



ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

Formación del personal de ayuda a domicilio y el beneficio generado en el usuario

Training for home care service staff and its benefits to users/patients

***Simonelli Muñoz, Agustín Javier *Solano García, Lidia *Campillo Cano, María**

*Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Católica de San Antonio. Murcia.

E-mail: agsimonelli@ucam.edu

Palabras clave: auxiliar; formación; ayuda a domicilio; beneficio usuarios

Keywords: aide; training; home care service; benefit to users/patients

RESUMEN

El servicio de ayuda a domicilio es básico para el mantenimiento de muchas personas en su domicilio. Debido a la existencia de unas necesidades de atención cualificada a las personas dependientes nos planteamos: por un lado, comprobar el nivel de formación de los auxiliares de ayuda a domicilio de la provincia de Almería, saber las actividades que realizan diariamente en los domicilios y, por último, determinar el beneficio en el usuario que aportan con su cuidado.

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal en el que se seleccionaron a través de un muestreo aleatorio simple a un total de 66 personas que trabajaban como auxiliares de ayuda a domicilio (AAD) por toda la provincia de Almería.

Los resultados muestran las AAD de nuestra muestra no cumplen los mínimos de formación que vienen reflejados en el BOE, pues más del 84% o no tienen cursos relacionados o los tienen por debajo de las 600 horas. Así, creemos que para que los AAD puedan proporcionar unos cuidados de calidad que reporten un beneficio real en los usuarios, es necesario cualificar y supervisar a dicho personal para que puedan cumplir adecuadamente su trabajo conforme a lo dispuesto en la legislación vigente.

ABSTRACT

Home care service is essential for the care and maintenance of many people in their homes. Aware of the need for qualified home care assistance to dependent persons, we have considered some important points as to check the level of training of home care aides in the province of Almería in terms of daily household support, on the one hand and on the other, to determine how these dependent people are benefited by home care service.

This study aims to describe, observe and present a cross-section of a randomly selected sample of a total of 66 professionals working as home care aides (HCAs) throughout the province of Almería.

Results show that the HCAs in our sample do not meet the minimum training requirement published in the BOE. More than 84% of the sample either have not completed any course related to the job or if they have done so, they have only done below the 600 hours required. Thus, we believe that in order for the HCA to be able to provide quality home care and give real benefit to users, personnel qualification and supervision are necessary for them to adequately do their job and comply with the existing legislation.

INTRODUCCIÓN

Vivenciamos desde hace décadas una serie de cambios sociodemográficos importantes en nuestra sociedad. Uno de los cambios fundamentales es la mayor esperanza de vida de la que somos poseedores y que trae consigo un aumento del envejecimiento poblacional^{1,2}

Además, hay que añadir otra serie de cambios consistentes en un mayor número de personas que aún estando enfermas o incapacitadas³ viven solas y un insuficiente número de plazas en residencias públicas, entre otros. Por todo lo expuesto, la atención a domicilio es la base del sistema de protección social¹.

Tradicionalmente la situación de dependencia ha sido asumida por los propios familiares; mayoritariamente por mujeres,^{2,4,5} pero actualmente con la incorporación de estas al trabajo y las transformaciones en los modelos de familia están provocando una importante modificación en el marco del apoyo informal⁶. De igual forma, el servicio de ayuda a domicilio surge tras el convencimiento de la necesidad de mantener a las personas mayores el mayor tiempo posible en sus domicilios, por ser su entorno habitual⁷.

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) se define en la Ley 2/88 de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía⁸ como un: "Servicio dirigido a la prestación de una serie de atenciones de carácter doméstico, social y de apoyo personal a individuos o familias, facilitándoles la autonomía en su medio habitual".

En 2012, se publica por la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, la Orden de 21 de Marzo, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio como prestación básica de los Servicios Sociales Comunitarios⁹, estableciendo cuáles han de ser las actuaciones básicas dirigidas a ofrecer una atención integral a los usuarios, resaltando su carácter educativo y preventivo.

