



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18

**Análisis de la situación de los cuidadores en
la atención domiciliaria a las personas
mayores en España, una comparativa con
Europa**

Alumna: Sonia Rodríguez Rodríguez

Tutor: José María Jiménez Pérez
Cotutora: Ana García del Río



RESUMEN.

Introducción y justificación. El incremento de la población anciana repercute directamente en el aumento de patologías crónicas; como consecuencia, se evidencia un aumento en la demanda para prestar cuidados a los ancianos en sus domicilios. De este aumento, surge la necesidad de identificar las necesidades e intervenciones requeridas con la finalidad de solventar las carencias formativas.

Objetivo. Evaluar las actividades, necesidades formativas y competencias requeridas en los cuidadores de personas mayores en el domicilio, enmarcado dentro de la fase 1 (*Work Package 2*) del proyecto europeo “*Caress*”.

Material y métodos. El diseño de este estudio ha sido de tipo descriptivo cuasi-experimental, mediante una encuesta *ad hoc*, durante febrero y marzo de 2016. Se obtuvieron 105 cuestionarios completos de los cuales 85 cumplían los criterios de inclusión.

Resultados y discusión. Los trabajadores de ayuda a domicilio son los cuidadores más frecuentes. Durante el proceso de atención, la mayor parte reevalúa las necesidades sobre la marcha. Las necesidades atendidas son las necesidades atencionales básicas personales; las intervenciones se encuentran enfocadas con el apoyo a la independencia.

Conclusiones. Los conceptos relacionados con la higiene personal, estilos de vida saludable y seguridad y protección doméstica destacan como competencias necesarias por parte de los cuidadores. Las organizaciones proponen cursos a los cuidadores para mejorar la calidad del servicio.

Palabras clave. Cuidadores formales. Cuidados informales. Servicios de Atención de Salud a Domicilio. Cuidados a Largo Plazo.



ÍNDICE.

	Página
Índice de figuras	II
Índice de tablas	II
1. Introducción y justificación	1
1.1. Situación socio-demográfica	1
1.2. Estado actual de la atención domiciliaria	2
1.3. Cuidadores y cuidados	3
1.4. Estrategias europeas para la atención domiciliaria	4
1.5. Justificación	5
2. Objetivos	6
3. Material y métodos	7
4. Resultados y discusión	9
4.1. Profesionales involucrados en la ayuda a domicilio	9
4.2. Identificación de las necesidades y el plan personalizado	11
4.3. Necesidades atendidas y las intervenciones realizadas	12
4.4. Competencias necesarias para el desarrollo de la actividad	15
4.5. Grado de formación de los cuidadores	16
4.6. Limitaciones	17
5. Conclusiones	18
6. Bibliografía	19
7. Anexos	23
7.1. Encuesta a cuidadores	23



ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Pirámide de población 2017 en Castilla y León. Fuente: Junta de Castilla y León. Disponible en: https://www.jcyl.es	1
Figura 2. Clasificación por categoría profesional	9
Figura 3. Años de experiencia en el servicio	10
Figura 4. Cuidadores encargados de la identificación de necesidades	12
Figura 5. Necesidades atendidas en el domicilio	13
Figura 6. Intervenciones realizadas en el domicilio	14
Figura 7. Competencias requeridas para el desarrollo de la actividad	16
Figura 8. Cursos de formación continuada realizados en últimos 5 años	17

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Variables a recoger y analizar	8
Tabla 2. Descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica	8

1. Introducción y justificación.

1.1. Situación socio-demográfica.

La población en Castilla y León presenta un aumento de la esperanza de vida, lo que origina un incremento constante del número de personas mayores, según se refleja en la pirámide de población (figura 1). Esta pirámide poblacional se caracteriza por un patrón de población madura, con base estrecha, debido a una disminución de la natalidad, y una disminución lenta en el vértice consecuencia de la disminución de la mortalidad.¹⁻³

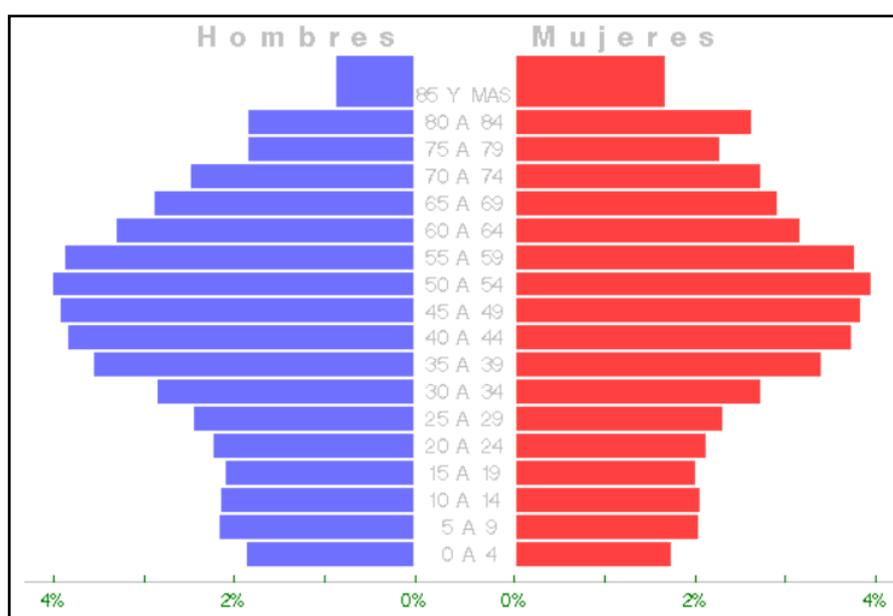


Figura 1. Pirámide de población 2017 en Castilla y León.³

La tendencia demográfica en las últimas décadas en España, perfila una sociedad desarrollada fuertemente envejecida, esto se debe a varios factores: el aumento de la esperanza de vida en ancianos (población con 65 y más años) y la tasa de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo. Por esta razón, cada vez son más las personas con enfermedades graves, en situación de dependencia o con una enfermedad terminal que necesitan recibir cuidados en el domicilio. Según datos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (1 de enero de 2017), en España hay 8.764.204 personas mayores (65 y más años) lo que representa el 18,9% de la población total.⁴⁻⁶

La población en Europa, igual que sucede en España y en Castilla y León, presenta un predominio de personas mayores, debido al aumento de la



esperanza de vida gracias a los avances en medicina, los estilos de vida saludable y las mejoras en la educación para la salud.⁷

Por consiguiente, en Castilla y León, España y Europa, los cambios demográficos y sociales producen un incremento progresivo de las personas que requieren apoyo, entre las que destacamos los mayores de 65 años, para atender sus necesidades o alcanzar una mayor autonomía debido a una situación de especial vulnerabilidad.⁸

1.2. Estado actual de la atención domiciliaria.

Con la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia se establecieron las bases legales de la asistencia domiciliaria, mediante la definición de los requisitos para establecer el grado de dependencia; sin embargo, este servicio continua prestándose a personas que, pese a no encontrarse en situación de dependencia reconocida o con dependencia leve, sí que se encuentran en otras situaciones de fragilidad o necesidad, contempladas por diferentes leyes autonómicas.^{8,9}

La aprobación de esta Ley 39/2006 creó el derecho al servicio; no obstante, el entramado institucional, la disminución del crédito público y los recortes producidos en los presupuestos, no permitieron cumplir el calendario establecido, ni las cuantías, ni prestaciones previstas. Por otro lado, la pérdida de ingresos en las familias ha motivado que, una medida inicialmente excepcional, como era el cobro de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, fuera seleccionada mayoritariamente como primera opción, y en consecuencia encontramos un porcentaje importante de cuidadores informales. La sobrecarga de las familias, en general, y de estos cuidadores, en particular, aparece como problema añadido por la no posibilidad de compatibilizar esta ayuda con otros servicios en la mayoría de Comunidades Autónomas, disminuyendo la calidad del servicio.⁹

A fecha de 31 de diciembre de 2015, el Servicio de Ayuda a Domicilio atiende en España a 326.043 personas de 65 y más años, lo que representa un 3,77% del



total. En este servicio, el 73% de las personas usuarias son mujeres y el 65% representa a personas de edad avanzada, 80 y más años.^{10,11}

