el conjunto de Actividades del Centro?. ¿Qué prioridad tiene?.**

- 1.- Yo creo por lo menos desde mi punto de vista la A.D. está ahí para cuando puedas y tengas un poco de tiempo es decir primero está la demanda
- 2.- A salto de mata.
- 1.- Es decir ahora tengo vacunas,.. tengo hoy avisos tengo 3 nada más puedo hacer un par de programadas las hago, que tengo 7 avisos no puedo hacer la programada porque me falta tiempo para los 7 avisos hay veces que no es tanto el tiempo sino que se hace a salto de mata

*\*Se mete en el hueco de tiempo que se puede ¿No?...si, bueno.*

**¿Cómo se sienten los enfermeros frente a la A.D.?**

**¿Cómo es el reconocimiento, incentivos etc.? ¿Os sentís valorados en la A.D.?**

1,2,3,4.- Valorados nada, nada, nada..

1 y 2.- Por la familia si

8 y 7.- La familia un poquito más.

3.- La satisfacción te la da, la persona y la familia..

....Hablan todos..

10.- La familia viene a buscarte a ti, no vienen a buscar el médico como antes

...Hablan varios comentarios de acuerdo sobre el tema...

6.- El médico es que está más..

7.- Bueno también hay que dejarlo claro desde el primer día..

3.- Nosotros tuvimos un experiencia muy bonita sobre una paciente terminal que le cambiábamos la sonda le tomábamos la tensión alternativamente y le dieron 7 avisos al médico y no acudió a ninguno, cuando muere la paciente la hija pone una reclamación y denuncia la no visita del médico, la médico se disculpa diciendo que enfermería le decía que la paciente se encontraba bien y que por

esos no había ido nunca, afortunadamente estaba bien con nosotros y escribió diciendo que no, que ella protestaba al médico que de enfermería no tenía ninguna queja porque sin ella acordarse de cuando tocaba el cambio de sonda llegamos a cambiarla y que su madre había sido atendida por enfermería perfectamente que el que faltaba era el médico.. fue increíble..

### **Propuestas de mejoras.**

#### ***¿Qué propuestas de mejoras..?***

- 3.- Para mí el hospital de día está funcionando bien. en Barcelona pasan a recoger a los inmovilizados que están solos se pasan hasta la 6 de la tarde en el hospital de día con todos los cuidados...aumentar la dotación..
- 2.- Eso en Ciudades grandes funciona..
- 10.- A mi me parece que sacar a una persona de su casa donde tiene sus cosas, durante un día entero si que está atendida, pero está desarraigada.. eso puede ser un descanso para la familia..
- 3.- A eso voy que en los Barrios por ejemplo que si eres hembra te toca cargar con tus padres... hay familia donde son 9 y nada más que son dos hembras y les toca. Claro si dura un mes la cosa bien, si dura dos vale pero cuando dura un año y otro año y hasta que punto la familia tiene que cargar con eso porque yo me lo pregunto muchas veces por amor se hace muchas cosas pero hasta que punto hay que meterle esa obligación a la familia.. es muy escabroso..
- 8.- También habrá familia que estén todos trabajando por ejemplo para ellos el hospital de día yo si lo veo bien para una persona que está trabajando se lleva a esa persona es un sitio donde pueden tener actividades y pueden tener cosas..
- 9.- Son casos puntuales..
- 8.- Y van a dormir con su hija y con la familia tipo guardería
- 3.- Es una guardería para aparcarlos..
- 10.- Es más un tipo centro ocupacional de día. es distinto al hospital de día yo no lo veo igual..

*\* Aunque parece que se ha utilizado distintos nombres pero al parecer la idea era la misma.....con las mismas funciones cuando se ha hablado de hospital de día y de centro ocupacional de día...*

- 3.- Si centro de día, yo pienso que la persona que esta abandonada y no tiene cuidados en vez de uno que va a salir contando los avisos y los minutos puede pasar el día allí y está bien atendido se garantiza que se va a mover que va a comer adecuadamente..
- 10.- Y está dotado de más actividades sociales no solamente enfermería..

***¿Qué otras ideas se os ocurre para mejorar la A.D...?..***

3.- El voluntariado en Los Barrios funciona..

*\*parece que está poco fomentado en esta zona ¿qué opináis..?*

4.- En Tarifa lo que ocurre como la ayuda a domicilio es escasa porque tienen poco personal hay mucha familia que tienden a pagarse esa ayuda..

5.- Yo conozco un caso de una persona que falleció y yo iba a verla a diario a la casa entre todas las necesidades, que tenían todas por cubrir porque era una enferma que estaba muy mal, aunque tenía una hija muy implicada en los cuidados no podía con esa carga entonces decidió contratar a una persona que tenía un curso de ayuda a domicilio y le pagaban durante ciertas horas al día..

7.- Puede ser una solución si la familia puede... otra posibilidad son las auxiliares de enfermería.. que ayudaban a movilizarlas al aseo a los cuidados de los pies..

*\*Parece que el auxiliar es un buen apoyo..para la A.D...*

4.- En los cuidados paliativos debía existir también un grupo de A.D. desde el hospital.

*\*En ciertos hospitales hay equipos de soporte en esta zona no los hay.. solo una monja en el hospital de La Línea.*

2.- Yo creo que se debía potenciar la figura del geriatra en los centros de Salud igual que hay pediatras.. tal como está la cosa el geriatra es muy necesario...

## **Grupo Focal enfermería en La Línea.**

### **Componentes:**

- 1.- C.S. La Línea.
- 2.- C.S La Línea.
- 3.- CS. San Roque.
- 4.- C.S. San Roque.
- 5.- C.S. La Línea.
- 6.- C.S. La Línea.
- 7.- C. S. La Línea

### **Concepto de atención en domicilio (A.D.)**

#### **Percepción sobre la necesidad del servicio.**

**\* *¿Que es para vosotros la atención domiciliaria?. ¿Para qué casos está justificada?. ¿Para qué sirve? ¿Para qué debería servir?. ¿Qué otras personas deberían recibir la A.D.?***

- 1.- Toda persona que no se puede desplazar al centro del salud y necesita asistencia..
- 2.- Y que necesite consejo la familia y el paciente
- 1.- Generalmente siempre hay una persona un origen de la demanda de la A.D. el incapacitado el anciano aunque el problema lo tenga la familia.
- 2.- Yo pienso que tiene que ver las dos el paciente como tal que genera el problema y nosotros vamos y le prestamos cuidados los consejos normalmente no van al paciente muchas veces sino a la familia porque el paciente está demenciado o está en unas condiciones que no se puede hacer cargo de su propio cuidados sino que tiene al cuidador y al cuidador principal es al que le damos nosotros educación sanitaria aunque realmente el cuidado vaya encaminado al propio paciente..
- 3.- Habría que hablar en que tipo de asistencia porque a lo mejor cuando hablamos de asistencia hablamos de tomar la glucosa la tensión y poco más y claro un anciano en domicilio genera una serie de cuidados para la familia de medicina preventiva en primer lugar de ejercicio de gimnasia de inmovilización porque hay gente que no son diabéticos ni hipertenso que tienen 88 años están sentada en una silla se desplazan poco a poco si entendemos que deben estar en el programa también o si estos quedan fuera porque no tienen una patología concreta, o si entendemos de una

forma más amplia la A.D. en el sentido que también que son personas que forman parte de la comunidad y que habría que ayudarle también hacer algunos ejercicios por las mañana..

- 4.- Lo que ocurre que también desde el ámbito que nos movemos nos planteamos también los recursos de que disponemos..no tenemos el tiempo suficiente para una dedicación mucha más completa pues uno debe plantearse cuando llega a un domicilio de un enfermo desde el principio... como nos llega la demanda generalmente por un p.10 del médico de cabecera generalmente vamos y hacemos una evaluación que a lo mejor no constatamos en un papel por escrito hacemos una evaluación general desde una perspectiva muy personal y es verdad que no constatamos por escrito porque bueno porque tampoco están los modelos adecuados y cuando alguien se inventa un modelo el modelo es complicado e incluye factores que muchas veces se escapa del análisis que podamos hacer nosotros es decir desde la situación socioeconómica que es una cosa que puede hacer la trabajadora social y que efectivamente por supuesto que la hará pero que después a veces no se recibe esa información de esa trabajadora social etc.. Etc.. Es decir tenemos unos recursos y en base a esos recursos que no nos engañemos son escasísimos a todos los niveles...se ha recogido las preguntas claves cuando se ha planteado los factores que afectan, son tan inmensos que nos escapan de nuestra propia percepción cuando nosotros intentamos con servicios sociales del ayuntamiento porque tu ves que hay algo que no funciona y esos nos ha pasado a todos y a mi hasta recientemente. hace dos meses hice una llamada a los servicios sociales del ayuntamiento y no tienen capacidad para resolver y la solución es buscarle una vivienda a una familia con 8 niños en la calle niños, de meses y de añitos y dicen no podemos buscarles una vivienda.. Entonces que hace el personal te ves al hombre un gitano tirado en el campo con una lumbalgia donde no tenía vivienda y dices que hago me lo llevo a mi casa ese es el primer planteamiento tu puedes decir hago esto, esto y esto pero lo que tu diga que hay que hacer después no existe los recursos para hacerlo no tiene la viabilidad..donde te metes
- 5.- Yo tengo una familia la abuela con 94 años la hija sesenta y tantos son 5 personas mayores la cuida una nieta que es una borde-line hace lo que puede voy hoy y ha ingresado a la hija en la residencia ante de irme de vacaciones hablé con Inma (Trabajadora social)para que le tramitara una ayuda a domicilio el bienestar social del ayuntamiento le pone pega.. mañana va ir Inma conmigo..
- 4.- Bueno el tema que nos ha planteado es muy difícil no sé como va a resumir todas estas cosas que estamos diciendo.. Desde la definición de inmovilizado que también tiene sus matices...
- 1.- No se ha definido como persona susceptible de A.D. aquella que no puede desplazarse al centro de salud...
- 4.- Muy bien.. Aparte nos estamos metiendo en que esa gente que no pueden venir en que entorno se encuentra en que circunstancia.. Entonces ya la hemos liado..

Hablan varios... “apoyando.. La idea.. Algunos...”

- 3.- Eso tendría que ir después, una cosas es que nos planteemos las necesidades..

- 4.- Y ahora ¿Quién demanda atención? Nosotros tenemos que darle información a los familiares que conviven con el.. Depende todo depende de la capacidad intelectivas que tengan los familiares, depende...

*\*Está claro que estamos hablando de la atención domiciliaria programada y no de los avisos...*

- 3.- Yo no hablo de avisos, en el centro se hace una ficha con las necesidades básicas que están en la definición no se si bien o mal hecho pero se hace con el informe del médico, del enfermero y se programa..

### **Actitud hacia la A.D.**

***\* ¿Cómo se sienten los enfermeros ante la atención domiciliaria?. ¿Se sienten valorados?***

- 5.- Hombre te ves como falta de tiempo siempre tienes que ir contra reloj. Luego los impedimentos a nivel social que te encuentras tu vas a pedir una cama al hospital sino la hay en el centro tiene que esperar a una lista de espera etc.. Si los colchones antiescaras que tenemos 3 en el centros ya lo tienen otros pacientes que lo necesita tenemos que esperar que fallezca uno si esta familia no tiene medios yo no puedo decirle compralo porque son 50.000 pts y tiene la abuela 94 años y está fatal que a otra gente le dicho comprelo y si se muere se queda la familia con el colchón de verdad que es como un cargo moral decirle comprelo

- 1.- Yo creo que por lo menos enfermería y tal como se está llevando actualmente en atención primaria la atención domiciliaria yo creo que es con unos recursos muy limitados muy limitados de todas índole, recursos humanos... el tiempo yo no estoy muy de acuerdo.. Pues por lo menos en este centro se ha adecuado un tiempo para la A.D..

***\*¿Para la programada?***

- 1.- Que posiblemente no es suficiente.. Pero que está ahí..Sólo para la programada.. Para la programada para aquellas personas que se le visita periódicamente pero yo me encuentro con los límites que tenemos en la visitas domiciliaria. Muchas veces nos frustramos en cuanto no solucionamos todos los problemas que detectamos en esa persona. Otros profesionales no nos acompañan en la visita estamos hablando de los médicos no hacen el mismo ritmo de visitas que nosotros hacemos y lógicamente no es un trabajo que hagamos en común no lo llevamos en equipo en otras palabras la trabajadoras social si nos acompaña más y después si nos encontramos una serie de limitaciones de recursos como dice Adela.. Sobre todo en recursos social no sabemos o no podemos resolver muchos de los problemas que nos encontramos en las visitas..
- 4.- Sería bueno marcarnos un límite en nuestra función.... Claro me planteo decir la A.D. se le da consejo se le toma la cifra tensionales, la glucosa se le observa que necesidades tiene y partir de ahí tu haces unas indicaciones y casi prácticamente puedes terminar tu trabajo si no son indicaciones que afecten a tu profesión por lo tanto la limitación podría estar en solamente lo que afecta a tu

profesión muchas veces llegamos a más.. Me refiero cuando estamos hablando de contactar con el ayuntamiento para que una trabajadora social vaya.. Cuando estamos hablando de otras ayudas hasta trabajo puedo decir que yo intentado hasta buscarle trabajo gente que se que no es mi cometido ¿no? Pero cuando tú ves la situación dices aquí no hace falta que venga yo aquí lo que hace falta es 20.000 duros todos los meses. ¿hasta donde?..

Varios..Murmullos..

- 1.- Yo creo que por lo menos enfermería... es una profesión que como se dice es un arte y no hay nada preestablecido y nosotros yo creo que tenemos unos recursos inagotables que podemos echar manos desde nuestra mayor armas que es la educación sanitaria. Pero después tú has dichos de buscar trabajo.. El limite lo tiene que poner muchas veces tú..
- 4.- Pero Marien necesita que le digamos cosas concretas..

*\*Lo que quiero es vuestra opinión..*

- 1.- El error es no trabajar con una metodología aquí estamos faltos de trabajar con una metodología de trabajar con unos objetivos con un trabajo más científicos donde si pongamos un límites pero eso sí..

Varios.. (Adela....)Nos sabemos aquí lo que hacen la gente de San Roque ni lo que hacen la gente de Algeciras.. Sabemos lo que hacen nuestros compañeros...

- 1.- Nosotros no ponemos el límite en nuestro trabajo de trabajar por objetivos se han cubierto o no los objetivos.. Y hasta que no alcancemos ese ritmo o esa metodología de trabajo realmente nos va a resultar difícil evaluarlo y de encontrar límites..
- 5.- Después sólo contabiliza el número de visitas programadas y dices bueno y qué y si y o me tiro tres horas con este quien sabe si yo me tiro tres horas que te garantiza ¿Cómo lo estás haciendo?..
- 4.- ¿Cuando nos ha preguntado ¿Cómo te encuentra ante la visita domiciliaria..? yo le diría desvalido...
- 3.- En principio estuvimos hablando del tiempo pero el tiempo como recursos puede ser una contradicción porque el tiempo en horas te falta y en horas te sobra luego el tiempo no es el problema principal porque luego al final de la mañana estamos todos así luego el tiempo que pasa que no es el problema principal entonces el problema es lo que habéis dicho es decir no hay una corresponsabilidad entre la A.D. como objetivo que va a venir dado porque está aumentando la necesidad y la conciencia que tenemos en el centro de salud que aquí el que llega es el que tiene la consulta y.. 4 avisos, cura... y a terminar a si la A.D. es muy importante pero los C.Salud no se plantea como objetivos prioritarios y por lo tanto para disponer los medios que sean para abordar un problema que no reconocemos o no queremos reconocer...