La Ayuda a Domicilio por su carácter eminentemente preventivo y normalizado adquiere especial relevancia como prestación del Sistema Público de Servicios Sociales, debiendo ofrecer respuestas integrales a las distintas necesidades, garantizando una intervención personalizada, adecuada al ámbito del hogar, a fin de prevenir el desarraigo que provoca el internamiento de las personas en un Centro Residencial, prevenir crisis en las familias como pérdida de autoestima, desesperanza, desánimo, tristeza, estrés, frustración, sobrecarga, y soledad,¹⁰⁻¹³ disminuyendo su ansiedad¹⁴ mediante actuaciones de carácter psicosocial, favoreciendo y potenciando las capacidades personales para reforzar la máxima autonomía personal¹⁵.

En este punto es lógico plantearse dudas acerca de las personas encargadas de este servicio como pueden ser: qué formación han de tener los trabajadores del SAD para

poder desarrollar su labor; qué profesionales deben de supervisar este trabajo y el carácter complementario y transitorio del mismo.

Por un lado, en cuanto a la formación mínima del Auxiliar de Ayuda a Domicilio (AAD), el mínimo de capacitación que se exige desde la Administración Pública para poder trabajar en la Ayuda a Domicilio, viene reflejado en el suplemento del BOE de marzo de 2004¹⁶. Se exige estar en posesión del llamado Certificado de Profesionalidad compuesto por una formación de 600 horas.

Debido a las funciones que las AAD deben desempeñar con los usuarios, el programa teórico-práctico mínimo que deben superar las profesionales para la obtención del certificado de profesionalidad, se compone de los siguientes módulos:

1. Higiene y atención sanitaria domiciliaria (230 horas).
2. Atención y apoyo psicosocial domiciliaria (270 horas).
3. Apoyo domiciliario y alimentación familiar (100 horas).

Estos módulos son considerados como herramientas fundamentales en la atención cualificada al usuario, ya que sin ellas el usuario no tendría unos cuidados formales y de calidad, y no obtendría el beneficio que se exige del servicio.

En cuanto a la supervisión pensamos que la enfermería sería fundamental en este papel, ya que por sus características formativas, es la disciplina que más relación tiene con la Ayuda a Domicilio, y más concretamente con el trabajo que deben desempeñar las AAD, en todos sus ámbitos (prevención, formación, asistencia y rehabilitación). Esta afirmación adquiere mayor relevancia si recordamos los cuatro pilares fundamentales de la Enfermería:

1. Docencia: La calidad del Servicio de Ayuda personal depende en gran medida de la formación de los profesionales que intervienen¹⁷. Si comprobamos el temario que viene publicado en el suplemento del Boletín Oficial del Estado¹⁶, se puede observar que prácticamente la totalidad del mismo pertenece al área de las ciencias de la salud y más concretamente a la Enfermería, por lo que es el personal idóneo para formar a las AAD.
2. Asistencia: En cuanto al desarrollo del trabajo de las AAD, debe ser supervisado y coordinado por un Enfermero/a entre otras cosas porque los usuarios suelen ser mayores, con mucha dependencia y con polipatologías¹⁸ y los Trabajadores Sociales no se encuentran preparados en muchas cuestiones asistenciales por su propia formación académica, para tomar determinadas decisiones.
3. Investigación: Investigar en esta parcela, ayudará a mejorar la situación de los usuarios, familias y AAD, así como el funcionamiento del SAD, siendo el beneficio por tanto para la sociedad en general.
4. Gestión: Conseguir la máxima efectividad, eficacia y eficiencia, en beneficio tanto de las distintas administraciones públicas, como de los propios usuarios.