1.3. Cuidadores y cuidados.

La atención a las personas en situación de dependencia, así como la promoción de su autonomía, constituye uno de los objetivos de la política social en España. El reto es atender las necesidades de la población que se encuentra en situación de vulnerabilidad y requiere de apoyo para actividades básicas de la vida diaria. Esto resulta especialmente importante en personas de 65 y más años, pues un 32% presentan algún tipo de discapacidad, respecto al 5% en menores de 65 años.⁸

Los cuidados pueden clasificarse:

- Cuidados profesionales: “los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro”.
- Cuidados no profesionales: “la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada” .⁸

Los cuidadores son las personas encargadas de realizar estos cuidados:

- “Cuidadores formales”: son aquellos profesionales en el área de los cuidados, con formación para la práctica asistencial (profesionales sanitarios o sociales) y que se encuentran asociados a un sistema de servicio organizado (organizaciones gubernamentales).
- Por otro lado, definimos a los “cuidadores informales” como aquellos proveedores de cuidados, sin aprendizaje previo para proveer cuidados ni acerca de las necesidades físicas y/o mentales por las que estos son precisados, que pertenecen al entorno próximo del receptor como familia, amigos, etc., y que realizan la atención de forma regular y continua.¹²



1.4. Estrategias europeas para la atención domiciliaria.

La Unión Europea ha puesto en marcha diferentes estrategias cuyo objetivo es mejorar la formación de los cuidadores en el domicilio, con la finalidad de prestar unos cuidados domiciliarios de calidad, entre las que encontramos: TRACK (*Training and Recognition of Informal Carer Skills*), InformCare (*Information hub for informal carers*), ENS4Care (*Evidence-based Guidelines for Nurses and Social Care Workers for the deployment of eHealth Services*) y Caress (*An integRatEd framework for domiciliary healthcare Skills development*).¹³

El proyecto Caress, enmarcado dentro de “*Erasmus Plus Sector Skills Alliances, the European Union programme for Education, Training, Youth and Sport for 2014-2020*” tiene como objetivo superar el desequilibrio entre los requisitos motivados por la situación europea actual en la asistencia domiciliaria y las habilidades ofrecidas por los profesionales de cuidado en el domicilio. El proyecto Caress fue realizado por once participantes de los tres países socios colaboradores (España, Italia y Finlandia).^{14,15}

El proyecto comenzó en noviembre de 2015 y finaliza en octubre de 2018, estableció 8 “paquetes de trabajo” (*Work Packages*), definidos en tres fases: preparación, implementación y evaluación. Estos paquetes de trabajo presentan tareas como: la definición de habilidades y necesidades formativas, el diseño del marco europeo, la implementación de pilotos de aprendizaje presenciales y a distancia con comunidades de practica virtual (VCP), entre otros.¹⁶⁻¹⁸

Durante la primera fase, se llevó a cabo un análisis de las necesidades formativas, previa recopilación y desarrollo de un marco conceptual a través de fuentes primarias mediante un cuestionario destinado a los profesionales implicados en los cuidados domiciliarios del anciano y las necesidades de su atención sanitaria.^{15,19}

Una vez terminada la primera fase de preparación, se realizará la segunda fase, implementación, en la que, cada país participante, diseñará un marco y llevará a cabo un piloto formativo con contenidos específicos y transversales basados en aprendizaje a distancia (*e-learning*) y presencial.^{15,19}



Para la realización de este Trabajo de Fin de Grado nos vamos a centrar en una de estas fases del proyecto, la fase 1, dentro de la que encontramos el “*Work Package 2*”: definición de habilidades y necesidades formativas.

1.5. Justificación.

El incremento de la población anciana en España, repercute en el aumento del número de patologías crónicas, caracterizadas por ser de larga duración y lenta progresión. Según la Encuesta Europea de Salud en España (2014) un 84,36% de las personas entre 65 y 84 años afirman tener algún problema crónico de salud, este se ve aumentado hasta un 93,03% en los mayores de 85 años²¹. Estas patologías crónicas conllevan complicaciones que repercuten directamente en la calidad de vida de las personas que las padecen. Por este motivo, resulta necesario reajustar los objetivos de salud teniendo en cuenta al paciente y facilitando la atención domiciliaria.^{10,21}

Se evidencia el aumento en la demanda de prestar cuidados a los ancianos por profesionales en sus domicilios. Sin embargo, se ha observado que los programas formativos, que capacitan a los cuidadores profesionales, no presentan un contenido que agrupen a todas las competencias formativas para la realización de esta actividad. Particularmente, aquellas habilidades no técnicas, susceptibles de aprendizaje durante el ejercicio profesional.^{21,22}

De este hecho parte la necesidad de identificar las necesidades demandadas y las intervenciones realizadas, con la finalidad de desarrollar un marco formativo común que permita solventar las carencias formativas y conseguir una atención eficiente y de calidad en el cuidado de personas mayores.



2. Objetivos.

El **objetivo principal**:

Evaluar las actividades, necesidades formativas y competencias requeridas en los cuidadores de personas mayores en el domicilio, enmarcado dentro de la fase 1 del proyecto europeo “*Caress: an integrated framework for domiciliary healthcare skills development*”.

Los **objetivos específicos**:

- Identificar los profesionales involucrados en la ayuda a domicilio.
- Describir la implicación de los cuidadores en la identificación de las necesidades y el establecimiento del plan personalizado de cuidados.
- Establecer las necesidades atendidas por los cuidadores y las intervenciones realizadas de manera habitual en el domicilio.
- Detectar las competencias necesarias para el desarrollo de la actividad profesional en el domicilio del anciano.
- Valorar el grado de formación de los cuidadores de atención en el domicilio.



3. Material y métodos.

Para la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta el proyecto europeo “*Careless: an integrated framework for domiciliary healthcare skills development*”, en el que participa España. El desarrollo se ha realizado en la fase 1 (*Work Package 2: definition of skills and training provision needs*) en la que se creó un cuestionario específico entre los tres países involucrados (Italia, Finlandia y España).

El diseño de este estudio ha sido de tipo descriptivo cuasi-experimental, mediante una encuesta *ad hoc*, durante los meses de febrero y marzo de 2016 (anexo 1). En primer lugar, se difundió la posibilidad de participar en el proyecto a través del Colegio de Enfermería y la Universidad de Valladolid mediante un comunicado, en el que se explicaba el motivo del estudio, exponiendo el carácter voluntario y anónimo del mismo y agradeciendo de antemano su participación.

Los criterios de inclusión utilizados para la obtención de la muestra son:

- Cuidadores formales e informales.
- Cuidadores que han realizado actividades de cuidados en el domicilio a personas mayores en los últimos cinco años.

Por el contrario, se excluyeron todos los individuos que contestaron la encuesta fuera del plazo anteriormente citado.

Se obtuvieron 105 respuestas completas; la muestra analizada, cumpliendo estos criterios, es de 85 (80,5%) cuidadores de la provincia de Valladolid.

El cuestionario está dividido en diferentes secciones de las cuales se han obtenido las variables analizadas. Las variables cuantitativas se describieron mediante media \pm desviación estándar (DE); las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentaje) (Tabla 1).

Para la recogida de datos y su posterior análisis se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel 2013.



Tabla 1. Variables a recoger y analizar.

Edad	Identificación necesidades y plan personalizado
Tipo de profesional	Intervenciones realizadas de manera habitual
Experiencia en el servicio	Necesidades atendidas
Número de visitas semanales	Competencias profesionales requeridas
Tiempo empleado en el domicilio	Formación continuada

Posteriormente, para completar los datos obtenidos de la fuente primaria, se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, mediante la combinación de descriptores del tesoro MeSH (*Medical Subject Headings*) obtenidos de su equivalente del castellano DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud), (Tabla 2). La búsqueda se planteó utilizando criterios de inclusión como el tiempo (antigüedad máxima cinco años), el idioma (inglés y español) y la edad (mayores de 65 años). Esta búsqueda ha sido completada con otros documentos de comunicaciones de expertos.

Tabla 2. Descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica.

Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS)	Descriptor MeSH
Servicios de Atención de Salud a Domicilio	Home Care Services
Atención de Enfermería	Nursing Care
Cuidados de Enfermería en el Hogar	Home Health Nursing
Cuidados a Largo Plazo	Long-Term Care
Cuidadores	Caregivers
Rol de la Enfermera	Nurse's Role

4. Resultados y discusión.

La muestra del estudio la constituyen 85 cuidadores que cumplen los criterios de inclusión.