...Murmullos....

***¿Que importancia tiene en el conjunto del trabajo en el C. De Salud?.***



*\*A veces la programada puede ser una cuña entre el resto de actividades, pues de paso que vas al aviso si tienes un poco de tiempo haces la visita que tienes pendiente.. ¿Cómo se programa el tiempo..?*

- 4.- Si pero cuales son las culpa de eso pues a lo mejor es una presión que no tiene lógica a veces un consentimiento del médico hacia ciertas peticiones sin lógica y entonces eso te va te va minando por una parte la moral reduciendote el tiempo de otras historia y llega un momento que tu dices.. Y además ahora tengo que ir a ver a Pepito Pérez que está en la cama cuando tiene 4 hijos que no van a verlo y ya vas revuelto..
- 3.- Además se junta con otro tema, con otra causa..Que muchas veces se repite que es la inhibición de la familia cercana que tú está diciendo aquí el que hace de familia somos nosotros.
- 5.- Claro..
- 4.- Eso es lo que quería decir..

***¿Qué relación se establece con el cuidador principal?***

- 3.- Te encuentra muchas veces muy solo frente a un enfermo que casi no se puede desplazar o se desplaza mal es hipertenso, tiene azúcar y la hija vive allí pero como tiene su hija tiene que llevarla al colegio estoy hablando de un caso concreto y la madre está sola pero horas y horas enteras y cuando tú vas no encuentras a nadie y como abordas el tema educacional ahí..necesitas a la familia y la familia no está..

***\*¿Cómo consideráis que enfermería pueda sustituir. a veces la labor del familiar..?***

- 1.- Bueno también está la capacidad de convocar al familiar en el Centro de Salud..
- 3 y 4.- No que es difícil..
- 4.- Yo tengo una señora que ahora mismo está ingresada en el hospital después de intentarlo 20 veces..y con 20 p.10 Y la familia no llevarlo con una gangrena en un dedo, diabética.. y con 8 hijos y una hija le dolía la espalda y no podía mover a la madre otro hijo vivía en Algeciras.. Otro que está cerca no se lleva muy bien y al final la hija está cuidada por una hija subnormal que s la única que la cuida que además los hijos les pone un dinerito para que vaya a cuidarla todos los días porque ellos no tienen tiempo, cuando tú ves a la mujer que va a cuidarla que es la única con la que tenemos contacto.. Dice que. Son los hijos que dicen que no tienen tiempo para ir al hospital..¿Y Qué hace tú?

...Murmillos...

- 2.- Hay limitaciones milagros no podemos hacer.. si le pones las cosas muy claritas a la gente la no lo quiere hacer...otra cosa no podemos hacer

- 6.- Hay relaciones probablemente patológica entre los hijos y la madre entonces no se puede hacer nada no podemos cambiar la vida familiar..
- 4.- A lo mejor lo que pasa es fruto de la sociedad en que vivimos seguro es decir que al final el abandono de los hijos hacia los padres.. Es fruto de la vida tan estresante y tan inmediata que queremos hacer y al final es falta de educación es falta de responsabilidad...
- 2.- Bueno si tenemos nosotros terreno porque si la anciana está en su casa con su familia pues si tenemos una lucha porque hasta ahora los hospitales han sido como u milagro pues se curado a todo el mundo menos al que se moría..pues cuando alguien se está muriendo bueno al hospital..Creen que le van a no sé. No se acepta que la gente se tienen que morir. A los 80 o a los 90 pero nosotros hemos nacido para morirnos..sobre todo si morimos en la casa mejor pero por el tipo de vida cuesta más que hace unos años donde la amas de casa era normalmente la principal cuidadora y ahora es una mujer trabajadora y dice ahora como me como yo el pastel ni más, ni menos.. (JA..efectivamente.) servicios sociales tampoco ahí como para que esa mujer salga a trabajar y te lo supla o sea que significa que hay servicios privados para esa familia pero no servicios público, ni voluntarios ni nada.. Yo no sé en otras comunidades pero aquí voluntariado..ni nada..

### **Estructura y funcionamiento del servicio en el C. De Salud**

*Otro tema que me gustaría para comentar es ¿Cómo es la relación del equipo entre el médico y el enfermero.. en los C. Salud.? ¿Cómo son los protocolos..? el funcionamiento..*

- 2.- Yo pienso que en este centro hemos ido a peor, yo no sé si es que la demanda que es verdad que los médicos la tienen, antes hacíamos más A.D. con el médico ahora hacemos menos..
- 1.- El médico está encasillado en su consulta de demanda..
- 5.- No es que no hagas pero es verdad que cuando empezamos se hacia más
- 6.- Yo lo entiendo... cuando puede. Que tiene un rato..
- 5.- No sé se hace si le dices ven que vamos junto. Cuando se el demanda va..
- 6.- Cuando te coge cerca de un aviso de al lado..

***¿Qué pensáis de la posible A.D.. No justificada (inducida)?***

- 1.- Si se hace , si
- 2.- Se hace mucha A.D. inducida por el médico incluso de llevar recetas así de claro..
- 4.- Muchas veces no, porque no hay tanta y por presión de la familia..
- 3.- Avisos , avisos la presión de la familia en la Ad es más en los avisos.

- 4.- No, no..yo lo encuadro en la visita.. Se dice la periodicidad. Se pauta si..
- 1.- Viene pautado incluso por el especialista.
- 2.- Intentamos cambiar la pauta pero si la familia es...
- 4.- La pauta la pongo yo lo tengo clarito..
- 2.- Depende..
- 4.- No el depende el que quiere la pauta la realiza él yo lo obtengo establecido porque tengo gente que me dicen cada semana o.. Y le digo no puedo porque yo tengo una demanda, tengo un orden y porque Vd tiene desde el año 1988; 130 / 80..
- 1.- Respecto a los diabéticos y demás también los pauto yo..
- 5.- Hay caso en los que tú no puedes..
- 4.- Yo también al especialista le digo que nosotros lo hemos acordado en el C. Salud de San Roque 3 tomas de tensión y a partir de 3 tomas va a que le valore el médico o por cada 3 o 4 a médico y cuando la mujer va cada 3 al médico dice coño este tío me la manda y cambia la pauta..
- 5.- Hay paciente que no colaboran como.. Que va de su casa a cobrar y sin embargo le dicho ven al C. Salud que te conviene andar es diabética con insuficiencia renal.. Y no hasta volante del neurólogo..
- 4.- Yo también los tengo..
- 5.- Yo tengo otra persona con tensión diaria e ido y le dicho oye, tu madre tiene la tensión muy bien voy a volver el jueves.. El jueves la va a tener bien pues le digo vendré la semana que viene pero hay otra gente que no sólo del médico de cabecera.. Es del especialista ya sea el nefrólogo. El cardiólogo...
- 1.- Es verdad.. (varios) Yo creo que todo es derivado que hemos empezado con la visita domiciliaria y no tenemos un plan de actuación y de cuidados y depende de la necesidad de cada persona le ofrecemos un plan de cuidados y una peligrosidad de cuidados al trabajar así un poco a inercia haces la visitas y prácticamente o te lo dice el médico o te lo dice la persona y cada 15 día y te enganchas cada 15 días o cada mes y no te planteas no te paras un momento y dices realmente le está solucionando a la persona con mi visita cada 15 días.. Nos alegramos los dos de vernos se alegra un montón de verte pero realmente..que le estamos solucionando desde el punto de vista enfermero.. Que objetivos estamos cubriendo..
- 5.- Tiene que existir alta de enfermería tanto en domicilio como en consultas de enfermería porque yo a un crónico que sabe que dieta tiene que hacer los cuidados que tiene que realizar y no quiere hacerlo tenemos que aceptar que cada persona es libre pero también yo tengo que ver y verlo con su médico..

- 5.- El problema es ese, cuando un paciente los cuidados como su dieta el ejercicio, lo que tiene que realizar no lo realiza y tu está dos o tres años hay que aceptar bueno no lo quiere hacer si ya le enseñado como funciona el aparato para controlarse la glucemia.. No tengo porque estar haciendo visitas programadas perpetua..si que es verdad como dice Juan que se crea unos vínculos de dependencia de la familia de él, incluso tú con ese paciente porque te involucra, sin querer te involucras en la problemática familiar pero si no lo hace es porque no lo quiere hacer igual lo mismo que yo sé que el tabaco es malo y no quiero dejar de fumar.. Pues bendito sea pues también..
- 7.- También tenemos que ver la calidad de vida de cada uno pues muchos ancianos tienen el azúcar en 200 pero hija si están bien se encuentran bien y tiene 80 años.. También no lo quieren hacer pero ¿Qué es la calidad..?..
- 4.- La libertad individual permite ir a cada uno donde le dé la gana..

Hablan varios...

**¿Qué contenidos comprende la atención para inmovilizados? ¿Cómo se hace, protocolos, recursos, evaluación?**

- 1.- En los criterios de inclusión son personas mayores de 80 años que no se puedan desplazar al centro, crónico...

**¿Se incluye pacientes incapacitados jóvenes...?¿el protocolo de inmovilizados tiene como criterio una determinada edad..?**

- 1.- No
- 4.- No tiene por que ser ancianos pero si A.C.V. de 50 año..
- 1.- Hay criterios vivir sólo y tener más de 80 años como población de alto riesgo..

...Murmullos..

- 1.- La edad es uno de los criterios pero hay otros..
- 4.- Atendemos a todo aquel que está inmovilizado y tenga una causa real..
- 3.- ¿Cuántos niños inmovilizados?..
- 4.- El criterio es independiente de la edad generalmente cuando empezamos hablar decía que procede de un P 10 del médico el criterio para la visita..
- 3.- Eso es un criterio teórico pero el real cual es?
- 4.- Los niños incapacitados suelen venir al centro, la atención en domicilio se reduce prácticamente a adulto mayores incapacitados.

**¿Qué relación se establece con el cuidador principal?**

*\*Es un recurso, un co-trabajador, cliente..*

- 4.- Creo que es co-cuidador..
- 5.- Decir que en otras comunidades suele haber sitios para llevar a las personas y que el cuidador principal pueda descansar por ejemplo aquí no existe ni por asomo y además lo que pone los servicios sociales son una o dos horas en las que no te puedes liberar esas horas sino que tienes que estar con el de servicios social para que te ayuda a bañar a la persona, cuidarle y demás.. Entonces no tiene descanso..
- 7.- Y algunos además no tienen educación para autocuidarse ellos porque tiran mal de la persona y se lastiman ellos y a la larga vamos a tenerlos a ellos en la cama.
- 6.- Pero ahí tenemos nosotros labor leh!
- 2.- Si es decir mira esto es así y como lo hago yo lo tienes que hacer tú ante cuando las auxiliares salían con nosotros ¿Te acuerdas?.. y lavábamos al enfermo entre enfermería el equipo auxiliar y enfermero y ellos veían sabían como lo tenían que hacer ahora no tenemos auxiliares..

**¿Cómo podría colaborar la auxiliar en la A.D...?**

- 5 y 2.- Bueno, vamos, que vas con la auxiliar que sabía y te quitaba un montón con ellas cambiabas la sábanas. Ahora no ese igual porque tú le enseñas pero no es igual que ellos lo vean hacer que tú le expliques..

**¿Cómo es la coordinación con el hospital? alta, educación sanitaria..**

- 4.- Vuelven ulcerados..
- 5.- Es mejor que no vayan.

Varios...murmullo de acuerdo.

- 2.- Los familiares dicen yo no sé porque me han echado de la habitación , yo no sé porque tiene ese parche ahí, no se porque tiene vendados los pies..no se si tiene algo.

Varios,... los echan..

Varios... a veces llegan las altas de enfermería..

- 1.- Pero la calidad es mínima de las pocas (6 o 7 que llegan mensualmente) que han llegados la gran mayoría son de urgencias de coger sutura pero la calidad es mínima,
- 5.- Desde el año 93 está firmado que debería haber una colaboración entre atención especializada y nosotros.

**¿Qué opináis de los equipos de soporte en la zona para apoyo de la A.D....?**

- 4.- Aquí está sor Joaquina (es una monja)..
- 5.- Ya no hablo de cuidar una úlceras sino los cuidados básicos a una persona mayor. Que salen del hospital y no saben como cambiarle el pañal, o la cama...
- 6.- Se supone que eso es labor nuestra..
- 5.- Yo creo que si está en el hospital es el momento adecuado para empezar.. Hay especialidades que educan a los pacientes como O.R.L., cirugía,..
- 4.- Porque hay laboratorios que le paga a personas para que los eduquen..
- 6.- Esos son minorías..
- 5.- Si te pones hacer la cama y a bañarlo, yo no entiendo porque tiene que echar al familiar sólo te dejan en la habitación cuando tú les hace falta a esos profesionales..
- 4.- Yo hay una conocida mía que tiene un I.C.T.U.s desde hace bastantes años va una mujer del ayuntamiento para que la cambie la lave etc. y yo le hice un papel con los cambios posturales, los cuidados, cambios de apósito, todo en el ordenador,.. Se lo dejé a la familia para que se lo diera a la persona que le cuidaba.. Cuando la familia se decide a darselo.. Dijo como no llevo yo tiempo haciendo esto...haces una planificación te esmera y lo haces po escrito ¿para qué?, es decir no sirvió para nada ni para la familia, ni para el trabajador del hogar.
- 5.- ¿Quién educa a las personas que trabaja en los servicios sociales..?se podría hacer algún tipo de taller con ellos.. Con los que trabajan en el ayuntamiento.
- 1.- Nosotros tenemos una propuesta para hacer unos cursos..
- 3.- Reciben muchas horas pero mal dados..

***¿Cómo es la calidad en la A.D.?***

- 4.- Yo sinceramente..en la demanda yo hasta afinaría es precario pero en que por lo que haces o porque no puedes hacer más. Como cambiar unos parches cada 3 o 4 días y te dice el médico que no..que vale muy caro..
- 5.- Hasta quien se lo quita diariamente por que se le despega..?con dudas..'
- 1.- A quien se le visita hay un grado de satisfacción alto incluso como dice Adela se ha creado unos vínculos porque enfermería se ha incrustado en ese ambiente familiar incluso durante tiempo.. Pero nos tenemos que plantear que calidad desde el punto de vista de enfermería..
- 5.- Falta unificar las cosas.. Yo no sé como trabaja los compañeros de San Roque, sería necesario registros comunes..

