

## Asistencia domiciliaria para personas menores de 65 años

### 1. Servicio de asistencia domiciliaria en su conjunto

Muy insatisfecho/a

Bastante insatisfecho/a

Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a

Bastante satisfecho/a

Muy satisfecho/a

No lo sé/no tengo ninguna opinión



a. ¿En general, en qué medida estás satisfecho/a con la asistencia domiciliaria que recibes?

#### b. ¿Satisface el servicio de asistencia domiciliaria tus necesidades de ayuda y atención?

Sí  
En parte  
No  
No lo sé/no tengo ninguna opinión

### 2. Influencia

No, nunca

Rara vez

A veces

A menudo

Sí, siempre

No lo sé/no tengo ninguna opinión



a. ¿Suele tomar en cuenta el personal tus puntos de vista y tus deseos sobre cómo se debe llevar a cabo la ayuda?

b. ¿Sueles poder influir en la hora a la que llega el personal?

### 3. ¿Cuentas con un plan de ejecución?

Es el plan que trata de ti y de tu situación en tu vivienda

Sí  
No (Si has respondido No, pasa directamente a la pregunta 5)  
No lo sé






### 4. ¿Has participado en la redacción de tu plan de ejecución?

Sí  
No  
No lo sé

**5. Desempeño de la asistencia**

Muy mala	Bastante mala	Ni buena ni mala	Bastante buena	Muy buena	No lo sé/no tengo ninguna opinión
					

a. ¿Cuál es tu opinión sobre la forma en la que el personal cumple sus funciones?






No, nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Sí, siempre	No lo sé/no tengo ninguna opinión
					

b. ¿Suele llegar el personal a la hora acordada?

c. ¿Suele tener el personal tiempo suficiente para poder realizar su trabajo en tu casa?

d. ¿Suele el personal avisarte a tiempo si ha habido algún cambio ocasional?

**6. (Por ejemplo, cambio en el día/la hora, retrasos, cambios de personal, etc.)**

No, nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Sí, siempre	No lo sé/no tengo ninguna opinión
					

a. ¿Sueles recibir un trato correcto del personal?

**b. En el contacto que has mantenido con el personal durante el último año, ¿has experimentado algo de lo que sigue a continuación?**

Marca todas las opciones correctas  
Que el personal:

- Haya hecho comentarios negativos sobre ti, tus cosas o tu casa
- Te haya tratado de manera irrespetuosa ya sea en la forma de expresarse, en la forma de dirigirse a ti o a través de gestos
- Te haya hablado con superioridad, por ejemplo, como si fueses un niño
- Haya ignorado tus deseos, por ejemplo, al ir al baño, a la ducha o al vestirse
- Se haya mostrado rudo, por ejemplo, en las visitas al baño, a la ducha o al vestirse
- Haya mostrado desagrado en relación con los cuidados personales
- Haya, de algún otro modo, actuado de forma incorrecta.

No, en el último año no he experimentado nada de lo anteriormente citado.

## 7. Seguridad

Muy inseguro/a    Bastante inseguro/a    Ni seguro/a ni inseguro/a    Bastante seguro/a    Muy seguro/a    No lo sé/no tengo ninguna opinión



a. a. ¿En qué medida te sientes seguro/a o inseguro/a viviendo en tu casa con la ayuda del servicio de asistencia domiciliaria?

b. ¿Tienes confianza en el personal que viene a tu casa?

Sí, en todos  
 Sí, en la mayoría  
 Sí, en algunos  
 No, en ninguno  
 No lo sé/no tengo ninguna opinión

## 8. La comida

a. ¿Recibes ayuda del personal del servicio de asistencia domiciliaria para cocinar o para encargar comida a domicilio?

Actividades

Sí, me ayudan a cocinar.  
 Sí, suelo recibir comida a domicilio.  
 No, no recibo ayuda del personal del servicio de asistencia domiciliaria con la comida → continúa al apartado

No, nunca

Rara vez

A veces

A menudo

Sí, siempre

No lo sé/no tengo ninguna opinión



b. ¿Está buena la comida?