4.1. Profesionales involucrados en la ayuda a domicilio.

La mayor parte de la muestra corresponde a trabajadores de ayuda a domicilio (41,18%), 18,82% auxiliares de enfermería, 5,88% enfermeros, fisioterapeutas 2,35%, psicólogos 1,18% y 30,59% otros (figura 2).

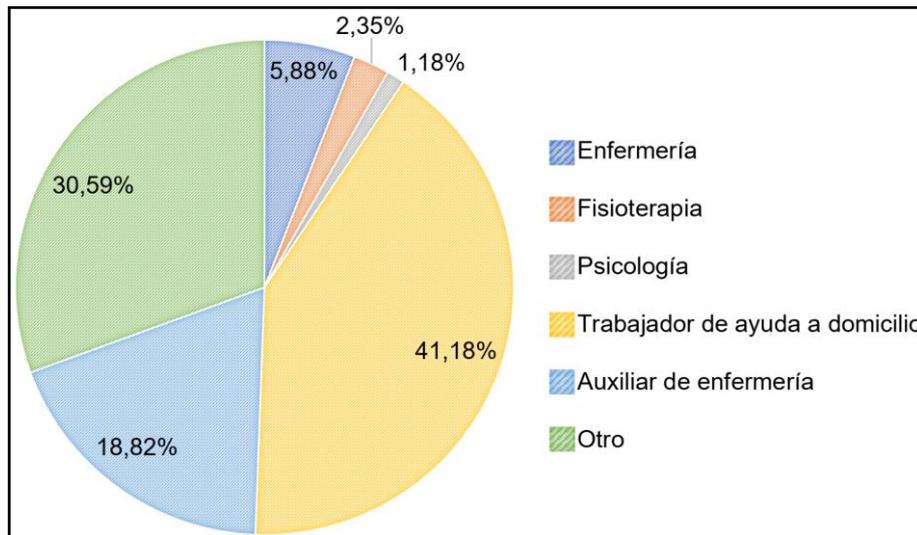


Figura 2. Clasificación por categoría profesional.

La media de edad es de $44,21 \pm 9,47$ años, siendo la edad del participante más joven de 27 años y de 67 años la del más mayor.

Casi la mitad de los cuidadores (45,88%) dedica un día a la semana para visitar al anciano. Con respecto al tiempo empleado en el domicilio, un 24,71% dedica entre 30 minutos y una hora, siendo un 30,59% de los cuidadores los que dedican entre 1-2 horas.

Más de la mitad de la muestra presenta una experiencia profesional de entre 5 y 20 años en el servicio (67,06%), seguido de un 18,82% con una experiencia de 1 a 5 años (figura 3).

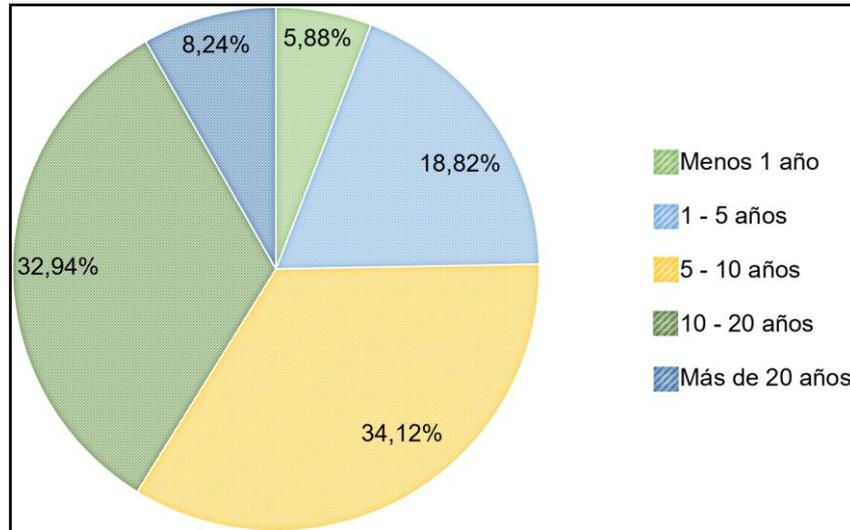


Figura 3. Años de experiencia en el servicio.

De acuerdo a la categoría profesional, según Artaza Artale et al²³ describe que un 21% (n=820) de los cuidadores que colaboran en la atención a las personas mayores son sanitarios; según muestra Ferrer Arnedo et al²⁴, un 7,9% de los cuidadores que realizan su actividad en los domicilios españoles son enfermeros. La escasez de profesionales de enfermería en el sector, según algunos autores, aumenta el riesgo de garantizar una atención integral, segura y de calidad. Además, afirman que se observa con cierta frecuencia que profesionales de otras disciplinas, asumen funciones propias de la enfermería^{25,26}. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en la encuesta cuidados a dependientes (2014)²⁷, un 4,3% de las personas dependientes en España reciben cuidados de servicios sociales o cuidadores remunerados. Silvino et al¹⁸ describe que en Italia un 45,7% (n=190) son enfermeros; en Finlandia estos cuidados son realizados en un 99,5% de los casos por “practical nurses” (n=433), el equivalente a técnico de cuidados de enfermería en España.

La media de edad es de 44,21 ± 9,47 años. Según Revuelta Gómez-Martinho²⁸ describe la edad de los cuidadores en España, con 40 ± 8,51 años en cuidadores formales y 56 ± 5,35 años en informales. Silvino et al¹⁸ muestra un rango de edad entre los 40-45 años entre los cuidadores en el domicilio en Italia; en Finlandia el rango de edad se encuentra entre los 36-50 años.



Según Álvarez Embarba²⁹ las horas diarias dedicadas por el cuidador informal para ejercer su papel son de $18,47 \pm 7,16$ horas en España. Se observa una diferencia importante en el tiempo empleado en la atención al anciano en el domicilio en función del tipo de cuidador; la dedicación resulta superior cuando los cuidadores son informales (mayor número de visitas semanales y más prolongadas) respecto a cuando son realizados por cuidadores formales^{23,30,31}. Silvino et al¹⁸ muestra que en Finlandia los cuidadores dedican entre 15-30 minutos en cada visita (72,2%, n=433) y realizan 2-3 visitas a la semana (42,5%, n=433); en Italia los cuidadores visitan entre 2-3 veces a la semana a las personas mayores, permaneciendo en el domicilio un máximo de 1 hora por visita.

Respecto al tiempo de experiencia en los cuidados a domicilio, según Álvarez Embarba²⁹ muestra una media de $6,47 \pm 6,79$ años en España; Artaza Artale et al²³ describe que un 43,5% llevaba más de 6 años como cuidador (20,5% de 6 a 10 y más de 10 años en un 23%, n=820). Silvino et al¹⁸ muestra que en Finlandia los cuidadores presentan en un 20% de los casos (n=433) una experiencia superior a los 20 años.

4.2. Identificación de las necesidades y el plan personalizado.

De los 85 cuidadores analizados, el 62,35% realiza una valoración inicial de las necesidades del anciano y un 45,88% formaliza un plan personalizado de cuidados. Además, una de las secciones del cuestionario muestra que un 81,18% de los cuidadores realiza una “evaluación sobre la marcha” de las necesidades del usuario, lo que permite, en caso de necesidad, redefinir el plan de cuidados personalizado (figura 4).

En otros países europeos, según Silvino et al¹⁸ se muestra que en Italia la mayoría de los cuidadores define las necesidades del anciano y crea un plan personalizado de ayuda a domicilio; además, cuando es posible un 85% (n=190) reevalúa las necesidades y redefine el plan de cuidados. En Finlandia el 74,8% de los cuidadores (n=820) no valora las necesidades de la persona mayor de manera inicial; sin embargo, un 68,6% (n=820) sí que define un plan personalizado de ayuda domicilio. No obstante, durante el proceso asistencial el

90,3% (n=820) de los cuidadores en Finlandia, reevalúa y modifica el plan de cuidados en caso de necesidad.