***¿Se atiende a las personas que más lo necesitan?¿Qué otras personas se deberían atender?***

- 1.- Eso me planteo yo ¿se están cubriendo las necesidades de salud de la población?..
- 7.- ¿Las reales? Entre paréntesis quedan un montón de gente que están aparte..
- 1.- Están cubriendo visitar a unas personas que a lo mejor no necesitan esos cuidados que le estás dando o lo necesitan con una periodicidad anual..o semestral y tú vas cada 15 días a tomar la tensión. A dar los mismos consejos a preguntarle por la familia a preguntar la historia de como va y punto pero realmente se están cubriendo las necesidades de esa población..creo que debías avanzar más
- 3.- Hay la salida está en los que decías antes nosotros tenemos que delimitar cual es nuestro trabajo entonces sabremos si estamos haciendo nuestro trabajo por ejemplo en las consultas de enfermería claro que se está delimitando pero todavía lo tenemos que hacer más es decir nosotros tenemos que decir.. Controles de glucemia, la dieta.. Y una vez que tú ha dados todos los temas que hemos acordados. Que son necesarios en sesiones personales o grupales como sea y cuando ya sabe todo eso se sabe hacer autoanálisis debemos retrasar las consultas de enfermería porque los estamos convirtiendo en dependiente (1.- alta, alta...) Son crónicos. Son dependencias nuestra mal hecha porque parece que sin nosotros ya no van a poder vivir.. (5.- se quedan perpetuo..)
- 5.- Mucha gente no es que no quiera hacerlo es que no puede, algunos pueden elegir y otros no
- 3.- Hombre hay que diferenciar, el demente enseguida se ve y buenos intentas que venga acompañado sino para que le vas a dar consejo si no se acuerda ya.. pero hay otros que son analfabeto y tienen dificultades entienden captan bien verbalmente pero a lo mejor no retiene tanto pero eso es parte de los contenidos.. En A.D. es decir determinar exactamente cual sería las tareas y ver si tenemos dificultades para cumplirla hasta donde pueden cumplir y hasta donde no, y estructurarlas más que nada necesitamos la estructuración y la coordinación y el creerselo que eso es lo fundamental que no existe , existe en teoría el médico sale cuando puede cuando tiene tiempo y visto a médico que “ hoy no, hoy tampoco..” no, no yo tengo que ir. Eso falla..

*\*Parece que la A.D. se supedita a otras funciones del centro y más en el médico que en el enfermero..*

### **¿Cómo se ha coordinado desde el Distrito la A.D. de los Centros de Salud?..**

- 1.- Se ha coordinado los adjuntos hemos hablado en relación a lo que nos pide en el S.I.G.A.P. (Registro de A.P.) definir lo que se recoge.. Pero todavía sigue sin haber acuerdo porque cada vez se nos pide un items nuevo este año mayores de 65 años inmovilizados..

Varios...No tenemos formación en los diagnostico de enfermería..

- 1.- Se ha solicitado a la coordinadora de enfermería un curso de metodología de trabajo en enfermería creemos que es imprescindible para continuar con nuestro trabajo en A.P.. Es decir trabajar con un método con un modelo no podemos trabajar a tranca y a barranca y por inercia de otros profesionales.. Tenemos que utilizar un instrumento un método científico que nos permita que

después se nos pueda evaluar y medir y es aplicable a la Visita domiciliaria el utilizar un diagnóstico enfermero con unos planes de cuidados.

### **\*Actitud hacia la atención en domicilio**

#### ***¿Cómo es la valoración y el reconocimiento del A.D.?***

2.- A mi paga una dispersión pero la libre elección no me lo pagan entonces yo lo que es programada me niego claro que los avisos se hacen.

5.- La mujer que vivía en el junquillo en la cama chiquitita.. (2) Yo que voy a curarla pues claro que voy..

1.-: En el programa que tenemos uno de los items de inclusión es que viva dentro de la zona del C. SALUD entendiendo el programa.. Los aviso...no

Varios... Es que el programa de libre elección es de médico no de enfermería..

5.- Tu vas aunque sea un aviso tú le estás programando una serie de cuidados a la familia y le enseña a cambiar la cama.. La visita de vacunas se hace porque el centro de la Velada esta vacunando a 3 / 4 partes de La Línea si hay niños que no están vacunados tienes que ir te encuentra...

4.- Yo creo si algo no coordina y descoordina es precisamente el Distrito porque ni tan siquiera es capaz de recibir las aportaciones de la gente, Juan lo ha dicho muy claro nos reunimos los adjuntos o los que sean , planificamos nuestras historias para recoger número porque es lo único que le interesa al Distrito. Tú puedes hacer el programa de lo que sea yo me ofrecido en el tema de vacunas que me encanta a intentar que el Distrito tenga un orden lógico de actuación en el tema de vacunas pero no es capaz Distrito le escrito carta... y no vale para nada Distrito tiene su historia su método y no le importa lo demás por lo tanto incidir en algo que no tiene lógica porque además no conoce la problemática porque además vive en esa historia y se ha acabado yo estoy harto de decirle que cuando llevaba las vacunaciones Cádiz estaba mucho mejor a mi que soy un enamorado del tema me da vergüenza personal ver la desorganización a la que me llevan ello hay centros que manda los V0 hay centros que no..esto no sabe nadie por donde va a salir.

1.- Ahora se va informatizar e irá mejor..

4.- En el Distrito tampoco hay nadie que pueda firmar la dispersión geográfica que os den por culo...nadie que asuma la responsabilidad.

#### ***¿Y otro tipo de reconocimiento en la A.D.?***

3.- Yo no sé que cosa más interesante tiene que hacer el coordinador de enfermería del Distrito que visitar los C. de Salud hablar con los adjuntos y los enfermeros no lo veo más que en alguna reunión..



Varios. Murmullo...

- 4.- Apenas vienen por aquí.. Murmullo..
- 3.-: Yo creo que forman un pequeño equipo en Distrito para asesorar y están cumpliendo más que nada tareas administrativa que lo que es la función de un coordinador de enfermería que debía estar promocionando la enfermería viendo las técnicas que se están utilizando introduciendo las nuevas que hay sugiriendo las que van a aparecer todo eso es trabajo de enfermería yo me quedo asombrado cuando vamos a un cursillos muchas veces empieza a plantear objetivos aquí estamos metiendo como topos la cura la visita domiciliaria la consulta de enfermería pero vamos a mirar un poco a ver adelante donde está la gente.. La enfermería del País Vasco, de Cataluña, de Andalucía..
- 1.- No te vayas tan lejos en Málaga que hay un equipo que trabaja con la E.A.S.P. ellos empezaron a través de unos cursos de metodología de enfermería y por ahí empezaron a tirar del hilo y demás y han hecho un ovillo.. Y han formado un grupo de trabajo no a nivel de coordinadores sino de toda la enfermería tienen unos registros propios tienen. Es un abismo.
- 5.- Pero aquí tu vas a un congreso y dices.. Tan subnormal no soy pues más o menos lo que pasa que s lo que decía ante no hay una metodología de un registro común que tú puedas ir diciendo durante un año estoy registrando cosa que estamos haciendo cosa que puedo llevar lo que pasa lo que no hay es un método común..
- 1.- La coordinadora se debía desligar tanto de la Dirección de Distrito, del almacén, de suministro.. Y dedicarse..

*\* Independientemente de la persona la figura si debe estar cerca de los centros..*

#### ***¿Alguna propuesta para mejorar la A.D.?***

- 5.- Se ha propuesto talleres para los familiares que puedan..
- 1.- Esa era una propuesta de hace tiempo.. Unos seminarios permanentes para cuidadores informales durante todo el año tuvieran acceso esos familiares a la higiene del anciano, a la alimentación, prevención de úlceras, todos los cuidados.
- 7.- Repercutiría en nosotros y sería sembrar para el futuro.
1. Sería seminario permanente donde puedan enganchar todos lo familiares..

*+ ¿Impartidos por los C. SALUD?..*

- 1.- No, no por los C. SALUD lo mismo que tenemos talleres para Diabéticos y demás..para cuidadores informales.. Eso nos facilitan porque con la visita muchas veces no llegamos a todos lo cuidadores informales de las personas ancianas que todavía no han demandado como es el abuelo que está en

casa que está muy sano alrededor de la familia pero realmente habría que hacer una captación activa.. hacer una visita de valoración

- 4.- Doy un consejo meter sólo al personal de enfermería porque sin no os lo coméis y os lo guisáis..
- 1.- Al final hay que meter al equipo porque en la visita, si estos seminarios son de enfermería nada más pero cuando se hace un programa de Visitas domiciliaria en A.P. si falla la figura del médico fracasa el programa si falla la trabajadora social fracasa el programa y si falla enfermería ya..
- 3.- Creo que son objetivos demasiado ambiciosos, es mejor objetivos intermedios en primer lugar la captación la gente que cuidan a personas mayores sin necesidades concretas no toman conciencia que tengan que asistir a un cursillo para cuando su padre se ponga malo.. Hay otros más inmediatos.
- 1.- Ese es el programa de anciano que hace ya mucho tiempo que está editado en A.P.. Es una guía del anciano ahora se llama guía...
- 3.- Si pero yo hablo de ponerlo en práctica no de lo que está escrito yo creo que si que podría hacerse los que realmente empiezan a enfrentar el problema por ejemplo como en un Alzheimer o una demencia que empieza con esos si se puede hacer un grupo decirle esto viene encima nosotros les vamos a enseñar a Vds para que no tengan que preocuparse ahí si es un objetivo más similar a más corto plazo que debemos hacer nosotros ahí si que creo que podría hacerse algo porque sino lo tienes que hacer de forma individual..

### **¿Cómo es la relación con las Asociaciones como de Enfermos de Alzheimer..?**

Varios: No hay, sólo en Algeciras.

- 1.- Hay una población de 65 años que tú no puedes abarcar te estoy hablando de un población de alto riesgo que si no puedes abarcar individualmente a cada uno de los casos si puedes abarcar a los cuidadores informales..
- 7.- Es importante para los cuidadores informales no sólo lo que aprende sino la idea de venir al centro es muy importante para ellos y formarse porque se siente más seguro se sienten mejor y siente que el papel que están haciendo está reconocido no es lo mismo que está allí cuidando al viejo de mala manera a que dice no, yo voy al Centro explican eso es reconocido por nosotros, se sienten más importante, eso es más gratificante por lo menos enciman que lo están haciendo que sepan los demás que lo hacen que vayan y que vengan.. Por lo menos hasta cierto punto salir de la casa y formarse..
- 4.- En todos los centros de Salud participan muchas gentes en la atención a la embarazada y tal en el centro de salud de San Roque a mi me gusta mucho los niño,.. Un verano me hice en el ordenador todos los cuidados del Niño y los llevé allí-- pues ya no vuelto más a dar una charla este tío que lo hace por su cuenta y riesgo y llevaba dos años diciendo vamos reunirnos para hacerlo.. Al final cada

uno hizo uno y yo daba el mío en mi consulta.. Pues te quiero decir que fue hecho además para discutir entre todos al final lo único que suscito fue envidia y celos y ya no me llamarón más para darle una charla a las madre.. Pues muy bien trabajo que me quito..

Varios..murmillos...

## **Trabajadores no pertenecientes a los Centros de Salud**

## **Auxiliares de Hogar**

**Entrevista 1<sup>a</sup>: Auxiliar de Hogar.**

Entrevistadora: 1

Auxiliar de hogar: 2

- 1.- *¿Cómo es tu nombre y que funciones tienes?*
- 2.- Somos Auxiliares de Hogar, las funciones depende de cada caso, todos no son igual hay personas que viven solas otros que viven con familia, algunos solo son el aseo porque los tiene el hijo, la hija o la nuera y en ese caso vamos a ayudarle a bañarlos.. En otros casos que viven solo es bañarlos, llevarles a la compra o comprarles, traerlos al médico, comprarles las medicinas, arreglarles los papeles. Todo lo que ellos no pueden, porque no pueden salir del hogar y lo que sea necesario en esos momentos..
- 1.- *¿Cómo es la organización de vuestro trabajo y el funcionamiento?.*
- 2.- Nuestro trabajo es un convenio entre Caritas y el ayuntamiento como empresa lo lleva caritas con el ayuntamiento..
- 1.- *¿Quien organiza el trabajo directamente?*
- 2.- Lo organiza la trabajadora social de Caritas con la trabajadora social del ayuntamiento.
- 1.- *¿Cuantos auxiliares de hogar hay para Algeciras?*
- 2.- Somos 12 para toda Algeciras.
- 1.- *¿Qué tipo de relación hay entre los auxiliares de hogar?*
- 2.- Tenemos reuniones luego hacemos cursillos para prepararnos más tenemos reuniones con los trabajadores sociales y entre nosotros...
- 1.- *¿Que formación previa se os pide?¿Que formación se da en vuestro trabajo?*
- 2.- Normalmente te piden experiencia.. En que tú hayas trabajado antes en algún tipo no con casa ni hogar sino con personas porque nosotros cubrimos todo lo que necesiten pero el servicio es especializado en las personas. Nos piden experiencia y formación y después cuando estamos trabajando hacemos cursillos sobre Geriátría, psicología, autoestima.. Un poco de todo
- 1.- *¿Y formación para mover al anciano con el menor riesgo?*
- 2.- Si me han enseñado.
- 1.- *¿Quién los organiza y quien los da?*

2.- Organizado por Caritas y el ayuntamiento y lo dan profesionales siempre...

1.- *¿Cómo consideras la utilidad y necesidad de este servicio?*

2.- Es muy necesario, es necesario.. Porque si tú has estado en casa,.en las que están solas, solas.. Si no estuviéramos nosotros,.. Tendrían que estar ingresadas en un centro porque hay personas que viven sola y no pueden salir como ya has visto en algunos casos, en el de Isabel por ejemplo depende de nosotros de la que vaya a cuidarlas.

1.- *¿Qué personas reciben los servicios? ¿Cómo es la cobertura?*

2.- Depende de las necesidades si una persona vive sola el servicio será más tiempo y más días a lo mejor que otra persona que tiene a la hija y es solo para apoyar a la hija en un momento que ella no puede hacer alguna cosa sola

1.- *¿Cómo es la relación con el familiar que cuida al anciano?*

2.- En los casos que vamos de apoyo a lo mejor a bañarlo nos relacionamos poco a poco y bien porque tu vas un rato arreglarlo, bañarlo y a ayudar a la hija o a la nuera y la relación es buena es peor cuando viene un familiar aislado porque dice “ te tiene que hacer esto o esto” viene a verla una vez al mes y quiere que se le haga todo.

1.- *¿Cuántas personas cuidas?*

2.- 5 o 6 casos depende de cada día.

1.- *¿Son los mismos?*

2.- Siempre son los mismos casos

1.- *¿Qué personas pueden además necesitarlo y no estar incluidas?*

2.- A lo mejor hay gente en lista de esperas como en todos los lados lo que pasa que Algeciras es muy grande y cada vez hay más gente mayor en lista de esperas. Yo me imagino que habrá listas de espera.

1.- *¿Cómo es el tiempo de dedicación a cada caso?*

2.- Siempre procuramos que al que más lo necesita dedicarle más tiempo siempre, no quiere decir que se le dedique el que necesite pero siempre a los casos más extremos procuramos ir más a menudo y más tiempo que a lo mejor sea todavía un poco insuficiente no te voy a decir que no para algunos porque Algeciras es muy grande y hay muchas gentes..