Es necesario destacar el carácter transitorio y complementario del trabajo del servicio de ayuda a domicilio, que encaja desde todos los puntos de vista con la Teoría General de la Enfermería de Orem¹⁹. Esta ayuda no debe ser enfocada como un servicio para toda la vida que desarrollan unos profesionales, sino más bien implicar a

los usuarios para que estos sean capaces de desarrollar su autocuidado (Teoría del Autocuidado), e incluso cuando un usuario no pueda administrarse su propio autocuidado¹⁹.

La elaboración del presente estudio se fundamenta en la existencia de unas necesidades de atención cualificada a las personas dependientes, y de unos recursos que la sociedad y la política social deben desarrollar para atender estas demandas producidas y es por ello por lo que se plantean tales retos como la personalización de los servicios, el aprovechamiento de las nuevas tecnologías en la prestación y en los sistemas de información o la profesionalización del sector²⁰. Con todo esto se consigue una calidad de vida lo suficientemente adecuada para que los usuarios no abandonen su hogar, y esté garantizado su cuidado holístico. Por otro lado, debido a la escasez de investigaciones acerca de este tema pensamos fundamental su estudio.

Objetivos:

1. Comprobar el nivel de formación de los auxiliares de ayuda a domicilio de la provincia de Almería.
2. Saber qué actividades son realizadas diariamente en los domicilios de los usuarios.
3. Determinar el beneficio que aporta el cuidado a los usuarios del servicio de ayuda a domicilio en función del nivel de formación de las auxiliares.

Metodología:

Para dar respuesta a los objetivos propuestos en nuestro trabajo, se ha diseñado un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Población

La población diana la constituye las AAD que trabajan en la provincia de Almería, con la empresa de ayuda a domicilio (ASER).

La población de estudio está formada por las AAD que reúnan los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Aquellas AAD que acudan al congreso que se realiza anualmente en la población de Mojácar, sin límite de edad y de ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- AAD que no sean capaces de contestar al cuestionario de forma personal.

Pretendemos que los criterios de selección no sean muy restrictivos con el fin de poder extrapolar los resultados a la población diana.

Muestra

Está compuesta por un total de 66 personas que trabajaban como AAD por toda la provincia de Almería en el momento que se realizaron las encuestas. De ellas, 51 (siendo la población diana de 92) trabajaban en municipios de menos de 20.000

habitantes y 15 (total de la población) trabajaban en las localidades de El Ejido y Roquetas, municipios de más de 20.000 habitantes.

Para la obtención de la muestra de estudio se contactó con la empresa que presta los Servicios de Ayuda a Domicilio de una forma mayoritaria por convenio con la Excma. Diputación Provincial de Almería en municipios de menos de 20.000 habitantes. Se les explicó de forma detallada que se iba a realizar un estudio de investigación, en qué consistía éste y los objetivos que se pretendían conseguir y se obtuvo el consentimiento. Posteriormente, debido a la complejidad de la situación, ya que en la empresa trabajaban en el momento de realizar la investigación un total de 92 AAD, distribuidas por todo el territorio provincial, se decidió emplear un muestreo aleatorio simple, procediendo a la recogida de datos en el congreso que viene realizando anualmente la empresa, y que ofrece la posibilidad a todas las trabajadoras de ASER de acudir.

El instrumento de recogida de información fue un cuestionario de elaboración propia compuesto por preguntas abiertas y cerradas (en su mayoría). Las variables de estudio son las siguientes:

- Variable independiente (V.I): La formación ocupacional de las Auxiliares de Ayuda a Domicilio. Medida a través de la realización de cursos de Ayuda a Domicilio que superasen las 300 horas.

- Variable dependiente (V.D): Beneficio en el cuidado de los usuarios (cuidado formal). Medida a través de tres variables: 1. Si suelen planificar en su trabajo diario; 2. Si definen correctamente planificar; 3. Si registran de algún modo las actividades que realizan. Para conseguir esto, se crea una variable, producto del sumatorio de estas tres y asignamos puntuaciones que van desde 1 hasta 3 puntos, siendo el mínimo de 3 y el máximo de 7 puntos. Valoramos si definen correctamente o no planificación, según dos definiciones: la Real Academia Española²¹ la define como “plan general, metódicamente organizado y frecuentemente de gran amplitud, para obtener un objetivo determinado...”, o como se define en el Diccionario de enfermería²²: “...Tras la identificación de los problemas reales y potenciales del paciente relacionados con la actividad cotidiana, el paciente participa en la fijación de objetivos apropiados, que se deberán lograr con las actuaciones de enfermería. ...”.