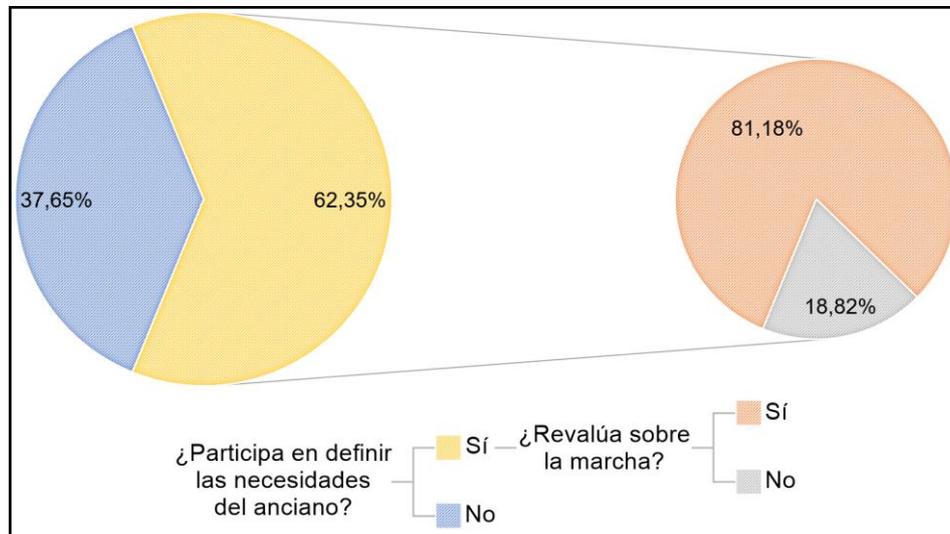


Figura 4. Cuidadores encargados de la identificación de necesidades.

4.3. Necesidades atendidas y las intervenciones realizadas.

Las necesidades del anciano atendidas con mayor frecuencia por los cuidadores analizados son aquellas que se encuentran clasificadas en el grupo de necesidades de atenciones básicas personales; dentro de este grupo destacan: el apoyo en la higiene (69,41%), asistencia para vestirse y desvestirse (60%), la ayuda para la movilidad tanto dentro (60%) como fuera (50,59%) del hogar, el apoyo para un mantenimiento adecuado de la vivienda (56,47%) o la prevención de lesiones en la piel (52,94%). Otro grupo a destacar son las necesidades de consideración comprensiva de la persona, entre las que encontramos: mantener la protección de privacidad e intimidad de la persona (55,29%), el trato respetuoso (51,76%) o el sentimiento de respeto en relación a sus valores (37,65%). Las necesidades cubiertas con menor periodicidad son: la necesidad de apoyo en el manejo de aparatos tecnológicos para la monitorización de la salud en el domicilio (16,47%), la necesidad de soporte técnico con aparatos externos: oxígeno bombas de alimentación/infusión, diálisis peritoneal domiciliaria, etc. (16,47%) y las necesidades básicas para el mantenimiento de pequeños electrodomésticos y aparatos de cuidado personal (20%) (Figura 5).

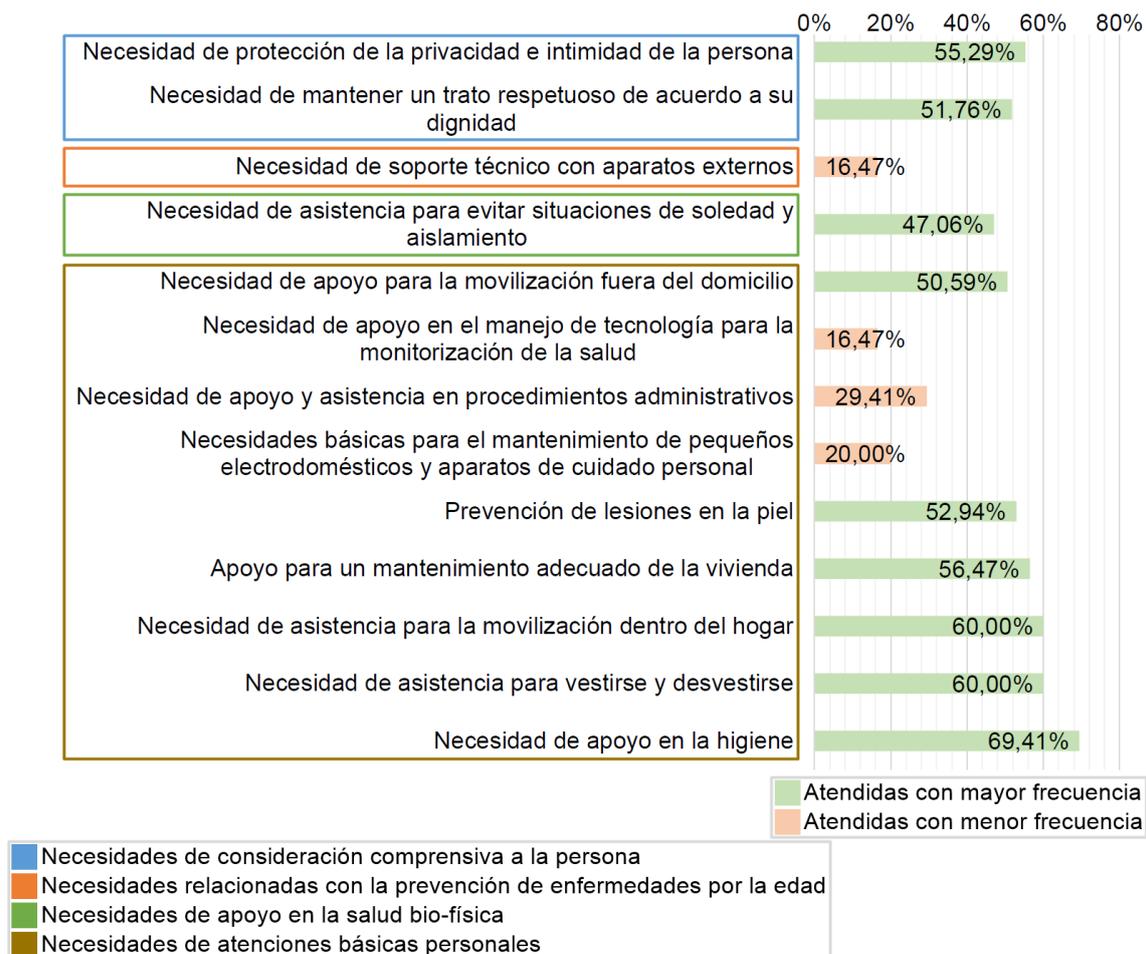


Figura 5. Necesidades atendidas en el domicilio.

Dentro de las intervenciones realizadas por la muestra española, se encuentra que las atendidas con mayor frecuencia son las relacionadas con el apoyo a la independencia (como la higiene personal en un 58,82% o el apoyo para las actividades diarias 56,57%), las actividades clínicas relacionadas con el asesoramiento y la planificación (valoración de las necesidades 61,18%) y las actividades clínicas relacionadas con terapias (el seguimiento para mantener un estilo de vida saludable 56,47%). En cambio, las intervenciones realizadas con menor periodicidad son las pruebas sanitarias domiciliarias (9,41%), las intervenciones formativas a cuidadores (22,35%) o el informe de las actividades ejercidas (29,41%) (Figura 6).