1.- *¿Cómo es la relación y el contacto con el C. Salud? ¿Con el médico , el enfermero, el trabajador social?*

2.- Nos encargamos de llevarlos a los médicos que tengan que tomen las medicinas el tratamiento adecuado de llevarlos a los especialistas si tienen cualquier problema.. De todo..

1.- *¿Cómo es la accesibilidad a las citas, a las consultas, tiempo de espera..?*

2.- Tenemos muchas facilidad vamos.. Yo estoy en zona Norte nos atienden muy bien yo muchas veces vengo al médico pero otras veces si necesito medicina porque a las personas mayores se les ha olvidado pues la trabajadora social me la saca.. No siempre porque no siempre voy a estar molestando pero en un momento determinado ellas colaboran mucho y los médicos igual los médicos tu vienes a última hora y dices mira es que le ha pasado..y no ponen pega..

1.- *¿Cómo es la relación y contacto con el servicio de información y con el enfermero?*

2.- Yo particularmente tenía una persona que ellos la estaban curando y algunas veces íbamos a lavarlas y estaba manchada y ellos nos han dado el material sin problemas ellos sabían para la casa que era también y daban las cosas enseguida..

1.- *¿Cuando vienes a la consulta que te parece el tiempo de espera?*

2.- No tengo problema a la hora de coger la cita y cuando vengo para la consulta hay médicos que tardan más y médicos que tardan menos si tengo una cita y un número y espero a mi turno porque tú puedes molestar un día pero todos los días no vas a estar molestando. Por que si no al médico no le puede sentar bien yo espero a no ser una urgencia o algún día que me falte una medicina y le digo me la puedes recetar eso como un favor pero normalmente saco un número y espero mi turno eso..

1.- *¿Cómo escucha tus explicaciones y la opinión el médico? ¿Y el enfermero?*

2.- Si es más algunas veces he venido porque he visto al abuelo o a la abuela mala y he venido a decirle mira yo no sé si es grave o no pero tiene estos síntomas porque no te acercas y lo ves y enseguida fue porque digo me parece que es una insolación no sé fijo pero por los síntomas me parece a mi y fueron enseguida

1.- *¿Qué explicaciones te dan el médico o sobre las personas que cuidas?*

2.- Si lo explican y aparte tenemos los cursillos que nos vamos preparando..

1.- *¿Que explicaciones te dan los enfermeros sobre el cuidado de los pacientes?*

2.- Sobre como movilizar al paciente y.....

1.- *¿Cuenta contigo?*

2.- Si, si.

1.- *¿Cómo es el trato de los profesionales?*

2.- En todas partes nos han tratado bien.



1.- *¿Como resuelven los problemas de los pacientes?*

2.- Hombre hay problemas que tenemos que resolver nosotros porque tienes que ir de un lado a otro y mover papeles pero hay otros problemas que también resuelven ellos depende de cada situación.

1.- *¿Cómo resuelves las citas a los especialistas?*

2.- Tengo facilidad.

1.- *¿Cómo es la relación con el anciano?*

2.- A veces difícil pero cuando llevas tiempo te dicen lo que sea “ anda que me encuentro mal porque no te quedas “ para conseguir más tiempo..

1.- *Alguna propuesta de mejora para vuestra labor.*

2.- Quizás, quizás un poquito más de tiempo para algunos porque a los que tienen hijos no, a los que están solo pero para eso tendría que haber más gente trabajando nosotros tenemos un horario completo pero muchas veces ellos querían salir más pasear más los sacamos un poquito pero no a lo mejor lo que ellos quisieran....

## **Entrevista 2<sup>a</sup>: Auxiliar de Hogar**

Entrevistadora: 1

Auxiliar de hogar: 2

1.- *¿Cómo se os denomina? Porque he escuchado diferentes nombres.*

2.- Auxiliar de hogar

1.- *¿Qué funciones desempeñas como auxiliar de hogar?*

2.- Yo atiende a primera hora aseo personal después voy a otras casas donde hay aseo personal y ayudarles a las tareas domésticas a otros no le hago ni tareas doméstica ni aseo personal sino que atiendo a sus necesidades de pasear ir a la compra necesidades de medicamentos venir al médico hay mucha gente que también es sus tareas su médico su compra su paseo para todos según las necesidades de cada uno..

1.- *¿Cómo es la organización de quien depende como trabajadora?*

2.- Nosotros dependemos como empresa caritas y caritas está coordinada en cuanto a trabajo en cuanto a la profesión la asistenta social es la que valora los trabajos así tengo yo entendido la que valora el caso y coordinado con caritas es como trabajamos.. Somos un grupo de 12 personas en Algeciras distribuida por diferentes zonas

1.- *¿Cuántas personas cuidas?*

2.- Yo llevo.. 5 aseos diarios y después dos que no son de aseo de.. médico como 6 casos diarios

1.- *¿Son las mismas personas normalmente?*

2.- Siempre los mismos, pero a veces me cambian a una por cualquier causa, hay veces que me cambian porque es conveniente por mi o por el anciano por la relación con el anciano.

1.- *¿Cómo es la relación con el resto de auxiliares de hogar?*

2.- Nosotros nos reunimos mensualmente en carita y también nos reunimos con la trabajadora social para hablar de los temas de los casos de cada anciano cada uno expone sus cosas y entonces ella si ve oportuno hacer un cambio o poner una más , nos reunimos dos veces al mes

1.- *¿Qué contacto hay entre los auxiliares de una misma zona?*

2.- Nosotros estamos las dos muy coordinada si tengo que ir al médico ella viene conmigo (se refiere a otra auxiliar de hogar de la zona) con un caso de anciana difícil o algún caso que se presenta o se queda haciendo los míos igual me pasa a mí

- 1.- *¿Qué tipo de formación previa? ¿Y después en vuestro trabajo?*
- 2.- Me pidieron que tuviera experiencia que tuviera echo algo en trabajar con ancianos y tener cursillos.. Yo desde pequeña siempre he trabajado en el voluntariado de asilos desde muy chica después he hecho cursos de Alzheimer de demencia senil, esquizofrenia, psicología del anciano y todos los cursillos que han ido saliendo relacionados con el anciano los he hecho yo y después lo han hecho todos mis compañeros además nosotros también tenemos en caritas un médico que de cuando en cuando nos informa de enfermedades comunes como diabetes, en casos de algún tipo de enfermedad que nosotros presentamos este anciano tiene esto y esto casos especiales pues ellos llaman al médico y el nos cita y nos explica sobre esa enfermedad que a lo mejor nosotros no sabemos manejar porque bueno el médico (del paciente) nos orienta pero no es igual que una persona nos oriente diciendo si os ocurre esto hacer esto os dirigís al médico es una formación más.. Es una formación para cuando nosotros vamos contando 2 o 3 veces que esta anciana está un poco decaída. Bueno vamos a formaros en enfermedades crónicas que no son de morirse..
- 1.- *¿Qué utilidad consideras tienes este tipo de servicios?*
- 2.- Son muy útiles lo que es una lastima que no se pueda cubrir más
- 1.- *¿Cómo responden las personas mayores ante estos cuidados?*
- 2.- Al principio hay algunos ancianos que solicitan el servicio y se ponen un poco reacio porque claro la intimidad de su casa a lo mejor tienes que abrir un mueble para coger una botella de lejías.. Pero claro el anciano es muy “peligroso” muy difícil , rebelde se nota el anciano que ha sido una personas dulce y se nota el anciano que ha tenido “ tirilla” de joven eso se nota enseguida nada más entrar sobre todo lo noto cuando al entrar en una casa anciana que se pone muy amable y me dice como tu me ves yo soy siempre y “ digo peligro “
- 1.- *¿No lo consideras normal?*
- 2.- No, creo que está tapando algo de su carácter y algo quiere ocultar y claro la edad da una sabiduría muy grande.. La edad y los palos que llevan dado y después con el tiempo son encantadores y después nos miente para que vayamos siempre mienten para tener más tiempo cogido , es su arma una vez que nos conoce te llevas mejor con una que con otra porque indiscutiblemente su carácter
- 1.- *¿Crees que se llega con este servicio a todas las personas que lo están necesitando?*
- 2.- Bueno a todas las personas que los están necesitando de las que lo solicitan porque hay muchas personas que lo necesitan y no lo solicitan habría que difundirlo más.. seguro que quedan muchas gentes, muchas, muchas gentes
- 1.- *¿Cómo se informan de estos servicios?*

2.- Normalmente por la familia, la poca familia que tienen que son gente más jóvenes son primos, sobrinos o lo que sean hay otros que tienen hijos que por su situación económica o por enfermedades o por la lejanía o por el choque de carácter con el anciano no lo pueden resistir y dicen que lo cuide otro con todo el dolor de mi corazón hay gente con carácter difícil por las dos partes y también muchas veces el evadirse la familia decir ahí te quedas. Tu me criaste.. Que también es una pena.

1.- *¿Cómo es la relación con la familia?*

2.- Yo normalmente los que tienen familia son familias con problemas con muchos problemas entre ellos, no conmigo, problemas de drogadicción problemas económico de paro que tiene que trabajar en lo que sea y claro si una mujer..” yo tengo a mi madre y mi marido está parado tengo 4 niños yo tengo que ir a limpiar escalera o a cualquier otra cosa y no puedo quedarme a cuidar a mi madre porque mis hijos tienen que papear “..

1.- *¿Cómo es la relación con el familiar que es el cuidador y vais como apoyo?*

2.- No, no para mi bien yo siempre marco un terreno.. yo lo tengo muy claro me llevo estupendamente con todos pero claro estudio un poquito a la familia si veo que no me ayuda y puede hacerlo intento no mandar pero pedir colaboración porque nosotros nuestra misión es ayudar no quitarle todo el golpe normalmente es el golpe el que nos llevamos

1.- *¿Cómo es la relación con el C. de Salud?*

2.- Yo como mis ancianos son crónicos no tengo el churreteo este de hoy no tengo medicamento mañana si tengo medicamentos que me vuelven loca yo los tengo controlado tengo en una libreta cada uno de los medicamentos y les digo esto que dura hasta tal día esto hasta tal día porque dos al día si trae 28 son para 14 días y tengo una libreta para los médicos y vengo al médico con la libreta como una ditera y nada más que tengo citas los miércoles porque me pasaba todo el tiempo aquí en el ambulatorio yo lo miércoles pido números para un médico 9 el otro a la 9,15 el otro a las 9,30 y así recojo todos los medicamentos, si surge una urgencia que se ponen malo de momentos pero lo que es crónico no puedo pasarme todo el día aquí en el ambulatorio no tenía problemas con ellos pero ahora tengo menos si necesito pañales no tengo que esperar a mañana a coger la recetas pues Carmen (T.Social) me la sellan. Antes incordiaba mucho además que tengo enfermo que la verdad que se quedarían a vivir en el ambulatorio.. Esto me facilita muchas las cosas..

1.- *¿Cómo es la relación con el servicio de información para la citas?*

2.- Yo he venido y ya tengo la citas para el miércoles que viene ya no vengo salvo urgencias alguien que se ponga muy malo y tenga que llamar por teléfono y tenga que venir.....

1.- *¿Cómo es la relación con el médico cuando le preguntas sobre algún anciano?*

2.- No tengo ningún problema.

- 1.- *¿Cómo es la relación con el enfermero en paciente que curan en las casas?*
- 2.- Tengo una que está bastante fastidiada la curan todos los días.... tiene una úlcera que parece que va cerrando he tenido gente con piernas cortadas, sondadas.. A mi no me han explicado nunca nada salvo.....que es el único que me ha explicado algo. Pero vamos yo se los dejo lavaditos y ellos lo curan ayer salió el parche andando con "caca y todo " yo lo lavé y lo dejé preparadito limpio..supongo que el la curaría.. Tengo otro caso muy difícil que son tres esquizofrénicos en una casa en ese si en el Centro de Salud no me habían comentado nada de los esquizofrénicos por mi defensa personal si me he informado en Salud Mental de "Punta Europa" porque ha estado ingresado unas cuantas veces y me han orientado como debe ser mi comportamiento con ellos cuando yo vea el sentido porque a mí me adoran pero puede hacerme a tiras como una mortadela si porque el esquizofrénico al que adora es al que se carga.. No tengo problemas hasta ahora con ello llevo las normas que me han dicho con ellos y voy bien..
- 1.- *En la formación os han orientado sobre ¿Cómo mover a los ancianos sin que te hagas daño al moverlo?*
- 2.- A mi como tenía que mover al enfermo si los cambios posturales pero para mí no me he informado yo misma aún así por mucho cuidado cuando hace los movimientos que tenga hay veces que te encuentras cogida de un lado ,
- 1.- *¿Cómo es el trato y valoración de los profesionales del centro?*
- 2.- Nos sentimos como en casa y yo creo que valoran nuestro trabajo porque llegamos y nos atienden muy bien sino dirían bueno espera tu turno.
- 1.- *¿Cómo resuelven los problemas?*
- 2.- Resuelven todo las citas para especialista con carácter preferente casi siempre.. Ellos tienen mucha preferencia (cambio de tema) para el anciano la cita es con preferencia para todo la ambulancia inmediata.
- 1.- *Alguna propuesta de mejora o problema para resolver en el servicio de hogar para ancianos.*
- 2.- Yo nada más que encuentro problema en el trabajo si tienes una anciana muy coherente, encantadora habla con ella de sus problemas " traeme la compra me encuentro mejor o peor" muy bien y das la vuelta y te encuentras con una papeleta totalmente diferente entonces tienes que estar preparada que con ese animo que tu estabas en casa de esa anciana no puedes ir a la otra (es necesario desconectar de una casa a otra) los ancianos dentro de sus problemas los que yo he tenido no son muy problemáticos en general.. Son problemas de económica , de salud, de carácter..
- 1.- *¿Algún cambio en la organización del trabajo?*

2.- Si entre los que trabajamos tenemos algún problema lo solucionamos nosotros porque no vamos a estar con la trabajadora social diciéndole 4 chorradas que para el anciano es muy grave porque lo dramatiza pero cuando tenemos algún problema de salud venimos al centro y ya sabemos lo que tenemos que hacer. Que son otros problemas de documentación van a la trabajadora social y la tenemos al corriente para eso son las reuniones para decirle que este se ha agravado, que tenía dos días y creemos que hay que ponerle 3 que está mejor que le puede quitar dos y ponérselo a la otra aparte que ella también visita mucho aparte de valorar al empezar continuamente ve los casos.

1.- *¿Qué ocurre si la auxiliar de hogar no funciona de forma adecuada?*

2.- Pues que va a la calle que a lo largo de los años han ido varias a la calle.. Entramos en un mundo muy especial yo tengo 9 personas y son 9 mundos 9 vidas 9 formaciones 9 principios 9 culturas para (cada uno con costumbre diferente).

1.- *¿Cuándo se solicita algún tipo de ayuda mecánica?*

2.- Caritas lo gestiona si.

1.- *¿Cómo se gestionan los teléfonos especiales?*

2.- Eso va por Cruz Roja puede ser un convenio..