Análisis estadístico

Los datos se procesaron en la base de datos de Microsoft Excel y fueron exportados al programa estadístico SPSS versión 15.0.

Utilizamos la determinación de frecuencias absolutas y frecuencias relativas expresadas en porcentajes. Cálculo de medias y determinaciones típicas. Empleamos la prueba de Levene para comprobar la igualdad de varianzas y la prueba T de Student para la determinación de diferencias significativas entre variables. En los contrastes de hipótesis se aceptará como significativos los resultados obtenidos para $p < 0,05$.

RESULTADOS

De la muestra de AAD (n=66) un 98,5% son mujeres. El 77% trabajaban en toda la provincia de Almería (municipios menores de 20.000 habitantes), el 12% en la localidad de El Ejido y el resto un 11% en el municipio de Roquetas.

La media de usuarios con los que trabajan las AAD es de cuatro, con una desviación típica de 2,93 siendo el mínimo 1 usuario y el máximo 11. (Tabla 1)

Tabla 1. Número de usuarios con los que trabajan los AAD.

<i>Número de usuarios</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
1	11	16,7
2	12	18,2
3	17	25,8
4	6	9,1
5	1	1,5
6	4	6,1
7	3	4,5
8	3	4,5
9	3	4,5
10	5	7,6
11	1	1,5
Total	66	100,0

En cuanto al perfil de los estudios que tienen las AAD de nuestra muestra es: el 17% no posee estudios, el 54% tienen el graduado escolar; un 15,2% son auxiliares de enfermería; un 10,6% tienen formación profesional; y un 3% tienen estudios universitarios.

A la pregunta de qué cursos han realizado es de destacar que el 13,6% de las AAD que realizan su trabajo en la provincia de Almería no tienen ningún curso sobre el SAD; un 53% tienen cursos de menos de 100 horas; el 12,1% tienen cursos de 100 a 300 horas; un 10,6% tienen cursos de 300 a 400 horas; y tan solo un 10,6% tienen cursos de más de 440 horas. Por otra parte el 89,4% de los cursos, eran de menos de 440 horas.

Además, indicar que de estos cursos, un 42,4% eran exclusivamente teóricos, frente a un 45,5 que eran teórico-prácticos.

Cabe destacar que el 90,9% de nuestra muestra cree necesario la realización de cursos periódicos, un 4,5% no lo creen conveniente y un 4,5% no sabe / no contesta.

En cuanto a los meses de formación que han de tener las AAD, la muestra opina que deberían tener una media de 4,3 meses, para poder trabajar en el SAD. Un 15,4% opinan que deben tener un mes o menos; el 18,2% creen que de uno a dos meses; un 19,7% de dos a tres meses; el 15,2% de tres a cuatro meses (un porcentaje acumulado del 69,2%); y un 27,3% un mínimo de 5 meses.

En respuesta a la pregunta de para qué les sirve tener más conocimientos en la ayuda a domicilio, las AAD consideran que les sirve para realizar el trabajo, según opina el 57,6%. Un 39,4% cree que el conocimiento las hace estar más seguras en su

ocupación, y un 3% manifiesta que los conocimientos les ayudan, pero que no son necesarios.

A la hora de pedirles que definieran adecuadamente planificación sólo un 33,3% lo realizó adecuadamente y el resto, un 66,7% no define correctamente planificación.