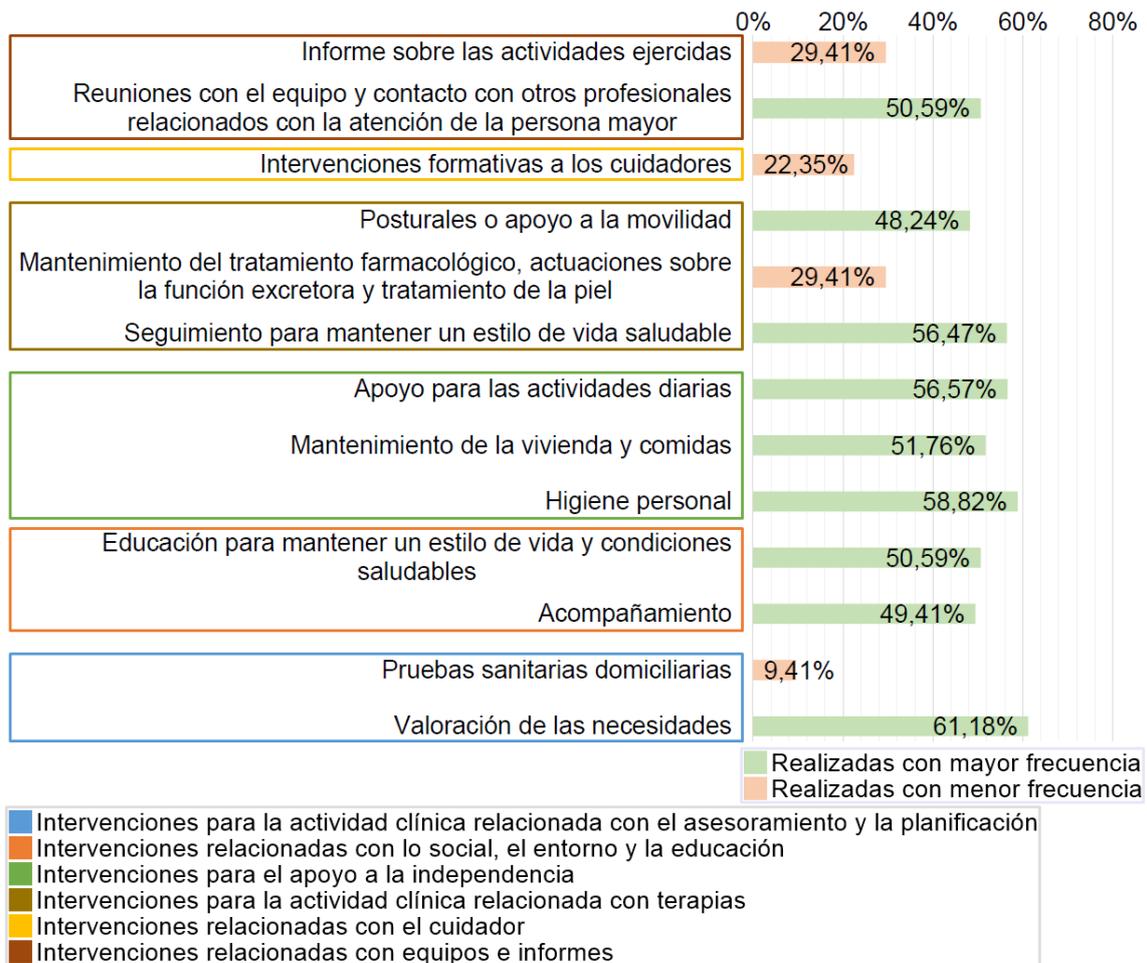


Figura 6. Intervenciones realizadas en el domicilio.

Rogero García³¹ muestra que las necesidades atendidas con más frecuencia en los domicilios españoles son la ayuda en la ducha o baño (79%), la necesidad de cuidado durante toda la noche (62%), la ayuda para coger transporte público/privado (90%), la ayuda para fregar/barrer el suelo (90%) o para comprar comida, ropa, etc. (87%). Artaza Artale et al²³ describe que un 90% cubre necesidades afectivas, 84,5% relacionadas con la higiene y un 82,5% con el vestido. Según Silvino et al¹⁸ se muestra que en Italia, las necesidades atendidas con mayor frecuencia son: la necesidad de mantener un trato respetuoso de acuerdo con su dignidad, la necesidad de ser informado sobre su estado de salud y las diferentes opciones de tratamientos y cuidados disponibles y la necesidad de sentirse seguro y a salvo en su entorno; por otro lado, las menos frecuentes resultan las necesidades básicas para el mantenimiento de pequeños electrodomésticos y aparatos de cuidado personal y el apoyo para un adecuado mantenimiento de la vivienda.



Respecto a las actividades realizadas, Artaza Artale et al²³ describe que un 85% administra la medicación, un 62% realiza actividades de estimulación cognitiva, un 57% efectúa tareas por incontinencia urinaria y/o fecal y un 54% realiza curas. Silvino et al¹⁸ muestra que en Italia las intervenciones realizadas con mayor frecuencia son la evaluación de las necesidades, el asesoramiento sobre el entorno de la vivienda habitual, la valoración del estado de salud y las reuniones con equipos y contactos con otros profesionales relacionados con la atención a la persona mayor; las actividades de menor periodicidad son las pruebas sanitarias domiciliarias y el mantenimiento del tratamiento farmacológico, las actuaciones relacionadas con las funciones excretoras y los tratamientos de la piel. En Finlandia, Silvino et al¹⁸ describe que la higiene personal, la ayuda en vestirse y desvestirse y el mantenimiento del tratamiento farmacológico, las actuaciones relacionadas con las funciones excretoras y los tratamientos de la piel, son las intervenciones realizadas por los cuidadores con mayor frecuencia.

4.4. Competencias necesarias para el desarrollo de la actividad.

Desde el punto de vista del cuidador, y basándose en su experiencia profesional, se observan las siguientes competencias necesarias para realizar su actividad: los conceptos básicos del entorno e higiene personal (90,59%), los estilos de vida saludables para personas mayores (87,06%), las características principales de personas con diferentes niveles de autonomía (87,06%), procedimientos para la higiene personal (85,88%), los conocimientos básicos psicológicos (83,53%), la seguridad y prevención doméstica (83,53%), las principales ayudas y aparatos destinados a personas mayores y discapacitados (83,53%) o los conocimientos básicos dietéticos (81,18%) (figura 7). Por otro lado, entre las competencias consideradas como no necesarias por los cuidadores de la muestra, se encuentran las relacionadas con el uso de sistemas informáticos para la participación social (74,12%) o para monitorizar los estados de salud (76,47%).

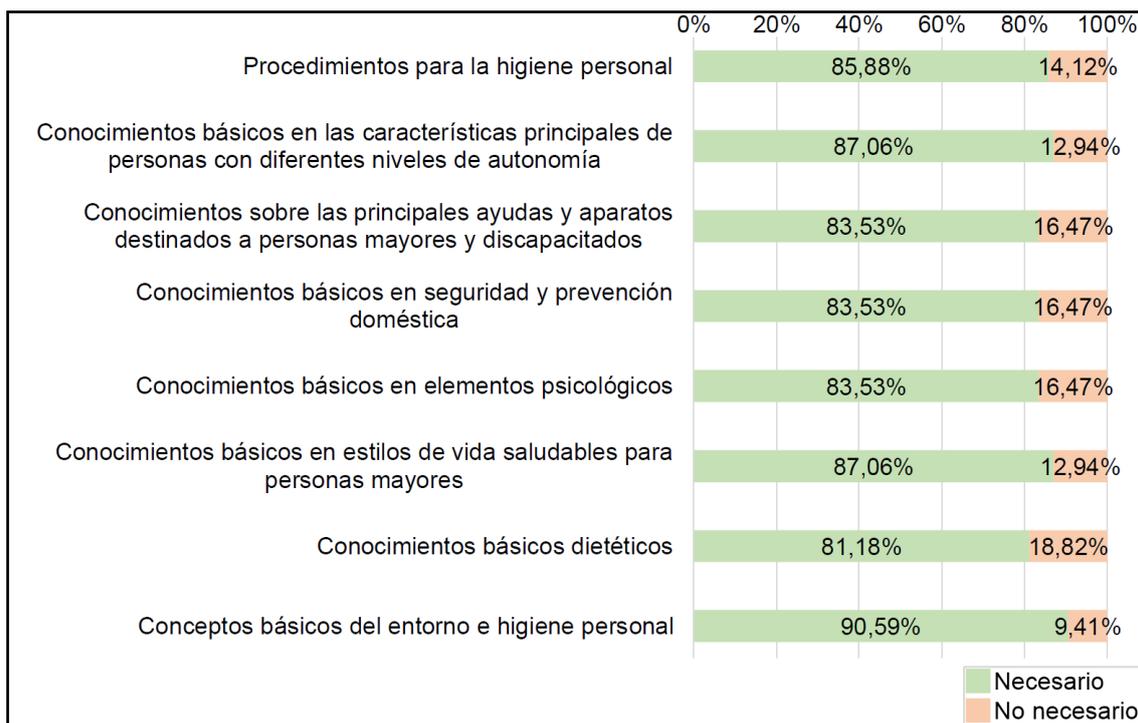


Figura 7. Competencias requeridas para el desarrollo de la actividad.