## **Anexo 4**

---

**Recopilación de la información relacionada con los objetivos y dimensiones de los 5 grupos de profesionales.**

**Concepto sobre la atención domiciliaria (AD)**

Acercamiento de todos los servicios del centro al domicilio (1)

Para las personas que no pueden acudir al centro de salud (1)

Que no se pueda mover que sea crónico (2)

Para discapacitados jóvenes siempre que no pueda traerlo la familia.(2) (3)

Lo avisos se convierten a veces en AD (2) "normalmente del aviso sale la visita domiciliaria"

En AD entran los enfermos de nuestros cupos (médicos) (2)

Pienso que el servicio domiciliario es caro y consume tiempo en lo referente al anciano (3)

El problema es si no tenemos claro cuando vamos a un domicilio para ver a un anciano que es lo que se espera de nosotros y que esperamos nosotros hacer cuando queda inscrito el programa de AD. (3)

El servicio que se le presta en domicilio a la persona que no puede acudir al centro. /4

Cubrir la necesidad de los pacientes que por su incapacidad no pueden acudir al centro en necesidades sanitarias y de otros tipos.(4)

Toda persona que no se pueda desplazar al C.Salud y necesita asistencia (5)

Que necesite consejo la familia y el paciente ...5

El origen de la demanda es el incapacitado anciano aunque el problema lo tenga la familia/5

El paciente genera el problema y nosotros prestamos cuidados y consejos que normalmente van a la familia porque el paciente no se puede hacer cargo sus propios cuidados y al cuidador principal le damos.. educación sanitaria aunque el cuidado vaya encaminado al paciente (5)

Es que AD cubre varios aspectos cubre urgencias, apoyo al cuidador, .. Hoy en día hay que ser realista el único que se cubre y a duras penas es el de las urgencias cuando tienes un poquito de tiempo y la cosa esta bien cubre el humano si tienes un poquito más de tiempo cubre el educacional y cuando el cuidador va a tu consulta tratas de cubrir al cuidador pero AD debería ser un conglomerado de todas esas funciones (3)

Atendemos a todo aquel que esta inmovilizado y tenga causa real (4) /5



El criterio es independiente de la edad (IV) eso es un criterio teórico pero el real ¿cual es? (III) los niños incapacitados suelen venir al centro la atención en domicilio se reduce prácticamente a adulto o mayores incapacitados (IV) /5

Uno de los ítems de inclusión es que viva dentro de la zona del C. Salud . .entendiendo el programa no los aviso (I) /5

Captación sobre todo por enfermería. (1)

Captación por los vecinos(1)

Captación por otros servicios sociales (como ayuda a domicilio) (1)

### ***Percepción sobre la necesidad del servicio***

Se percibe como prioritario y en realidad está supeditado a la urgencia y a la demanda (1)

Cuando entran en contacto con nosotros se incluye en AD ,pero hay personas que no conocemos (1)

Realmente no tienes constancia de todos los pacientes que necesitan esta atención (social) (1)

No sabemos todos los pacientes que necesitan atención .. Sino cuando lo detecta el personal sanitario la demanda generalmente está justificada (2)

Plantearse incluir en AD con responsabilidad de lo que supone (2) "Cuando nos planteamos incluirlos en AD eso conlleva una cantidad de cosas.. Establecemos unos cuidados "

Se hace AD para relajar a la familia, que el paciente este cuidado por un personal sanitario.(2)

Los cuidados de enfermería son el primer detector de la visita médica (2)

Si el enfermero dice tienes que ir a ver a fulanito es cuando de verdad tienes que ir a verlo en un 99% de las veces y nos para el tener que ir algunas veces (2)

Se hace caso de esos controles (2) (de enfermería)

La AD de enfermería a mí me sirve mucho para ver la evolución (2)

"Si nos anticipamos para ver a cada uno de nuestro cupo" evitamos ir a las 20,30 a ver a pacientes con un montón de problemas que están ahí y que no lleva un seguimiento claro" (2)

Hay trasiego de enfermos y de familiares pero tendrás que llevar a los tuyos (2)

Muchos avisos son placebos.. que quiere que tú los veas y le digas que esta bien (2)

Yo opino que la AD estamos sustituyendo una labor de ayuda social /2

No es un tema médico el cuidador está cansado y el viejo demanda y tu vas a intentar manejar/2

Si el cuidador tuviera una ayuda a tiempo parcial (2)

Estamos sustituyendo a las señoras de caritas .. El cuidador se siente agobiado nosotros bueno le damos un poquito de ánimo .. (2)

Se hace ¿ a Quien más lo necesita ? No a quién más lo demanda (2)

Yo a quien más lo necesita lo triste es que la familia desconoce la AD (2)

¿Cómo detectamos , hay gente que ignoran que los enfermeros también van a mirarles (2)

A veces el control de glucemia y tensión se le podía sustituir por dar tres vuelta alrededor de la cama (2)

Fundamentalmente estamos sustituyendo a las damas de caridad (2)

Parte de la problemática era solucionada por el familiar o por centro como el asilo (3)

La responsabilidad que estaba en la familia. En muchos casos esta cayendo sobre nosotros (3)

Cuando se trata de hacer curas no hay ningún problema pero un servicio mantenido programado creo que hoy en día con las prestaciones que tenemos se escapa de nuestro ámbito no está presupuestado .(3)

Mucho de los cuidados que se están demandando son sociales y también mucho sanitarios (3)

AD sería deseable y que a lo mejor es costosa habría que estructurarla de tal forma que se hiciera hacia la población que más lo necesita (3)

El tipo de problema quizás sea más social y a lo mejor nosotros no lo sentimos tanto como el sanitario puntual (3)

Lo trágico es que no sabemos (la personas incapacitadas que hay en el cupo) (3), tenemos conciencia de las que demandan pero no del que lo necesita.. Hay quien desconoce los medios para solicitarlo (3)

Sería conveniente un servicio social por parte de quién corresponda que conozca a esos pacientes y en un momento determinado se pusiera en contacto con nosotros (3)

Personas auxiliares para la dieta .. Y se uniera con nosotros en la parte sanitaria (3)

Dices que hay gente que no sabe que existe esa prestación pero que vas hace un censo de personas mayores y te vas a dedicar a visitarlas para ver lo que necesitan (3)

La competencia de quien sea me da igual lo que es real es que hay una necesidad de un servicio exclusivo (3)

Da igual si lo damos nosotros que si lo dan otras asociaciones o nosotros con más médicos

Visitas se hacen pero no todas las necesarias (3)

El problema muchas veces es la soledad y servicios sociales tiene ahí la carga máxima y nosotros puntualmente solucionar problema médico (3)

La atención domiciliaria también la necesita mucha gente joven (3)

A veces no salen de casa por la estructura de la ciudad .. Y no tenga quien lo saque en el carro (4)

Se hace AD por limitaciones arquitectónicas, familiares y sociales . (4)

A.D se hace por motivos económicos y sociales como la imagen "No salgo con la cara que tengo para que la gente me pregunte ¿ estas muy mal ?" (4)

Hay caso que sirve donde hay problemas sanitarios si sirve.

Nos centramos más en las personas que tienen problemas sanitarios.. " Si tienes poco tiempo nos centramos primero en la persona que tiene una cura o una tensión .." (4)

Nosotros servimos en cierta manera para canalizar .. Ponerlo en contacto con otros estamentos(4)

Al enfermero se le da el aviso cuando existe problema de enfermería como una úlcera pero no cuando existen problemas potenciales. Cuando acudimos normalmente acudimos tarde (4)

Los problemas familiares inducen la AD. (4, 5)

La falta de ayuda a domicilio genera Ad no justificada y obstaculiza la atención prestada (4)

El anciano genera una serie de cuidado para la familia.. preventivos .. Tienen 88 años están sentado y se desplazan poco a poco si entendemos .. Deben estar en el programa o si estos quedan fuera porque no tiene una patología concreta.. O si de forma más amplia son personas que habría que ayudarle en AD hacerle ejercicios por la mañana.. (5)

Esa gente que no pueden venir en que entorno se encuentra (5)

Dar información a los familiares es AD (5)

Las pautas de AD son marcadas por el especialista, el interés de médico y la presión familiar (5)

A veces puede retomar la pauta el enfermero según la evolución del familiar (5)

El problema es trabajar por inercia te lo dice el médico o te lo dice la persona cada 15 días y te enganchas y no te paras un momento y dices realmente le estás solucionando a la persona mi visita cada 15 días .. Nos alegramos los dos de vernos pero que le estamos seleccionando desde le punto de vista enfermero que objetivos estamos cubriendo (5)

Tienen que existir altas de enfermería tanto en domicilio como en consultas (5)

Cuando al paciente le enseñas lo que tiene que hacer y no lo realiza hay que aceptar que no lo quiere hacer no tengo porque estar haciendo visitas programadas perpetuas (5)

También tenemos que ver la calidad de vida de cada uno, muchos ancianos tienen el azúcar en 200 pero están bien y tiene 80 años (5)

Se están cumpliendo las necesidades de salud de la población (las reales) quedan un montón de gente que están aparte (5)

Se están cubriendo a unas personas que a lo mejor no necesitan esos cuidados que le están dando o lo necesitan con una periodicidad anual o semestral y tu vas cada 15 días a tomar la tensión a dar los consejos a preguntarles .. Creo que se debía avanzar más .. (5)

### **Estructura y funcionamiento**

....El trabajo en equipo es descoordinado porque coincidir un médico , un enfermero y un trabajador social para hacer un plan de actuación es difícil (1)

Cada centro de salud está organizado a su manera parece que cuando algún centro está organizado hay cambios o entra una persona nueva y se desorganiza (1)

Se coordina en función del médico y del enfermero depende de la demanda y de como sea realmente el médico (1)

Son como ciclos que son difícil de unificar (1)

En nuestro trabajo hay muchas demandas puntuales que no necesitan coordinarse con el médico ni con el enfermero (1)

Muchas veces el seguimiento viene a través de ellos (médico y enfermero)

Son más consulta de pasillos nadie se sienta para ver que pasa (1)

El programa está más o menos organizado se ha elaborado conjuntamente luego cada profesional hace la atención puntual en la que el enfermero tiene todo el peso (1)

Cuando llega el problema entonces valoras que no tiene familia el tema de ayuda a domicilio, cama articulada o cualquier prestación (1)

En pacientes incapacitados la demanda social es puntual y la mayor demanda es de enfermería que va haciendo el seguimiento y va informando al médico de la evolución física y síquica y nos informa a los trabajadores sociales si necesita alguna prestación tanto para el enfermo como para el cuidador (1)

Siempre son demandas puntuales tu haces la gestión y una vez que se realiza ... se pone en contacto con la trabajadora social del ayuntamiento salvo que haya tema de salud y te llaman ellas a ti (1)

Precisamente enfermería se ha echado a sus espaldas la valoración médica y del trabajador social yo estoy perfectamente tranquila (T. Social) y los médicos cuando un enfermo esta siendo atendido por enfermería... porque sabe perfectamente cuando necesita al T. Social y cuando necesita al médico.. (1)

¿Todo el mundo piensa lo mismo y está unificado el criterio? Si creo que si... En mi centro es un caos con la demanda creo que no está establecido quién entra en el programa y quien no entra está todo muy liado (2)

Se está hablando de una atención más sistemática y progresiva que tu digas quiero que vayas cada cierto tiempo y ahí entran los enfermos de nuestro cupo (r/ 1.B) que se han deteriorado por la causa que sea y vamos y los seguimos más que la abuela que se cambia de domicilio (2)

Si nos anticipamos para ver cada uno de nuestro cupo evitamos a veces tengo que ir a las 20,30 horas (turno de tarde)... Y me llaman para un paciente de otro una persona encamada y con un montón de problemas que están ahí y que no se lleva un seguimiento claro... si se hiciera una atención más sistemática no caeríamos pero claro en eso vas a terminar cayendo porque hay trasiego de enfermos y trasiego de familiares (2)

A veces me ha pasado de tener mi ego muy alto y decir tengo a mis ancianitos que me lo apunto y voy a ir a verlos y estoy contenta y llego el lunes y me entero que han llamado el sábado al médico y el domingo a otro médico .. Y digo porqué si estaba todos más o menos controlado y no ha habido ninguna cosa aguda... Aquí influyen otras cosas sociales alrededor del anciano hijos, familiares que vienen de vacaciones y dice... (2)

El médico de guardia va y se desconcierta... Son enfermos ligeramente complicados y tu no ves una patología que justifique tu visita entonces haces un poco " el pari pe " tranquilízese, ya su médico le atenderá el lunes ... pero esto que has hecho tiene sus consecuencias llegas el lunes y te encuentras tu medicación, más la medicación del médico del sábado más la medicación del médico del domingo y encima se las han dado todas ... A veces la misma medicación con distinto nombre... Te encuentra que les están dando el doble o el triple de medicación de lo mismo...(2)

Hay diferentes enfoques... En la AD, por un aparte un grupo donde parece que está previsto lo que se va a hacer donde están incluidos los enfermeros, médicos... Incluso otros médicos y enfermeros, que van a seguir los mismos criterio y por otra parte está la atención que no podemos llamarla programada que es la presión asistencial sacada de la consulta al domicilio... No podemos meterla toda en el mismo saco, son distintas. (2)

Se tiene la falsa expectativa que la AD va a disminuir el aviso urgente del viejo... (IV) En teoría debe disminuir porque el anciano que son el 90% o el enfermo crónico que está en casa si tiene una atención una vez en semana evidentemente disminuye mucho el aviso... (V) (2)

Yo no se si está comprobado de que disminuya esa demanda urgente creo que lo que podemos conseguir es un bienestar progresivo (IV) Si el enfermo está controlado disminuiría seguro la demanda urgente (III)- (2)

De alguna manera nosotros nos quejamos de la rotación de cuidadores pero no somos capaces de evitar la rotación de profesionales cuidando... (VII) (2)

Atendemos al paciente de una forma programada asumimos nuestro papel sin embargo tu dices que muchas veces aparece el aviso, la llamada del enfermo que no es tuyo y me parece que no está establecido que hacer con esos pacientes una solución sería decir me voy al expediente y no es urgente no hago absolutamente nada. (VII) (2)

Se ha comentado que se vuelva a poner la misma medicación... Eso me lleva a pensar que no tenemos acuerdo dentro de los profesionales para actuar en estos casos y sería muy fácil acordar si hay una llamada de una personas que este en AD salvo que sea un problema que haya que resolver urgentemente no modificar las pautas que están establecidas (VII) (2)

Muchas veces le he dicho voy a ver un enfermo tuyo y dice no voy yo o llamo y le digo hoy no puedo ir voy a ir mañana y el enfermo se queda contento porque lo va a ver su médico y la patología no es urgente (V) eso me da la impresión que se hace en algunos sitios pero no en todos (VII) eso depende de la organización interna y de la relación entre los profesionales que es fundamental (V) (2)

¿Como es la coordinación con el equipo? Yo me coordino con mi enfermera (2)

¿Cómo se coordina con otras instituciones? Lo hace con la trabajadora social I/(2)

¿Como funciona la ayuda a domicilio de los ayuntamientos? Bueno hay de todo y es escasa...pero la gente a veces demanda demasiado (2)