En la pregunta de si suelen planificar lo que van a realizar en el domicilio, el 31,8% refleja que no planifica su trabajo antes de ir al domicilio y el 66,7% sí lo hace. En el caso de planificar sus tareas, un 62,1% las realizan de manera independiente; el 21,2% lo hace con el trabajador social; el 3% con el enfermero o el médico, y el 13,6% con varios profesionales.

Más de la mitad de las AAD (el 66,7%) afirman no registrar nunca nada de lo que hacen; un 15,2% lo hace de vez en cuando, y el resto un 18,2% sí registra las actividades que realiza con sus usuarios.

En respuesta a si están sus usuarios satisfechos con su trabajo, un 43,9% de las AAD cree que sus usuarios están satisfechos con su trabajo, pero quieren que estén más tiempo en su domicilio; el 27,3% dice que sí están totalmente satisfechos; un 18,2% cree que sí lo están, aunque no hacen todo lo que los usuarios quieren; un 1,5% piensa que no, porque no hacen todo lo que quieren.

Cuando se les pregunta si creen que valoran positivamente su trabajo como profesionales las AAD creen que los usuarios del SAD valoran positivamente su trabajo como profesionales con un 69,7%, frente al 22,7% que opinan lo contrario. El resto no sabe / no contesta.

Las actividades que más valoran los usuarios según responden las AAD son en primer lugar, con un 32%, la compañía; un 24% manifiesta la limpieza del hogar; un 21% el cariño; un 20% el aseo personal y un 3% levantar-acostar al usuario. En segundo lugar las auxiliares valoran los siguientes aspectos: un 21% la compañía; con un 18% el aseo personal; otro 18% la alimentación; un 15% la limpieza del hogar; un 14% el cariño; un 9% levantar-acostar y un 5% la atención sanitaria. (Tabla 2)

Tabla 2. Actividades que más valoran los usuarios según la percepción de las auxiliares del SAD:

ACTIVIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Levantar - acostar	1	1,5
Limpieza del hogar	3	4,5
Cariño	1	1,5
Compañía	2	3,0
Aseo personal / Levantar - acostar	5	7,6
Aseo personal / limpieza del hogar	6	9,1
Aseo personal / atención sanitaria	2	3,0
Levantar - acostar / compañía	1	1,5
Limpieza del hogar / aseo personal	6	9,1
Limpieza del hogar / cariño	1	1,5

Limpieza del hogar / compañía	5	7,6
Limpieza del hogar / alimentación	1	1,5
Cariño / aseo personal	2	3,0
Cariño / levantar - acostar	1	1,5
Cariño / compañía	7	10,6
Cariño / alimentación	3	4,5
Compañía / Aseo personal	4	6,1
Compañía / limpieza del hogar	4	6,1
Compañía / cariño	8	12,1
Compañía / atención sanitaria	1	1,5
Compañía / alimentación	2	3,0
Total	66	100,0

Cuando se les pregunta sobre las actividades que realizan diariamente en los domicilios de los usuarios por orden de importancia responden: un 73% aseo personal, un 7% alimentación, un 5% levantar – acostar, un 6% limpieza del hogar, un 3% compañía, un 2% atención sanitaria, un 2% cariño y un 2% medicamentos. En segundo lugar, con un 26% limpieza del hogar, un 24% alimentación, un 15% medicamentos, un 11% levantar – acostar, un 6% atención sanitaria, un 6% aseo personal, un 6% compañía, un 3% cariño, y un 3% encargos. (Tabla 3)

Tabla 3. Actividades que realizan diariamente AAD

ACTIVIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Aseo personal / levantar - acostar	7	10,6
Aseo personal / limpieza del hogar	12	18,2
Aseo personal / cariño	1	1,5
Aseo personal / compañía	3	4,5
Aseo personal / atención sanitaria	3	4,5
Aseo personal / Alimentación	13	19,7
Aseo personal / medicación	10	15,2
Levantar acostar / aseo personal	2	3,0
Levantar acostar / limpieza del hogar	1	1,5
Limpieza del hogar / aseo personal	1	1,5
Limpieza del hogar / cariño	1	1,5
Limpieza del hogar / alimentación	2	3,0
Cariño / limpieza del hogar	1	1,5
Compañía / encargos	1	1,5
Compañía / aseo personal	1	1,5
Atención sanitaria / alimentación	1	1,5
Alimentación / encargos	1	1,5
Alimentación / limpieza del hogar	3	4,5
Alimentación / compañía	1	1,5
Medicamentos / atención sanitaria	1	1,5
Total	66	100,0