Ahora bien, al preguntar sobre el nivel de conocimientos en relación a estas competencias consideradas necesarias, encontramos que solamente un 32,5% de los cuidadores presentan un nivel alto de conocimientos respecto a dichas competencias y que un 9,12% considera que su nivel de conocimientos es bajo. Así mismo, el 66,32% de los cuidadores afirman que la formación es el método por el que adquirieron estas competencias.

Escarrabil et al en su estudio²¹ sobre las competencias transversales en atención primaria muestra la necesidad de adquirir habilidades no técnicas (relacionales y de trabajo en equipo). En Finlandia, en general la mayoría de los cuidadores describen como necesario los conocimientos básicos teóricos (más del 70%) en diferentes asuntos; sin embargo, consideran como no necesarios las habilidades como cocinar (39%) o el uso de sistemas informáticos para la participación social (40,1%), según Silvino et al¹⁸.

4.5. Grado de formación de los cuidadores.

Los cuidadores de la muestra española describen haber realizado más de seis cursos de formación continuada (38,82%) en los últimos cinco años (figura 8); además, se muestra que la organización con la que trabajan les ha propuesto

realizar más de seis cursos en los últimos cinco años a un 37,14% de los cuidadores.

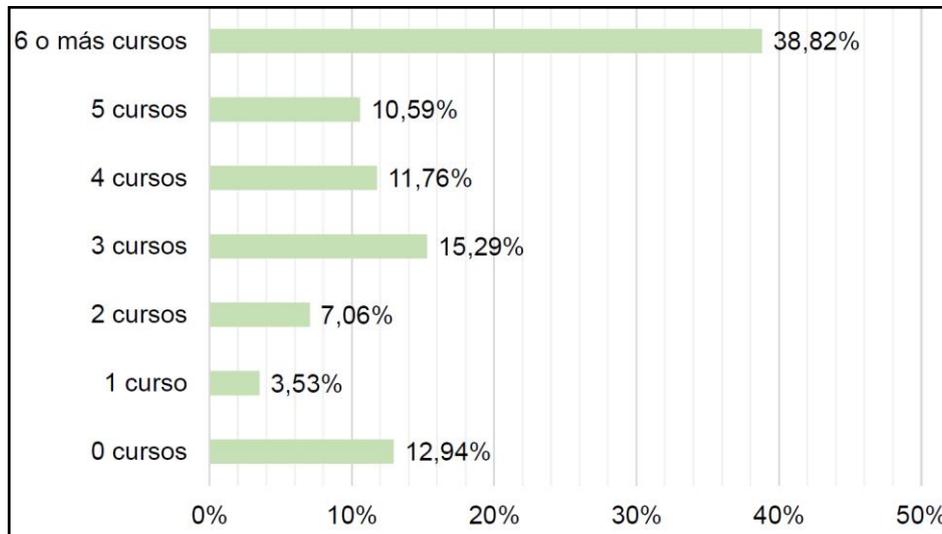


Figura 8. Cursos de formación continuada realizados en los últimos 5 años.

En una escala de 1 (nada importante) a 5 (muy importante), los cuidadores otorgan una puntuación media de $4,64 \pm 0,68$ puntos a la formación continuada; respondiendo en un 38,82% de los casos que han realizado más de cinco cursos en los últimos cinco años.

4.6. Limitaciones.

La principal limitación de este trabajo fue el sesgo de selección de los cuidadores participantes en la encuesta, aunque se intentó limitar la pérdida de datos mediante el análisis de todas las categorías profesionales. Otra limitación fue la programación en el análisis de los resultados debido al calendario académico de la Universidad de Valladolid. En el ámbito nacional la mayoría de estudios publicados se encuentran basados en cuidadores informales (familiares), lo que dificultó la comparación con los resultados obtenidos por no ser semejantes.



5. Conclusiones.

Una vez analizados los datos del estudio, se observan las siguientes conclusiones:

- El grupo de profesionales que realizan los cuidados es mayoritariamente el de trabajadores de ayuda a domicilio, con una experiencia en el servicio mayor a 5 años.
- Más de la mitad de los cuidadores evalúa de manera inicial las necesidades del anciano, apreciando que más del 80% reevalúa sobre la marcha en caso de necesidad, lo que permite redefinir el plan de cuidados, traduciéndose en una mejora continua.
- Debido a la categoría laboral de los cuidadores, la mayoría de las intervenciones realizadas se encuentran relacionadas con el apoyo a la independencia. Se muestra una relación directa entre las necesidades del anciano y las tareas proporcionadas.
- Entre las competencias detectadas como necesarias se encuentran: los conceptos sobre higiene personal, los estilos de vida saludable y la seguridad y protección doméstica. Respecto a estas competencias poco más de un tercio de los cuidadores presenta un alto nivel de conocimientos, siendo la formación el método más común empleado para adquirir dichos conocimientos.
- La organización de la que dependen los cuidadores ha visto la necesidad de llevar a cabo cursos de formación de sus empleados que mejore la calidad del servicio prestado. En este sentido, se observa que existe una equivalencia entre los cursos propuestos por la organización y los realizados por los cuidadores.



6. Bibliografía.

1. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. IV Plan de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020. 2016 [acceso 21 de marzo de 2018]. Disponible en:
[https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon.ficheros/706616-IV plan de salud.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon.ficheros/706616-IV%20plan%20de%20salud.pdf)
2. Instituto Nacional de Estadística. Principales series de población desde 1998. Comunidades Autónomas [Internet]. Población (españoles/extranjeros) por edad (grupos quinquenales), sexo y año. 2017 [citado 11 de mayo de 2018]. [aproximadamente tres pantallas]. Disponible en:
<http://www.ine.es/dyngs/INEbase/listaoperaciones.htm>
3. Junta de Castilla y León. Consejería de Economía y Hacienda. Dirección General de Presupuestos y Estadística. Padrón [Internet]. Consulta de Padrón. 2017 [citado 18 de mayo de 2018]. [aproximadamente una pantalla]. Disponible en:
https://www.jcyl.es/sie/sas/broker?_program=mddbpgm.v2.padronv2piramide.scl&_service=sasweb1&_debug=0&_provincia=TOTAL&_annoSel=2017
4. Instituto Nacional de Estadística. Principales series de población desde 1998. Total nacional [Internet]. Población (españoles/extranjeros) por edad (3 grupos de edad), sexo y año. 2017 [citado 11 de mayo de 2018]. [aproximadamente una pantalla]. Disponible en:
<http://www.ine.es/dyngs/INEbase/listaoperaciones.htm>
5. Lorenzo Varrascosa L. Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones. Instituto Nacional de Estadística. Madrid. [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en:
http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/infosoc_envej.pdf
6. Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. Madrid; 2018 [citado 9 de mayo de 2018]. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
7. Eurostat. Population statistics introduced [Internet]. Statics Explained. 2017 [citado 15 de abril de 2018]. [aproximadamente seis pantallas]. Disponible en:
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_statistics_introduced
8. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15 de diciembre de 2006).
9. Rodríguez Rodríguez P, Castejón Villarejo P, García Mendoza A, Mejía JC, Federación española de municipios y provincias (FEMP), Fundación Caser. La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro. 2015 [acceso 9 de mayo de 2018]. Disponible en:
http://www.fundacionpilares.org/docs/2016/EstudioSAD/SAD_TextoCompleto.pdf



10. Vidal Domínguez MJ, Labeaga Azcona JM, Casado Durandez P, López Doblas J, Montero Navarro A, Meil Landwerlin G. Informe 2016. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2016 [acceso 4 de marzo de 2018]. Disponible en:

http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf

11. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recursos sociales dirigidos a personas mayores en España. 2017 [acceso 21 de marzo de 2018]. Disponible en:

http://www.espaciomayores.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/informerecursos_sociales_2015.pdf

12. Castillo Gallardo-Fernández M. Evolución de los cuidados de larga duración y el impacto sobre cuidadores informales. En: Carbonero Muñoz D, Raya Díez E, Caparrós Civera N, Gimeno Monterde C, editores. II Congreso Internacional de Trabajo Social (CIFETS) XI Congreso de Facultades y Escuelas de Trabajo social Respuestas Transdisciplinares en una Sociedad Global: Derechos Humanos e Innovación Social [Internet]. Logroño: Universidad de La Rioja; 2016.