Se pide un atención integrada que solo puede dar un equipo preparado tu no puedes dar una atención integrada en domicilio a costa de que tengas tiempo y ganas porque la mayoría de las veces no tienes tiempo y la mayoría de las veces no vas a tener ganas (VIII) eso lo puedes hacer si tienes 30 consultas al día pero acabas teniendo cuanta demora (III) / 3

No depende de que hay o no hay personal el problema es que si tenemos claro... Que le ofrecemos en el programa ...porque no nos hemos puesto nunca de acuerdo sobre lo que nos piden y lo que podemos dar nosotros, decir que no tenemos tiempo , todo eso está muy bien pero no sabemos que es lo que podemos hacer porque no nos lo hemos planteado mucho... Ante la problemática cada vez mayor de la demanda sabemos distinguir (en la demanda) que es una cosa y que es otra... Hay

mucho cuidado social que se esta demandando y también mucho cuidado sanitario, mucho cuidado sanitario (II) (3)

Depende del equipo que se forme ente el médico y el enfermero hay médicos que lo llaman 5 veces y no van y hay otros que van... Enfermería va a demanda o a través de crónicos y va una vez al mes o así, tiene su protocolo, sus registros en su historia pero en los médicos falla horrores porque tiene que esperar que haya fiebre que haya algo no va por sistema no se programa " tengo 20 enfermos encamado voy a hacer 4 semanales y ya cubro el mes "no se programa (III)/4

Medicina tiene cierta fobia a salir del centro de salud (V) si puede ser...tampoco lo veo como fobia... Allí como cada uno llevamos un cupo de un médico (o de dos)... yo me relaciono con dos médicos y otro enfermero con otros dos... (IV) la demanda de medicina es a demanda del paciente o a demanda nuestra (I)... El MIR le hizo las pruebas neurológicas que eran normales y dice " su médico va a hacer el ridículo cuando llegue al especialista y vea que le ha dado el volante sin ver al paciente (III) /4

Otros profesionales no nos acompañan en la visita estamos hablando de los médicos no hacen el ritmo de visitas que nosotros hacemos y lógicamente no es un trabajo que hagamos en común no lo llevamos en equipo... Nos encontramos una serie de limitaciones en los recursos

Yo pienso que en este centro hemos ido a pero, yo no se si es que la demanda que es verdad que los médicos la tienen,.. Antes hacíamos más AD con el médico ahora hacemos menos (II) el médico está encasillado en la consulta a demanda (I) cuando empezamos hacíamos más (V) si le dices ven que vamos junto cuando se le demanda va (V) cuando te coge cerca de un aviso al lado (VI) /5.

Yo a los que no son de la zona le suelo advertir que yo voy a verlos pero el enfermero irá del centro más cercano según lo acordado... Ahora si es urgente se a ... Pues el trabajo de enfermería es de muchos días ... Debe ir del centro más cercano (V) /2

Requiere sentarnos y asumir que debemos enterarnos que necesidades tienen la población luego ya tendremos que decir esto no lo podemos hacer pero... Primero tendré que decir esto es lo que voy hacer... (II) Siempre que vas a un domicilio es porque te avisan en el momento o porque este protocolizado (IV) pero el aviso es el fracaso de la Ad (II) pero es lo que hay... Incluso no sabemos ni quien va a ir (IV) (3)

Parte de esta población esta asistida aunque no tenga cubierta todas sus necesidades pero si es cierto que al ser inmovilizado y encamado normalmente surgen problemas médicos y después van los ATS aquí salen en equipo que normalmente salen a curar a la calle le abren una ficha... Es decir hay voluntad por parte de los ATS y de algunos médico que se implican para una unidad de paliativos...(I) se están haciendo cosas puntuales pero no quedan en ningún sitio registro de nada (II) (3)

## **Registros**

Los registros, cada uno registra de forma diferente... Para uno es una consulta programada para otro un aviso y eso se discute mensualmente (1).

Registros tenemos pero ¿Se aplican? (II)/-2

¿Cómo se registra la AD? Si son enfermos míos si (III)... Si son enfermos míos no registro nada, si es de otro compañero a lo mejor si... Pero digamos ir hoy y anotarlo en la historia no (V) si hay algún cambio o alguna variante si (III) (2)

La demanda llega generalmente por un p10 del médico de cabecera vamos y hacemos una evaluación desde una perspectiva muy personal y es verdad que no constatamos por escrito... Porque tampoco están los modelos adecuados y cuando alguien se inventa un modelo es complicado e incluye factores que... Se escapa del análisis que podemos hacer nosotros ...

La situación socio económica que es una cosa que puede hacer la trabajadora social y que la hará pero que después a veces no se recibe esa información ..(IV)/5

En el centro se hace una ficha con las necesidades básicas que están en la definición no se si bien o mal hecho pero se hace con el informe del médico, del enfermero y se programa...(III)/5

## **Metodología**

No se trabaja con metodología (III) /4

No aplicamos la metodología desde los inicios del proceso de enfermería... Eso tiene un trabajo tremendo y lo que menos tenemos los enfermeros es tiempo (IV) /4

Estamos haciendo la menos la valoración, los diagnósticos y un poco de exploración (VIII)/4

Lo que ocurre es que tenemos tampoco manejo si que es cierto que el trabajo que había que hacer previo es iniciarnos con 4 o 5 diagnósticos y manejarnos con esos... (VII) ... Si y hacer evaluación (VIII) /4

El error es no trabajar con una metodología con unos objetivos con un trabajo más científico donde si pongamos un límite... (I) El límite es trabajar por objetivos se han cubierto o no los objetivos y hasta que no alcancemos ese ritmo o esas metodología de trabajo... Nos va a resultar difícil evaluarlo y encontrar límites (I)/5

Creo que hemos empezado con la visita domiciliaria y no tenemos un plan de actuación y de cuidados y depende de la necesidad de cada persona le ofrecemos un plan de cuidados... un poco por inercia... Haces las visitas y prácticamente o te lo dice el médico o te lo dice la persona y cada



15 días... Te enganchas o cada mes y no te plantas no te paras un momento y dices realmente se le esta solucionando a la persona con mi visita cada 15 días... Nos alegramos los dos de vernos se alegra un montón de verte pero realmente que le estamos solucionando desde el punto de vista enfermero. Que objetivos estamos cubriendo (I) /5

Los criterios de inclusión en AD son personas mayores de 80 años que no pueden desplazarse al centro, crónico (I) la edad es uno de los criterios pero hay otros (I)/5

Cuando ya sabe todo... Debemos retrasar las consultas porque los estamos convirtiendo en dependientes (III) alta, alta son crónicos (I) son dependencias nuestra mal hecha porque parece que sin nosotros ya no van a poder vivir... Se quedan perpetuo (V) / 5

Mucha gente no es que no quiera es que no puede hacerlo algunos pueden elegir otros no (V) hay otros que tienen dificultades entienden y captan verbalmente pero a lo mejor no retiene los contenidos ... Hay que determinar exactamente cual es la tarea y ver si tenemos dificultades para cumplirla hasta donde la pueden cumplir y hasta donde no,... más que nada necesitamos estructuración y coordinación y el creérselo eso es lo fundamental que ... Existe en teoría médico sale cuando puede y tiene tiempo .. Eso falla... (III) /5

### **Distrito**

Se da más la atención puntual (I) si entre nosotros no existe la coordinación cuanto más entre otros centros y con el distrito... (3)

El Distrito sinceramente pide el número de pacientes mayores de 65 años inmovilizados o no... Estuvimos en una reunión por lo menos dos horas y nadie se entero de anda yo sigo mandándolo mal algunos datos... (II) /4

No sabemos aquí lo que hace la gente de san Roque ni lo que hacen la gente de Algeciras sabemos lo que hacen nuestros compañeros (V)/5

Se ha coordinado los adjuntos hemos hablado en relación a lo que nos pide en el SIGAP (registro de AP) definir lo que se recoge... Sigue sin haber acuerdo porque cada vez se nos pide unos ítems nuevos, este año mayores de 65 años inmovilizados... (I) /5

Si algo no coordina y descoordina es precisamente el Distrito porque ni siquiera es capaz de recibir las aportaciones de la gente.... planificamos para recoger números porque es lo único que le interesa al Distrito, tu puede hacer el programa de lo que sea e intentar que el Distrito tenga un orden lógico de actuación... Pero no es capaz... No vale para nada (IV) /5

Ahora se va informatizar (I) /5

### **Formación**

No tenemos formación en diagnóstico de enfermería (varios), se ha solicitado a la coordinadora un curso de metodología de trabajo en enfermería creemos que es imprescindible para continuar con nuestro trabajo en A.P. trabajar con un método con un modelo... No por inercia de otros profesionales... Tenemos que utilizar un instrumento un método científico que nos permita después evaluar y medir y es aplicable a la visita domiciliaria... (I) /5

### **Hospital**

Para AD en AP hace falta una coordinación con el hospital absoluta... casi siempre nos llaman con motivo de urgencia... Casi siempre para ingreso cuando llegan al hospital le hacen el tratamiento y le dan el alta y cuando llega el familiar te dice mire tengo que volver a iniciar sin saber lo que ha pasado allí al familiar se le pide que se haga cargo de su enfermo (III) Tratar el tema desde AP si no hay intención de coordinación no tiene futuro (III) (3)

Algunas altas llegan (V) sabes cuando entran en el hospital van a venir "escarados" (VI) la mayoría de las personas ulceradas van a venir del hospital ((I)/4

La calidad de las altas depende del interés y de las órdenes que les den en el hospital porque han estado llegando en masa y ahora se han vuelto a paralizar... Llegan por etapas y tampoco tiene criterios... pero educado no vienen ni el enfermo ni el familiar. (VII) /4

Otro problema es el abuelo que queda incapacitado y al familiar no se le informa de nada en el hospital (VII) ocurre que vienen con el estigma de paliativos y no se dan cuenta... Que si vienen con un diagnóstico que "no se puede hacer nada"... Allí se tiene que iniciar la educación porque viene (al alta del hospital) una familia ansiosa que esta mal informada y es AP la que se hace cargo... (IV) /4

La ansiedad la trae la familia cuando de golpe la abuela que mas o menos funcionaba que era más o menos válida se queda incapacitada, una de las cosas que ocurre es que les dejan estar en la habitación a todas horas menos cuando van a lavarla .. Les echan fuera... En casa hay que empezar desde como se lava al anciano ... Iniciar algo con la ansiedad de la familia sobre que va a hacer con ese abuelo que se le ha quedado de golpe metido en la cama para siempre(VII) /4

Del hospital vuelven ulcerado (IV) es mejor que no vayan (V) acuerdos... /5

Los familiares dicen yo no sé porque me han echado de la habitación, yo no sé porque tiene ese parche ahí, no sé porque tiene vendados los pies... No sé si tiene algo (II) /5 los echan (varios)

Las altas de enfermería llegan a veces (varios) pero la calidad es mínima de las pocas que llegan (mensualmente 6 o 7) la gran mayoría son de urgencias de coger sutura pero la calidad es mínima (I) /5

No hablo de cuidar una ulcera sino de los cuidados básicos de una persona mayor que salen del hospital y n o saben cambiarle el pañal o la cama (V) /5

Yo creo que si esta en el hospital es el momento adecuado para empezar (V) hay especialidades que educan a los pacientes (ORL, cirugía) porque hay laboratorios que le paga a personas para que los eduquen (IV). Esos son minorías (VI) /5

Si te pones hacer la cama y a bañarlo yo no entiendo porque tiene que echar al familiar solo te dejan en la habitación cuando tu le haces falta a esos profesionales (V) /5

### **Especialistas**

¿Como se coordina con el especialista? Afortunadamente empiezan a contestar algunos otros,(V) pero incluso el que contesta que contesta (III) pero los especialista no quieren saber nada de un paciente domiciliario ... Eso es clarísimo lo ignoran... si el enfermo no puede salir es la cuidadora la que le dice como puede ser la pupa que tiene su familiar.. (IV) si está contemplado pero es difícil (V; III;) las malas hay una ley que tendría que ir contigo pero casi nunca van (V)

Excepto el equipo de salud mental (I) pero en contados caso (V) hay otros especialistas que si fueran tendrían una demanda mucho mas larga como el neurólogo (V) bueno dile tu que vaya ... Ellos van de especialistas y son el no da más y nosotros la escoria (V) pues hasta que no vienen a un centro no se dan cuenta del trabajo que se hace ... La culpa es del desconocimiento del trabajo que se hace ni del trabajo de enfermería (V) y la desconexión que tenemos (I)(2) primero trabajar en el centro de alguna manera coordinamente .. En mi centro habría que empezar por ahí (2) (III)

(Relación con los especialistas) no la hay es difícil para consultas externas. (III) eso tiene que ser a base de esfuerzo de cada uno el médico tiene que ir a buscar al especialista por los

Pasillos, y por favor... (V) y ¿donde lo busca? (IV) /3

### **Necesidades sociales**

La experiencia que tenemos del trabajador social es que está creado pero como no tiene recursos.(I) yo el único caso que he tenido si estoy contento a una paciente ciega con una problemática familiar muy gorda, el ayuntamiento ... Le puso una ayuda de hogar y ha mejorado muchísimo (VI) (3)

También debía ser que seamos nosotros los enfermeros lo que demandemos a los ayuntamientos a los servicios sociales ... Si diéramos la lata diciendo bueno señores que esta persona necesita ayuda domiciliaria me imagino que ... se darían cuenta que esta gente están solicitando y nosotros no estamos ofertando lo que el pueblo o la zona necesita.. (IV) /4

Nosotros no podemos estar todo el tiempo que quisiéramos al lado de esa persona y a nivel de servicios sociales...la que está contratada para ayuda a domicilio no da a basto y tiene unas listas de esperas tremendas. Van dos horas o dos horas y media. El resto del día está (anciano) totalmente desasistido (IV)/4

Tengo una familia con la abuela de 94 años... Son 5 personas mayores (a la abuela) la cuida la nieta que es bordelaine... Ha ingresado a la hija en la residencia ... para la ayuda a domicilio el ayuntamiento le pone pega ... (V)/5

Sobre todo en recursos sociales no sabemos o no podemos resolver muchos de los problemas que nos encontramos (I) /5 seria bueno marcarnos un limite en nuestra función (IV) /5

El apoyo psicológico es importantísimo pero cuando hay una demanda real por mucho apoyo... que le des si lo que necesita es una cama o una persona que le ayude pues ya puedes ir todos los días... Que empatizas muchísimo (III)... Pero si no tiene a una persona que le eche una mano (II, III, IV) o tienes que esperar la convocatoria de ayuda pública (II) eso no soluciona apenas nada porque cuando viene ya se ha muerto (III) /1 (calidad r / recursos)

### **Causas relacionadas con la demanda**

Lo positivo (AD) es que la persona no queda desatendida y que la atención que se le hace intenta ser de las mismas características que... En el centro ... Y la persona es consciente que no tiene más que llamar y solicitarlo ...eso es positivo pero cuando lleva mucho tiempo el paciente demanda mucho más de lo que se le oferta y es donde empiezan los problemas ... Esa demanda a veces es por sobrecarga.(1)

Por problemas de mala relación con la familia cuando no saben como solucionarlo porque si no va el centro de salud a su domicilio no va nadie entonces si que hace una patología que no tiene nada que ver es una llamada de atención. (1)

A nivel social la sociedad hoy día con un sueldo no les da y entonces cada vez más la pareja sale a trabajar... La misión que tenia antes la mujer de estar en casa de cuidar a los ancianos pues casi está desapareciendo pues cada vez más los servicios sanitarios y sociales tendrán que cubrir cada vez más (1)

Ante sino la hija era la nieta pero ahora hay un despegue... La familia extensa se ha recortado muchísimo se ha quedado la familia nuclear (1)

Los servicios... Te generan demanda... El servicio a domicilio dice, pues mira tú tienes que ir aquí me han dicho que te dan o en el hospital me han dicho que tienes una cama articulada cuando salgas... Son los propios servicios los que te generan la demanda y los recortes presupuestarios están llegando a Atención Primaria (1)

El cuidador un poco presionado por el resto de la familia decide que vale vamos a llamar al médico (2)

La inhibición de la familia cercana genera AD. (5)

Se hace mucha AD inducida por el médico (recetas)... (5)

La presión de la familia también genera AD (5)

Otra cosa son las nuevas vivienda que van a dificultar mucho el cuidado del incapacitado... Esta sociedad no está pensando ni en la tercera edad ni en los incapacitados (1)

### **Recursos**

Los recursos sanitarios son importantes porque si una persona necesita una silla de rueda para un paseo pues se le da... y es una forma de salir es una pena que los recursos sanitarios se estén recortando cada vez más (1) R/ calidad.