Cuando comparamos medias entre los AAD que se aproximan en su formación académica a lo que se exige en la certificación de profesionalidad publicado en BOE (más de 600 horas), y los AAD que no se aproximan a este mínimo de formación, (ninguna hora o menos de 600) y lo correlacionamos con las tres variables (definición de planificación, planificación y registro) que hacen referencia a la planificación que los trabajadores del SAD hacen durante su trabajo, es decir, el beneficio, podemos comprobar que la media es mayor en los sujetos cuya formación es superior a 600 horas, resultando estas diferencias estadísticamente significativas con una $p < 0,015$.

Tabla 5. Beneficios de relación a las horas de cursos realizados

Variable	N	Beneficio M±D	t Student	p de Pearson
+ 600 horas de formación	14	5.92±1.59	t: -3.60	p= 0.02
- 600horas de formación	51	4.70 ±0.96	t:-2.74	p< 0.01

DISCUSIÓN

Las AAD de la muestra perteneciente a la provincia de Almería no cumplen los mínimos de formación que vienen reflejados en el BOE, porque más del 84% o no tienen cursos relacionados o los tienen por debajo de las 600 horas. Siguiendo la normativa vigente que podemos encontrar en el suplemento del BOE se exige estar en posesión del llamado Certificado de Profesionalidad compuesto por una formación mínima de 600 horas¹⁶.

Podemos decir que no tienen una formación que les capacite para actuar ante las diferentes circunstancias con las que se puedan encontrar. Siguiendo el artículo del Servicio Público de Empleo Estatal²³ entre las tareas que debe de realizar una auxiliar de ayuda a domicilio son: realizar trabajos generales de atención al hogar (limpieza de la vivienda, realiza la compra doméstica, cocinado de alimentos, lavado de ropa...) y trabajos de atención personal (aseo personal, mantenimiento de la higiene en personas encamadas, acompañamiento a visitas terapéuticas, recogida y gestión de recetas, etc). Según Sánchez S y Mears R,²⁴ los cuidadores reconocen que la tarea que mayor carga les genera es el baño/aseo y que necesitan de mayor ayuda del equipo multidisciplinar.²⁴

No son capaces de determinar las necesidades de los usuarios, en colaboración con otras disciplinas y marcarse unos objetivos para poder cumplirlos. Han sido seleccionadas para trabajar en este campo, sin tener ninguna formación, aunque posteriormente algunos de ellos han mostrado interés por el tema y han realizado algún curso.

Podemos decir que el trabajo que los auxiliares desempeñan con los usuarios, carece de toda profesionalidad y por tanto se aproxima a lo que se denomina "cuidado informal", estando el beneficio que reciben los usuarios limitado a una serie de

actividades de carácter doméstico, para las que la formación que se necesita es mínima. Suelen tratarse de familiares cercanos (normalmente mujeres), sin estudios cuya ocupación es el cuidado de la casa. No tienen los conocimientos adecuados para poder desarrollar los cuidados que requieren las personas a las que prestan su ayuda. El cuidado formal sería una ayuda, más que una sustitución, donde se complementan los esfuerzos de los miembros de la familia y de otros cuidadores y donde se les enseñan cómo realizar los cuidados. Actualmente estos cuidados no son muy conocidos entre la población debido a barreras burocráticas, desigualdades en la localización, coste del servicio, la confianza en los cuidadores informales, etc²⁵.