13. Liguria Region, Si4Life, Omnia, Finnish National Board of Education, Finnish Union of Practical Nurses (SuPer), University of Valladolid (UVA), et al. Caress, *An integRatEd framework for domiciliary healthcare Skills development* [Sede Web]. Europa: Caress project; 17 de Julio de 2017 [citado 15 de marzo de 2018]. Training and carers: What other European projects do exist? [aproximadamente una pantalla]. Disponible en:

<http://www.project-caress.eu/home/news/59-training-and-carers-what-other-european-projects-do-exist.html>

14. Liguria Region, Si4Life, Omnia, Finnish National Board of Education, Finnish Union of Practical Nurses (SuPer), University of Valladolid (UVA), et al. Caress, *An integRatEd framework for domiciliary healthcare Skills development* [Sede Web]. Europa: Caress project; 2015 [citado 5 de febrero de 2018]. Partners [aproximadamente cuatro pantallas]. Disponible en:

<http://project-caress.eu/home/pages/partners.html>

15. Villagrà Sobrino SL, Asensio Pérez JI, Alvino S, Arribas Leal E, Musian D. Technology-Enhanced Learning for overcoming skill gaps in elderly home care: the CARESS EU project approach. En: European Conference on Technology Enhanced Learning. University of Tallin; 2017.

16. Liguria Region, Si4Life, Omnia, Finnish National Board of Education, Finnish Union of Practical Nurses (SuPer), University of Valladolid (UVA), et al. Caress, *An integRatEd framework for domiciliary healthcare Skills development* [Sede Web]. Europa: Caress project; 2015 [citado 9 de mayo de 2018]. Work plan [aproximadamente dos pantallas]. Disponible en:

<http://www.project-caress.eu/home/features/typography.html>



17. Liguria Region, Si4Life, Omnia, University of Valladolid (UVA). Progress Report - Year 1. Delivery 1.1.1. Caress project; 2016.
18. Alvino S, Seidel P, Arrue B, Roba I, Marcenaro F, Scala I, Moretti B et al. Identification of the existing HHCPs, their role, skill and competencies in elderly homecare sector in Europe. Delivery 2.1. Caress project; 2016.
19. Alvino S, Asensio-Pérez JI, Hoyos JE, Hassinen S, Villagrà Sobrino SL et al. EU Framework for VET in the field of homecare-pilot version. Delivery 3.1.1. Caress project; 2017.
20. Encuesta Europea de Salud. Estado de salud: Cifras relativas. Enfermedades crónicas [Internet]. Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años. 2014 [citado 15 de mayo de 2018]. [aproximadamente una pantalla]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2014/p04/I0/&file=02001.px>
21. Escarrabill J, Clèries X, Sarrado JJ. Competencias transversales de los profesionales que facilitan atención domiciliaria a pacientes crónicos. *Atención Primaria*. 2015;47(2):75-82.
22. Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*. 2012;23(4):151-5.
23. Artaza Artabe I, Ramos Cordero P. Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes [Internet]. *CuidadorES*. Madrid; Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Estudio-Cuidadores-segg.pdf>
24. Ferrer Arnedo C, Cegri Lombardo F. Informe de FAECAP sobre la atención domiciliaria en España: el liderazgo de la enfermería comunitaria. 2015. Disponible en:
<http://www.faecap.com/noticias/show/informe-de-faecap-sobre-la-atencion-domiciliaria-en-espana-el-liderazgo-de-la-enfermeria-comunitaria>
25. Puchi C, Jara P, Puchi C, Jara P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. *Enfermería Universitaria*. 2015;12(4):219-25.
26. Milos Hurtado P, Larraín Sundt AI, Simonetti de Groote M. Categorización de servicios de enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. *Revista de Calidad Asistencial*. 2008;23(6):286.
27. Universidad Carlos III. Cuidados a dependientes [Internet]. Vol. 3009. 2014 [citado 29 de mayo de 2018]. Disponible en:
http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14078
28. Gómez-Martinho R. Cuidado formal e informal de personas mayores [Trabajo Fin de Máster]. Universidad Pontificia de Comillas; 2016.



29. Álvarez Embarba B. Influencia del trabajo de enfermería en la disminución de la sobrecarga del cuidador [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 2016.

30. Roguero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas mayores de 65 y más años en situaciones de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*. 2009;83(3):393-405.

31. Roguero García J. Los tiempos del cuidado [Internet]. Madrid; 2010. Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf>

32. Liguria Region, Si4Life, Omnia, Finnish National Board of Education, Finnish Union of Practical Nurses (SuPer), University of Valladolid (UVA), et al. Caress, *An integRatEd framework for domiciliary healthcare Skills development* [Sede Web]. Europa: Caress project; 2015 [citado 28 de mayo de 2018]. La figura del profesional para el servicio de ayuda a domicilio para personas mayores [aproximadamente dos pantallas]. Disponible en: <http://www.project-caress.eu/limesurvey/index.php/677688?lang=es>



7. Anexos.

7.1. Encuesta a cuidadores.

La siguiente encuesta consta de los apartados analizados en la sección de resultados y discusión. Para consultar la encuesta completa ver enlace de bibliografía.³²

SECCIÓN 0: ¿QUÉ TIPO DE PROFESIONAL ES USTED?

0.1. ¿Ha llevado a cabo alguna actividad de ayuda a domicilio a personas mayores durante los últimos 5 años?

1. Si. 2. No. [fin del cuestionario]

0.2. ¿Cuál es su profesión? [Por favor, seleccione solo una de las siguientes opciones]

1. Enfermero.
2. Fisioterapeuta.
3. Psicólogo.
4. Educador.
5. Trabajador de ayuda a domicilio/asistente domiciliario.
6. Otro. [especificar _____]
7. Auxiliar de enfermería.
8. Terapeuta ocupacional.
9. Dietista.
10. Logopeda.
11. Empleado socio-sanitario.
12. Tutor social.

0.4. Por favor, incorpore su año de nacimiento. [_____]

SECCIÓN 1: SU ACTIVIDAD REAL COMO PROFESIONAL

En esta sección del cuestionario nos enfocaremos en la actividad que realmente ejerce como profesional de la ayuda a domicilio, lo que realmente ocurre cuando proporciona sus servicios en el domicilio habitual de la persona mayor. Deberá anotar las actividades que generalmente lleva a cabo, las necesidades que atiende y el perfil de competencias requeridas para estas tareas y necesidades.



1.1. ¿Cuáles de las siguientes tareas que normalmente lleva a cabo en el domicilio habitual de la persona mayor? *[Por favor, seleccione todas las tareas que lleva a cabo, son posibles más de una respuesta]*

que lleva a cabo, son posibles más de una respuesta]

Actividades clínicas relacionadas con el asesoramiento y planificación:

1. Valoración de las necesidades del cliente.
2. Valoración de la condición sanitaria.
3. Pruebas sanitarias domiciliarias (la toma de muestras de sangre).
4. Planificación para asistencia personal.

Actividades relacionado con lo social, el entorno y lo educacional:

5. Acompañamiento.
6. Apoyo y asistencia en las relaciones sociales.
7. Asesoramiento sobre el entorno de la vivienda habitual.
8. Intervención para aconsejar los principales aparatos necesarios y el uso de los mismos dentro el domicilio habitual.
9. Educación para el mantener un estilo de vida y unas condiciones saludables.

Apoyo a la independencia:

10. Higiene personal (baño, aseo, etc.).
11. Mantenimiento de la vivienda y comidas.
12. Apoyo para las actividades diarias (compra, acompañamiento, etc.).

Actividad clínica relacionada con terapias:

13. Intervenciones preventivas.
14. Seguimiento para mantener estilos de vida saludables.
15. Mantenimiento del tratamiento farmacológico y homeostático, actuaciones relacionadas con las funciones excretoras y tratamientos de la piel.
16. Actividades rehabilitadoras (caminar, ejercicios, etc.).
17. Posturales o apoyo a la movilidad.

Cuidador:

18. Intervenciones formativas para los cuidadores.

Equipos/informes:

19. Reuniones con los equipos y contactos con otros profesionales relacionados con la atención a la persona mayor.
20. Informes sobre las actividades ejercidas.