## 9. Actividades

a. ¿Tienes permiso para dar paseos o pasar ratos al aire libre?

Sí  
 No → continúa al apartado Discriminación en la actividad

No, nunca

Rara vez

A veces

A menudo

Sí, siempre

No lo sé/no tengo ninguna opinión



b. ¿Estás satisfecho/a con los paseos o los ratos al aire libre?

## 10. Discriminación en la actividad

Hay discriminación cuando usted es ofendido, tratado de manera injusta o de manera menos favorable que otras personas por alguno de los miembros del personal. El trato injusto o la ofensa deben estar relacionados con cualquiera de los siete motivos de discriminación (género, identidad o expresión de género, origen étnico, religión u otras creencias, discapacidad, orientación sexual y edad). Si un usuario de una vivienda ofende a otros usuarios, esto se denomina hostigamiento.

¿Sientes haber sido discriminado/a en tu vivienda durante los últimos doce meses?

- Sí
- No
- No desea contestar
- No lo sé

Si tu respuesta es Sí, responde a la pregunta 11,12, en caso contrario pasa directamente a la pregunta 14

## 11. ¿Cuál fue el motivo que hizo que te sintieras discriminado/a? Puedes elegir más de una opción.

- Porque soy mujer (género)
- Porque soy hombre (género)
- Porque me siento como mujer/hombre aunque nací como hombre o mujer (identidad o expresión de género)
- Porque vengo de otro país (origen étnico)
- Debido a mi religión (religión u otras creencias)
- Porque tengo una discapacidad (discapacidad)
- Porque estoy enamorado/me enamoro de o quiero tener relaciones sexuales con alguien de mi mismo sexo (orientación sexual)
- Debido a mi edad (edad)
- Por otro motivo
- No lo sé
- No desea contestar

## 12. ¿Le has contado al personal lo que ha sucedido?

- Sí
- No
- No desea contestar

Si tu respuesta es Sí, responde a la pregunta 13, en caso contrario pasa directamente a la pregunta 14

## 13. Si se lo has contado al personal, ¿crees que la situación ha mejorado

- Sí
- No
- No desea contestar

## 14. Contacto con el municipio

Sí      En parte      No      No lo sé/no tengo ninguna opinión

a. ¿Te sientes bien tratado/a por el responsable de gestión de ayuda?

b. ¿Es adecuada a tus necesidades la decisión que ha tomado el responsable de gestión de ayuda?

c. ¿Conoces el tipo de ayuda que te ha sido concedida?

Sí  
No → pasa a la pregunta e

Sí      En parte      No      No lo sé/no tengo ninguna opinión

d. ¿Recibes la asistencia domiciliaria que el responsable de gestión de ayuda ha decidido para ti?

Sí      En parte      No      No lo sé/no tengo ninguna opinión

e. ¿Sabías que puedes elegir al proveedor de asistencia domiciliaria? (puede ser el servicio de asistencia domiciliaria municipal o distintas empresas privadas)

f. ¿Quién ha elegido tu servicio de asistencia domiciliaria?

Lo elegí yo mismo/a  
Lo elegí con un amigo o familiar  
Un familiar/administrador lo ha hecho en mi lugar  
Otra persona lo ha hecho en mi lugar  
No lo sé/no tengo ninguna opinión

g. ¿Sabes a quién dirigirte si quieres dar tu opinión o presentar una queja sobre la asistencia domiciliaria?

Sí  
No

## 15. Preguntas finales

a. ¿Con qué frecuencia recibes servicios de asistencia domiciliaria?

A diario  
Una o más veces a la semana  
Menos de una vez a la semana

b. ¿En general, recibes en tu casa a la misma persona del servicio de asistencia domiciliaria?

Sí  
No

c. ¿Has contestado las preguntas tú mismo/a?

Sí, las contesté yo mismo/a  
No, lo hice con un buen amigo, un familiar u otra persona.  
No, otra persona ha contestado por mí.

¡Gracias por tu colaboración!