Ingresan muchos ancianos en Residencia por falta de estos recursos y en los hospitales un montón (1) r con calidad

Ellos mismos (voluntariado) cuando hacen esa función están todo el día bombardeándote para ver cuando se van a conseguir los recursos para esa persona... (1)

Pero el problema es que tienes poco tiempo... La verdad es que no tenemos ningún medio porque tú dices tienes que ir y resulta que a con un manguito de tensión y el hombre es obeso y no te sirve para nada... tampoco tenemos unos medios mecánicos para llevarnos todos.(V) (2) desde el ámbito en que estamos nos planteamos también los recursos que disponemos .. No tenemos tiempo suficiente para una dedicación mucha más completa... (IV) /5

Tenemos unos recursos escasísimos a todos los niveles... Y los factores que afectan a la Ad son tan inmensos que se nos escapan de nuestra propia percepción ... Tu puedes decir haga esto y esto pero después no existe los recursos para hacerlo no tiene viabilidad... (IV) /5

El tiempo como recurso puede ser una contradicción porque el tiempo en horas te falta y en horas te sobra. Luego el tiempo no es el problema principal... Es decir no hay una corresponsabilidad entre AD... que va aumentando la necesidad y la conciencia que tenemos en el centro de salud /5

A veces no tenemos parches y otros materiales (les afecta como limitación para el trabajo/4)

Lo que necesitamos es tiempo (4)/4... AD es un recurso caro, costoso y que lleva mucho tiempo y es complicado sumado al resto de actividades del centro (4)/4

Te ves falto de tiempo tienes que ir contra reloj...luego los impedimentos a nivel social... Los colchones antiescaras tenemos 3 en el centro... Ya lo tiene los pacientes que lo necesitan tenemos que esperar que fallezca uno si esta familia no tiene medios ... Para comprarlo...(V) /5

Al menos enfermería tal como se está llevando actualmente en A.P la AD yo creo que es con unos recursos muy limitados de toda índole, recurso humanos,... El tiempo ... Pues en este centro se ha adecuado un tiempo para la AD... Que posiblemente no es suficiente pero esta ahí sólo para programada... (I) /5

### **Relación con el cuidador**

De todos modos la mayoría de los incapacitados no viven sólo sino con familia (1)

El contacto es importante en las etapas del cuidador, en principio cuando asume los cuidados se supone que todavía no esta cansado... Te pones en contacto te presenta y sabe que puede acudir a ti, que te tiene como referencia luego cuando el cuidador empieza a cansarse y a estar saturado ya necesita apoyo ... Vuelves aparecer intentas hacerle alguna gestión si lo consigues la verdad que consigues bastante si no puedes hundirle más en la miseria (1)

El problema lo encontramos sobre todo con el que dice que no puede, que se desborda con la situación o con los problemas entre la familia que te envuelve la propia familia cuando no está claro quién es el cuidador primario... Ahí se ven los juegos familiares. (1)

Consideramos al cuidador como un recurso y como un trabajador... Que tenemos que apoyarlo mucho ¡eh! (1)

A veces son demandas puntuales y a veces como intermediario para contactar con el médico para solucionar un problema (1)

Algunos cuidadores cuando vienen a pedirte ayuda están bloqueados y te dicen que no, que no en ese momento solo demandan que lo ingrese urgente en una residencia. (1)

Los recursos de las familias (para ayuda privada) son limitados porque sino de pago (1)

lo que pasa que no ingresan más porque el cuidador se hace cargo de este enfermo incapacitado y en ese momento nunca se plantea que lo va a ingresar en una residencia nunca claro la solicitud llega cuando está totalmente desesperado cuando está desbordado y dice que ya no puedo más y hay depresiones ansiedad ya hay problemas familiares.. Es cuando aparece la demanda de una residencia y casi siempre es de una residencia asistida que son mínimas... cuando la familia te hace esa demanda lleva a lo mejor años haciéndose cargo de ese paciente y ahora ponte tú otros años para solicitarlo... Generalmente se ha muerto o han reunido dinero y lo han metido en una privada... No suele ser porque son charrísimas pocas economías se lo pueden permitir ese lujo lo que pasa si que pueden hacer para un par de meses y le van dando solución... (1) r/ con recursos.

Con el cuidador principal se da una relación cuando siempre es con el mismo cuidador el problema ocurre cuando el cuidador va cambiando cada 3 o 4 meses (v) o el enfermo paseándose (III) pero si el cuidador siempre es el mismo se establece una buena relación (2) el problema siempre surge con el hijo de Barcelona o de Madrid con el cuidador principal que puede ser la hija, hermana,... no hay problema hasta que viene a visitarles de veraneo y dice ¡uh! Como está mi madre en... Se hace mucho más (II)

cuando llegan al hospital ...dicen ya nos han endosado al abuelo de turno automáticamente lo mandan a casa entonces al cuidador le crea una carga psicológica impresionante porque el ir al hospital significa " Ya han querido dejar aquí al abuelo " y aquí no podemos hacer nada .(III)/3 bueno el cuidador te hace una depresión y el enfermo se muere por falta de atención domiciliaria cuando el cuidador falla es cuando el enfermo se muere no cuando el médico se equivoca o en urgencias se equivocan cuando el cuidador falla y se pone enfermo el anciano se muere independientemente de lo tú hagas por el.. (III) /3

La parte educacional falta por cubrir en A.D... La parte de apoyo al cuidador que es la pieza clave eso evidentemente yo creo que ni está organizado ni nos podríamos hacer cargo los que estamos habría que tener un equipo preparado para eso... (VIII) / 3

La relación depende de las personas (I) cumple tres funciones que trabaja contigo y te ayuda que es un usuario o cliente y es un recurso para ti (II)... Tú tienes que trabajar sobre el enfermo sobre la hija que tiene una necesidad tremenda y ahí la hija es cuidador y es paciente... Es cliente es de todo (IV)/4

Te encuentras muchas veces muy solo frente a un enfermo que casi no se puede desplazar y la hija vive allí pero como tiene que llevar su hija al colegio... y la madre esta sola pero horas y horas enteras y cuando tu vas no encuentras a nadie y ¿como abordas el tema educacional? Ahí necesitas a la familia... Y la familia no está (III) /5

La familia se puede convocar al Centro (I) no que es difícil (III y IV) /5

Hay relaciones probablemente patológica entre los hijos y la madre entonces no se puede hacer Nada no podemos cambiar la vida familiar (VI) /5

No se acepta que la gente se tiene que morir... Sobre todo si morimos en la casa mejor pero Por el tipo de vida cuesta más que hacer unos años donde las amas de casa era normalmente la principal cuidadora y ahora es una mujer trabajadora y dice como me como yo el pastel ni más ni menos (IV) / 5

En otras comunidades suele haber sitios para llevar a las personas y que el cuidador principal pueda descansar aquí n existe ni por asomo y además lo que pone los servicios sociales son una o dos

horas en las que no te puedes liberar sino que tienes que estar con el de servicios social para que te ayude a bañar a la personas, cuidarle y demás...no tienes descanso. (V) /5

Algunos cuidadores no tienen educación para el autocuidado... Tiran mal de la personas y se lastiman ellos y a la larga vamos a tenerlos en la cama... (VII) /5

Ahí tenemos nuestra labor (VI)... Si es decir esto es así y como yo lo hago lo tiene que hacer tú cuando las auxiliares salían con nosotros...lavábamos al enfermo entre el equipo auxiliar y enfermero y ellos veían... Sabían como lo tenían que hacer ahora no tenemos auxiliares...no es igual porque tu le enseñas pero no es igual que ellos lo vean hacer que tu le expliques. (II) /5

Haces una planificación te esmera y lo haces por escrito ¿para que?.. No sirvió para nada ni para la familia ni para el trabajador de hogar (IV) /5

Para evitar que la gente peregrinase por tanto sitios tendríamos que informarle y creo que

Enfermería lo hace aquí por lo menos aquí, pero también en otros centros, decirle que está en el programa " no decirlo así" informarles y asegurarles que van a ir con cierta periodicidad y que le van a detectar sus problemas que lo van a cuidar que lo van a enseñar y si nota Vd. algo pues nos avisan... (IV) Te agradecen que les digas a tu padre van a ir a verlo cada x tiempo... Eso la gente empieza a entenderlo lo que pasa que demanda más de lo que AD...no tienen claro lo que pedir (V) pero se puede educar después ...(2)

Hay paciente que se los quita diariamente porque se le despega (con dudas) (V)/5

Hay pacientes que no colaboran (V) yo también los tengo (IV) /5

### **Voluntariado**

De eso hay poco apoyo una persona de caritas que va un ratito pero eso no le quita de otras necesidades (1)

Ellos mismos cuando hacen esa función están todo el día bombardeándote para ver cuando se van a conseguir los recursos para esa persona... (1)

Además de los recursos oficiales escasos... también a nivel de voluntariado o asociación (1)

Luego el voluntariado yo lo veo importante pero no se mantiene (1)

Luego está la desconfianza (de la familia)... nadie quería que un desconocido fuera a su casa pues además esta la dificultad que si no son gente del pueblo o gente de confianza tampoco van a estar dispuesto... (1),

Consigues voluntarios puntuales y para eso no tienes problemas para acompañar a un anciano que tiene que ir al médico pues se llama a Cruz Roja y ese anciano no va solo para un servicio puntual



pero para un mantenimiento como en el caso de los incapacitados que si necesita una descarga real y efectiva para eso no, ni siquiera la familia... Hay muchos vecinos con buena voluntad... Pero cuando la situación se prolonga empieza a fallar (1)

Servicios sociales tampoco hay como para que esa mujer salga a trabajar y la supla... hay servicios privados para la familia pero no servicios públicos ni voluntarios ni nada... Yo no se en otras comunidades pero aquí ni voluntariado ni nada (IV) /5

No hay asociaciones de enfermos de Alzheimer solo una en Algeciras (varios) /5

### **Calidad**

Solo se contabiliza el número de visita programadas y dices bueno y si me tiro 3 horas con este quien sabe ¿Quién te garantiza como lo estas haciendo? (V)/5

Yo creo que la calidad es buena... Porque estamos hablando de un paciente que lo que necesita es una valoración y eso si lo podemos hacer porque si hay alguna complicación lo vamos a derivar (IV) /2

La calidad (es buena) nos referimos a la humana (I) como calidad humana fantástica todo el mundo pone la carne en el asador y hace lo mejor que puede. .ahora como medio son bastante secundarios tanto medio como tiempo (V) /2

La calidad es más humana que técnica en estos mayores (III) /3

A veces estás mucho tiempo hablando con el viejo que es lo que más necesita (II)/3

La calidad en general es mala porque no se hace Ad se hace urgencias domiciliarias... Lo que todos hacemos ... Lo habitual es una urgencia domiciliaria y tu vas a atender no a un abuelo encamado y toda su situación sino tu atiendes a un abuelo con fiebre tu vas a atender un abuelo con escara y que le da dolor no vas atender una abuela con la problemática de un déficit de atención AD no se hace (VIII)/3

Creo que la calidad es buena (VII) es buena para lo que hay (I) si (VI) la relación recursos calidad es buena (II) /4 se da calidad para lo que hay (III)/4... La calidad es buena pero no aplicamos la metodología desde los inicios del proceso de enfermería... (IV)/4

La calidad en la demanda yo afinaría es precaria pero no en lo que haces si no en lo que no puedes hacer como cambiar unos parches cada 3 o 4 días y te dice el médico que no .. Que vale muy caro... (IV) /5

Pero nos tenemos que plantear la calidad desde el punto de vista de enfermería (I) falta unificar cosas (V). /5

**Actitud hacia la atención en domicilio**

Las visitas las hace enfermería... Muchas veces se queja que está supliendo al médico porque no aparece (1)

Yo como trabajadora social y el médico estamos perfectamente tranquilo más de la cuenta porque sabemos que si ocurre algo el enfermero no lo va a decir (I) /1

Te da la sensación de impotencia que todo el mundo te esta diciendo ¡oye! Que cada vez esta peor parece que la culpa es tuya... (III) /1

Tu no puedes dar una atención integrada en domicilio a costa de que tengas tiempo y ganas porque la mayoría de las veces no tienes tiempo y la mayoría de las veces no vas a tener ganas (VIII) /3

Distrito porque ni siquiera es capaz de recibir las aportaciones de la gente...no conoce la problemática (IV) /5

De entrada me sienta mal el aviso del anciano (I) no sienta mal a todos (III, V) al final vas y generalmente están justificados... Así que una vez que he ido estoy contenta. (I) /2

De todos modos los avisos nos sientan mal a todos... Me dicen mi madre esta mala . Pregunto la edad si tiene más de 75 años no pongo ninguna pega (V) /2.