Otro: *[especificar* _____ *]*



1.2. ¿Cuál es la media de tiempo que realmente emplea durante su actividad diaria en el domicilio habitual de la persona mayor?

1. Hasta 15 minutos.
2. De 15 a 30 minutos.
3. De 30 minutos a 1 hora.
4. De 1 a 2 horas.
5. De 2 a 4 horas.
6. De 4 a 8 horas.
7. Otro. *[especificar_____]*

1.3. ¿Cuántas veces, como media, visita a la semana a la misma persona mayor?

1. Una vez.
2. De 2 a 3 veces.
3. De 3 a 5 veces.
4. De 5 a 7 veces.
5. Más de 7 veces.

1.4. Vamos a centrarnos en las necesidades de la persona mayor. ¿Cuál de las siguientes posibles necesidades generalmente atiende durante su actividad diaria? *[Por favor, seleccione todas las necesidades que atiende normalmente, es posible más de una respuesta]*

Necesidades de atención básica personal:

1. La necesidad de apoyo en la higiene: ducha, baño o higiene bucal.
2. La necesidad de asistencia en vestirse y desvestirse.
3. La necesidad de asistencia para la movilización dentro del hogar.
4. El apoyo para un adecuado mantenimiento de la vivienda: la limpieza y el orden, lavado, planchado y organización de la ropa dentro del hogar.
5. Prevención de lesiones de piel con una higiene adecuada, cambios posturales y cuidados específicos de la piel.
6. Cuidados específicos por incontinencia urinaria y fecal.
7. La necesidad de apoyo y asistencia en el manejo de las comidas: la preparación de menús y adquisición de víveres.



8. Necesidades básicas para el mantenimiento de pequeños electrodomésticos y aparatos de cuidados personales: tareas de revisión para la protección y seguridad de la vivienda (gas, electricidad, etc.).
9. La necesidad de apoyo y asistencia en el cumplimiento de procedimientos administrativos incluyendo los relacionados con la salud.
10. La necesidad de apoyo en el manejo de aparatos tecnológicos para la monitorización de la salud en el domicilio.
11. La necesidad de apoyo para la movilidad fuera del domicilio habitual.

Necesidades de apoyo a la salud bio-física:

12. La promoción del bienestar psicológico y emocional y su protección.
13. La necesidad de asistencia para evitar situaciones de soledad y aislamiento y facilitar relaciones familiares y sociales o su participación.
14. La necesidad de ser apoyado en el auto-control de su salud física.
15. La necesidad de ser apoyado en el auto-control de su salud mental.

Otras necesidades en situaciones relacionadas particularmente en la prevención de enfermedades por la edad:

16. La necesidad de ser apoyado y educado en la modificación de cambios posicionales y posturales para prevenir desórdenes físicos.
17. La necesidad de sentirse seguro y a salvo en su entorno incluyendo la adecuación de la vivienda para prevenir “causas estáticas” por caídas (asistencia en retirar barreras arquitectónicas y adaptación de la vivienda).
18. La necesidad de apoyo y rehabilitación de hábitos fisiológicos.
19. La necesidad de apoyo para la adherencia de los tratamientos incluyendo la preparación de la medicación, su revisión y dosificaciones ajustadas.
20. La necesidad de apoyo en el cumplimiento de tratamientos no-farmacológicos incluyendo formas de vida activas y saludables, tales como el seguimiento de dietas prescritas, controles de consumo de alimentos, ejercicio físico.
21. La necesidad de apoyo o intervención en el manejo de menús en el caso de desórdenes alimenticios o malnutrición.
22. La necesidad de apoyo y asistencia para una comunicación eficaz.
23. La necesidad de apoyo y rehabilitación de habilidades cognitivas (memoria, atención, orientación, etc.).



24. La necesidad de apoyo y manejo de desórdenes de comportamiento asociados a la demencia.

25. La necesidad de soporte técnico con aparatos externos: oxígeno, ventilación mecánica no-invasiva, bombas de alimento, bombas de infusión, diálisis peritoneal domiciliaria, etc.

Necesidades de consideración comprensiva de la persona:

26. La necesidad de saber tomar decisiones propias y ser autónomo.

27. La necesidad de mantener un trato respetuoso de acuerdo con su dignidad.

28. La necesidad de protección de la privacidad e intimidad de la persona

29. La necesidad de sentirse defendido y apoyado respecto a sus propios intereses.

30. La necesidad de sentir un profundo respeto con relación a los valores (incluyendo creencias religiosas y necesidades espirituales).

31. La necesidad de ser informado sobre su estado de salud y las diferentes opciones de tratamientos y cuidados disponibles.

1.5. Nos vamos a centrar en las competencias profesionales requeridas para la ayuda a domicilio. ¿Qué competencias cree usted que se requieren para ejercer las actividades que realmente lleva a cabo y para atender las necesidades que realmente tiene como objetivo? ¿Cuánto domina estas competencias? ¿Cómo adquirió estas competencias? [Por favor, seleccione “necesario” en el recuadro necesidad de competencia para todas las competencias que cree son necesarias. Después, para cada una de las competencias “necesarias”, especifique: el nivel que considera que tiene para esta competencia (nivel bajo, medio, alto) y si adquirió la competencia mediante docencia o a base del ejercicio de su trabajo].

Competencia	Necesidad de competencia	Auto-evaluación	¿Por docencia?	¿Por actividad profesional?
Conocimientos básicos de atención médica	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Conocimientos básicos de atención médica especialmente relacionados con su profesión	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta



Conocimientos básicos de anatomía y patología	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Conceptos básicos del entorno e higiene personal	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Conocimientos básicos de economía doméstica	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Conocimientos básicos dietéticos	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Conocimientos básicos en estilos de vida saludables para personas mayores	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Conocimientos básicos en elementos psicológicos	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Conocimientos básicos en seguridad y prevención doméstica	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Conocimientos básicos sobre las principales ayudas y aparatos destinados a personas mayores y discapacitadas	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Conocimientos básicos en las características principales de las personas con diferentes niveles de autonomía	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Conocimientos básicos en el marco legal y de derechos humanos	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Conocimientos básicos de procedimientos de asistencia médica (poner inyecciones, administrar medicación, etc.)	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Otros procedimientos básicos específicos de la medicina relacionados con su profesión	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Procedimientos para prestar terapias médicas	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Procedimientos para prestar terapias físicas	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta



Análisis de la situación de los cuidadores en la atención domiciliaria a las personas mayores en España, una comparativa con Europa

Universidad de Valladolid

Procedimientos para la higiene del entorno	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Procedimientos para la higiene personal	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Procedimientos para el traslado de usuarios	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Cocina	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Procedimientos para definir un plan alimenticio	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Procedimientos para supervisar estilos de vida saludables	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Hacer recados	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Uso de herramientas de información y monitorización	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Procedimientos para propiciar la salida del usuario fuera de su domicilio habitual	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Propiciar las relaciones sociales y familiares del usuario	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Uso de sistemas informáticos (TIC) para la participación social	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Uso de sistemas informáticos (TIC) para monitorizar los estados de salud	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Proporcional al cliente información contextualizada y personalizada sobre redes de servicios fiables	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Procedimientos básicos de asistencia médica (poner inyecciones, administrar medicamentos, cambiar la medicación, etc.)	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta



Competencias para llevar a cabo las tareas protegiendo la dignidad de la persona	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Competencias para manejar conflictos	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Competencias para colaborar con otros terapeutas	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Competencias para coordinar las tareas de otros profesionales	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Competencias para trabajar en grupo o equipos de empleados	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Competencias para evaluar las necesidades del usuario y su adaptación al servicio	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Competencias para evaluar el estado de la salud mental del usuario	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Competencias para el empoderamiento del usuario	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Apoyo en casos de depresión o desconsuelo	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Competencias de apoyo en enfermedades terminales	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta
Competencias para apoyar que el cliente construya caminos hacia una vida independiente	1. Necesario 2. No necesario	1. En blanco 2. Nivel bajo 3. Nivel medio 4. Nivel alto	1. Sí 2. No 3. No contesta	1. Sí 2. No 3. No contesta

SECCIÓN 4: EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE PERSONAS MAYORES

4.1.a. **¿Participa de manera habitual en definir las necesidades de las personas mayores?** [condicionado a 0.2 → 1/2 (no autónomo)]

1. Sí.

2. No.