Como estás quemada cuando tienes algo de tiempo no tienes ganas porque yo el otro día terminé a las 20,45 de la noche... Y ya no puedo más a esa hora no tengo capacidad para quedar con un cuidador y explicarle porque estoy hasta arriba...estamos todos cansados... (V) /2

En la visita se demuestra mucho el cariño del médico y la paciencia...nos explayamos... (IV) /2

Yo creo que a nadie le gusta salir a la calle (III) dices bueno me ha costado trabajo pero el viejo se ha quedado encantado (V) nos sentimos bien porque estamos supliendo a la dama de caridad, al hijo que no esta... Más a demandas humanas y sociales que científicas o profesionales...(I)/2

Desde luego no médica (III) que podría ser sustituidas por otras personas (I) /2

La mayor parte de las patologías del anciano es que están aburridos (IV) /2

Al final el médico esta desencantado (III) / 3

Con las cosas que tenemos que hacer incluso un aviso puntual que este justificado lo vemos como una carga no deseable... (I) desde la dirección ...para mi es deseable que no haya aviso porque si la persona se va del Centro a hacer 4 avisos evidentemente esta dejando un hueco que tiene que cubrir el resto de compañeros y esta fastidiando al resto del centro y son puntuales , la programada en la calle vale muchísimo dinero.. Que sería deseable pero a lo mejor consumimos los recursos en otras prestaciones (I) /×3

Pocas veces se ha dado que un programa nazca como una necesidad del médico quitando TBC... Que lo primero es que nazca un sentimiento de que hay un problema que afecta a la salud (I) /3 (En AD no lo hay)

La sensación que se tiene es que no se esta haciendo (II) /3

En anciano surgen problemas que a lo mejor no tienen objeto... El tipo de problema quizás más social y a lo mejor no los sentimos tanto como el sanitario puntual (I) /3

Si además demanda atención y no la necesita para el siguiente está rebotado (III)/3

No por protocolo sino porque surge a lo mejor un día tienes menos tiempo y otro día vas y te explicas con el... Hay sitios donde no te sientas y sitios donde hablas más porque ves el problema (I) /3

Cuando se te ocurre ir a ver a fulanito es humano porque sabes que tienes un montón de gente y que tienes que ir a verla de vez en cuando porque que no tenga demanda de urgencias no significa que no estén encamados ...(III)/3

La motivación no puede engendrarse si hay barreras por aquí, obstáculos por allí y encima al cuidador que está cumpliendo al 100% le estamos aplastando la cabeza (III) /3

Que bueno, bonito barato no puede ser (quiere decir no se puede abarcar todo eso) (VII)/3

No puedes dar una atención integrada en domicilio a costa de que tengas tiempo y ganas porque la mayoría de las veces no vas a tener tiempo y la mayoría no vas a tener ganas (VIII)/3

La única AD que existe es la que sale de la buena voluntad de las personas (V) /3

Es muy frustrante que tú... Curas la herida que no tiene cambios posturales tu vas todos los días y en el momento que te vayas de allí toda la prevención se tira por tierra y mañana todavía peor independientemente de todo el esfuerzo sanitario (V) /4

AD aparte de caro y costoso es el estrés que a ti te implica el tiempo que lleva fuera del centro... Tengo que volver para ver... (VII) /4

Al menos enfermería tal como se está llevando actualmente en A.P la AD yo creo que es con unos recursos muy limitados de toda índole, recursos humanos,... muchas veces nos frustramos en cuanto no solucionamos todos los problemas que detectamos en esa persona... Otros profesionales no nos acompañan en la visita estamos hablando de los médicos... Sobre todo en recursos sociales no sabemos o no podemos resolver muchos de los problemas que nos encontramos (I) /5 sería bueno marcarnos un limite en nuestra función (IV) /5

Enfermería es un arte y no hay nada preestablecido. Tenemos recursos inagotables que podemos echar manos desde nuestras mayores armas que es la educación sanitaria (I)... Pero después el límite lo tiene que poner tú (I) /5

En la visita domiciliaria yo me encuentro desvalido (IV) /5

La AD es muy importante pero en los C de Salud no se plantea como objetivo prioritario y por tanto para disponer de los medios que sean para abordar un problema que no reconocemos o no queremos reconocer... (III) /5

No hay corresponsabilidad entre la AD como objetivo y la conciencia que tenemos en el centro de salud (III) /5

Si pero la culpa es una presión que no tiene lógica a veces un consentimiento del médico hacia ciertas peticiones sin lógica... Y llega el momento que tu dices y además tengo que ir a ver a "Pepito Pérez" que esta en la cama cuando tiene 4 hijos que no van a verlo y ya vas revuelto (IV) /5.

Se crea unos vínculos de dependencia de la familia de él incluso tú con ese paciente porque te involucras...en la problemática familiar (V)/5

A quien se le visita el grado de satisfacción es alto incluso... Se ha creado unos vínculos porque enfermería se ha incrustado en ese ambiente familiar incluso durante tiempo... (I)/5

El distrito ni tan siquiera es capaz de recibir aportaciones.... Además no conoce la problemática

Forman un pequeño equipo en Distrito para asesorar y están cumpliendo más que nada tareas administrativa que lo que es función de un coordinador de enfermería que debía estar promocionando la enfermería viendo las técnicas que se están utilizando, introduciendo las nuevas que hay y sugiriendo las que van a aparecer todo eso ... (III) /5

La coordinadora (enfermería) se debía desligar tanto de la Dirección de Distrito, de almacén de suministro y dedicarse. (I) /5

### **Valoración de los profesionales que realizan Atención Domiciliaria**

¿Valorados por la organización? nunca (I, IV, V, II) / 2

No hay ningún reconocimiento en absoluto por la empresa (V) /2

La administración nos usa y nos tira (IV) no solamente no te gratifica... (III) /3

No hay reconocimiento, no hay incentivación además cuando quieren nos utilizan como funcionario... Todo el mundo cobra igual independiente de lo que haga no hay incentivos ni de

Tipo económico, de investigación o de reconocimiento...en la empresa no existe nada si entramos en las unidades clínicas y efectivamente lleva un modelo retributivo una forma de incentivación. Esto podría cambiar (I) /3

Valorados nada, nada, nada (1, 2, 3,4) /4 por la familia si (8,7) /4 la satisfacción te la da la persona y la familia (3) la familia viene a buscarte a ti no vienen a buscar al médico como antes (10) /4.

El coordinador de enfermería del Distrito tiene que visitar los C. Salud hablar con los adjuntos y los enfermeros no lo veo más que en alguna reunión (III) apenas viene por aquí (IV) varios /5

### ***Importancia en el conjunto de actividades del centro***

Salir de la consulta cuesta mucho (IV) sobre todo cuando tienes 20 esperando (III) luego está que tienes que coger el coche aparcar ahora sube que esté el familiar... (IV) si esta en la cama y no tiene a nadie para ayudarlo (III) la incomodidad de la cama donde pones las cosas... Te pones encima del enfermo (IV) también físicamente se trata de una persona deteriorada no agradable de ver a lo mejor no está muy limpia... Huele mal hay que superar muchos inconvenientes (IV) /2

En todos los centros donde he trabajado los programas se consideran como una carga porque no se motivan al profesional... Haces el programa durante tanto tiempo y luego no se ha facilitado una serie de cosas. Eso desmotiva. (III), no existe una evaluación donde tu digas mira que bien y que resultados (I) / 3

Se hace porque se tiene que hacer no por otra cosa... Para dedicarte a AD debes estar libre porque es imposible que tu lleves toda la carga que plantea ... (V)/3

AD está ahí para cuando pueda y tengas un poco de tiempo es decir primero está la demanda (I) a salto de mata (II) /4

### ***Propuestas de mejoras***

Lo que ocurre es que tenemos tampoco manejo si que es cierto que el trabajo que había que hacer previo es iniciarnos con 4 o 5 diagnósticos y manejanos con esos... (VII) ... Si y hacer evaluación (VIII) /4

Ahí tenemos nuestra labor (VI)... Si es decir esto es así y como yo lo hago lo tiene que hacer tú cuando las auxiliares salían con nosotros...lavábamos al enfermo entre el equipo auxiliar y enfermero y ellos veían... Sabían como lo tenían que hacer ahora no tenemos auxiliares... (II) /5

Se ha solicitado un curso de metodología de trabajo en enfermería...Tenemos que utilizar un instrumento un método científico que nos permita después evaluar y medir y es aplicable a la visita domiciliaria... (I) /5

Una forma de mejorar sería que los recursos casi los pudiéramos dominar nosotros... Muchas veces el paciente tarda 3 meses en una ayuda a domicilio. Como no está en tus manos aunque esté llamando todos los días pues... Te da la sensación de impotencia que todo el mundo te esta diciendo ¡oye! Que cada vez esta peor parece que la culpa es tuya... Se podría mejorar pues no se teniendo camas hospitalarias en los centro de salud... O colchón antiescaras... (III)/1

A través de los ayuntamientos se podía hacer una reunión con los familiares de las personas que necesiten AD. Informarles de entrada. Hacer un sondeo de cuanta gente hay y unificar quien son, decir tu tantos, tu tantos... Hacer una reunión e informar de como va el programa...(III) /2

Reuniones con la A.A.V.V. y explicarles a los presidentes de las asociaciones... Canalizar a través de ello para que sepan hasta donde pueden pedir y lo que nosotros podemos darles para que tengan un conocimiento a través de los organismos conocidos... Cogier asociaciones de vecinos cada uno de su zona a través del trabajador social un médico o un enfermero y explicarles en que consiste porque habrá alguno que tenga un familiar incapacitado que necesite atención y no este usando el programa (III) /2

Si ellos (familiares) saben como cuidar determinadas cosas banales pueden quitarles muchas visitas al enfermero (V) / 2

Hay gente que están mal cuidadas por falta de conocimiento de la familia y otros que están solos que son los que menos demandan hacen porque no pueden acudir (III) /2

Hay chicos de alguna religión que cuida al viejo como si fuera su hijo y los trae, los pasea,... Los que están cuidados por ello... creo que sería una solución hablar con determinadas organizaciones sean religiosas o laicas y valdría la pena... (V) /2

Hay personas con Alzheimer... Ayudar a los cuidadores que ya no pueden más (IV) /2

Hay gente que ayudan en el asilo SAN José a las comidas... a bañar al anciano y todo eso y pienso que es bueno (IV) /2

Para esos ancianos deteriorados que no conocen ni al propio familiar es bueno que se le de un descanso al cuidador y tener a esos pacientes en un centro geriátrico durante 10 o 15 días y que no salgan con más escaras que entro... Eso debería existir (IV) /2

Desde luego privado no puede ser porque son unos precios que la gente no tiene... Con la pensión no llega (vale 170.000 ptas (IV) eso no lo puede pagar un anciano... /2

El problema es la falta de personal si hubiera más enfermero Se podría dedicar un enfermero o dos un día o dos a la semana a AD. No como ahora. Claro tiene que estar en curas, en extracciones en

los avisos programados en los avisos a demanda no se puede es que humanamente no se puede (V) /2

Que hubiera alguno que se dedicara solamente a eso y que estuviera en contacto con todos los médicos de cada uno... (V) /3

Para llevar AD en condiciones hace falta un equipo de AD porque hay poblaciones que tienen número suficiente para pautar todos los días 7 o 8 domicilios... Tendría que estar coordinado con el resto de médicos de cabecera porque iría a ver a cualquier enfermo . Se podría coordinar desde el centro de salud pero un equipo que no tiene que pasar consultas (III) /3

A lo mejor una señora que lo lave y lo limpie quizás sea más social... Está en manos del trabajador social pero la experiencia que tenemos es que e T. Social esta creado pero como no tiene recursos. (I)/3

Esa prestación. Si estamos hablando además de prevención... Correspondería a lo sanitario o quizás sería conveniente un servicio social ... Que conozca a esos pacientes y que en un momento determinado se pusiera en contacto con nosotros para la prestación sanitaria (I) /3

A lo mejor una dieta... Que los mayores comen mal no es del médico corresponde a personas auxiliares que pertenezcan al servicio social que sean quien pusiera esos medios y se uniera con nosotros en la parte sanitaria (I) /3

La colaboración sería más fácil como una tutoría no es lo mismo que unas personas que está dedicada pues a enseñar cosas en domicilio cuando entrara en el programa le solicitara al médico ... Una valoración nutricional del paciente .. (I) /3

Pero para hacer un censo de personas mayores... La información como llega , leen el periódico, escuchan la radio que... Como llega el servicio a esas personas sería crear un servicio que se pusiera en contacto diga la señora ha entrado en el programa sus condiciones de vida son esta... El estado nutricional y a partir de ahí las necesidades sanitarias puntuales... (I) /3

Habría que tener un equipo preparado para la AD. (VIII)/3

Que se haga un estudio de la población existente en la actualidad en este centro de salud (III) /3.

..Recoger a los inmovilizados que están solos (como en Barcelona) se pasa hasta las 6 de la tarde... Con todos los cuidados... Y aumentar la dotación (III). A mi me parece que sacar a una persona de su casa donde tienes sus cosas durante un día entero si que esta atendida pero desarraigada. Eso puede ser un descanso para la familia (X) si eres hembra te toca cargar con tus padres ... Claro que si dura un mes la cosa está bien pero cuando dura un año y otro año hasta que punto la familia tiene que cargar con eso. .por amor se hace muchas cosas pero... Meterle esta obligación. Es muy escabroso (III) también habrá familia que estén todos trabajando se lleva a esa persona a un sitio donde pueden tener actividades y pueden tener cosas... Y van a dormir con su hija y con la familia

tipo guardería... (VIII) es más tipo centro ocupacional de día (X) si un centro de día ... La persona que esta abandonada y no tiene cuidados ... Puede pasar allí el día y esta bien atendido se garantiza que se va a o mover que va a comer adecuadamente (III) y esta dotado de actividades sociales no solamente de enfermería (cuidados) (X) /4

El voluntariado en los Barrios funciona (III)/4

La ayuda a domicilio (pero es escasa). .hay familia que tienden a pagarse esa ayuda. (IV) puede ser una solución si la familia puede. .otra posibilidad son las auxiliares de enfermería. .que ayudaban a movilizarlos, al aseo, a los cuidados de los pies. (VII)/4

Para los cuidados paliativos debía existir también un grupo de AD desde el hospital (IV)/4

La figura del Geriatra en los centros de salud igual que hay pediatras. Tal como esta la cosa la geriatría es muy necesario (II) /4

Se ha propuesto talleres para familiares, unos seminarios permanentes para cuidadores informales durante todo el año para que los familiares tuvieran acceso a la higiene del anciano, a la alimentación, prevención de úlceras y todos los cuidados (I) /5 eso nos facilitan porque con la visita muchas veces no llegamos a todos los cuidadores informales de las personas ancianas que todavía no han demandado como el abuelo que esta en casa muy sano ... que habría que hacer una captación activa ... Hacer visita de valoración (I)/5

Hay que meter a todo el equipo porque si estos seminarios son de enfermería nada más. Cuando se hace un programa de visitas domiciliarias en AP si falla la figura del médico fracasa el programa si falla la trabajadora social... Fracasa el programa y si falla enfermería ya (no e puede hacer nada) (I) /5

Creo que son objetivos demasiado ambiciosos. Si podría hacerse con los que empiezan a enfrentarse al problema... Como en un Alzheimer o una demencia que empieza con esos si se puede hacer un grupo decirle ... Esto os viene encima y nosotros les vamos a enseñar ... (III) /5

Hay una población que no puedes abarcar de alto riesgo que si no puedes abarcar individualmente a cada uno de los casos si puedes abarcar a los cuidadores informales. (I) /5

Para los cuidadores informales es importante no solo aprender sino la idea de venir al centro ... Y formarse porque se sienten más seguro y mejor y sienten que el papel que están haciendo esta reconocido no es lo mismo que estar allí cuidando al viejo de mala manera a que dice, yo voy al Centro me explican .. Eso es reconocido por nosotros se sienten más importante, esos es gratificante por lo menos enciman que lo están haciendo que sepan los demás que lo hacen que vayan y que vengan. Por lo menos salir de casa y formarse... (VII) /5....repercutiría en nosotros y seria sembrar para el futuro (VII)