Por otro lado, ellas mismas afirman con un 91%, que es necesario formarse periódicamente, y un 28% que toda AAD debería tener un mínimo de cinco meses de formación específica para desempeñar su trabajo con los usuarios del SAD; luego están constatando que se requiere de un mínimo de conocimientos para realizar adecuadamente el trabajo. Reconocen que el conocimiento les ayuda a ejecutar mejor su trabajo y aporta seguridad a la hora de trabajar con los usuarios.

Un poco menos de la mitad, un 32%, dice que no planifica en absoluto y algo más de la mitad, un 67%, dice que suele planificar lo que hace con el usuario. Es asombroso comprobar que casi un 82% no registra o lo hace de vez en cuando, un 48% planifican sus tareas sin contar con la ayuda de otros expertos y solamente un 13,6% planifica con varios profesionales (requisito que ha de darse en cualquier planificación de estas características). Estos aspectos son fundamentales a la hora de planificar los casos asistenciales y por tanto de ofrecer unos cuidados de calidad, por el contrario no tendría sentido el SAD. Es importante realizar una buena valoración y registrar los recursos de atención disponibles para llevar a cabo un adecuado plan de atención y cuidados. Además, nos será como referencia el registro para comprobar la evolución del paciente²⁶.

Hemos encontrado diferencias significativas entre los trabajadores del SAD que tienen cursos de más de 600 horas y los que tienen menos, con respecto al beneficio que aportarían a los usuarios/clientes del SAD con una $p < 0,01$. Podemos afirmar entonces, que el bajo nivel formativo de los auxiliares de ayuda a domicilio desemboca en un cuidado informal a los usuarios del servicio. Sería fundamental realizar otro estudio en este mismo sentido, pero obteniendo una muestra mayor en la que los AAD tengan el mínimo de formación que se exige en el certificado de profesionalidad y siendo enfermería la encargada de formarlos, coordinando y supervisando el SAD.

La definición de Ayuda a Domicilio es como ya comentamos en la introducción: “una prestación complementaria y transitoria realizada, preferentemente, en el domicilio personal o familiar, que proporciona, mediante personal cualificado y supervisado, una serie de atenciones preventivas, formativas, asistenciales y rehabilitadoras a individuos y familias con dificultades para permanecer en sus domicilios”²⁷. Por tanto si esto no se cumple, realmente no estamos haciendo nada.

CONCLUSIONES

Es necesario que los AAD puedan proporcionar unos cuidados de calidad que reporten un beneficio real en los usuarios, es necesario desde enfermería cualificar y supervisar a dicho personal para que puedan cumplir adecuadamente su trabajo conforme a lo dispuesto en la legislación vigente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trigueros I, Mondragón J. Manual de ayuda a Domicilio. Formación teórico-práctica. 3ªed. Madrid: Siglo XXI; 2008.
2. Martínez R, Ponce DE. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. *Enfermería Global* 2011; 10(2): 60-84.
3. Fornés J. Enfermería en Salud Mental. Cómo cuidar al cuidador y a nosotros mismos. *Enfermería Global* 2003; 2 (1): 1-11.
4. Da Silva MJ, Braga M, Da Silva CT. Evaluación de la presencia del síndrome de Bournout en cuidadores de ancianos. *Enfermería Global* 2009; 8(2): 1-11.
5. Blanco R, Zapico F, Juanola MD, Aguas A. Entorno y necesidades de salud de la población mayores de 75 años no atendida en cuatro áreas de salud de Barcelona. *Enfermería Global* 2003; 2(2): 1-11.
6. Gobierno de La Rioja. Detección de Necesidades Formativas en Atención a la Dependencia. La Rioja: Altia Consultores; 2009.
7. Serrano P, De Tena-Dávila, MC. Criterios de fragilidad en los usuarios del servicio de ayuda social a domicilio. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004; 39: 9-18.
8. Ley 2/1998, de 4 de abril, de servicios sociales de Andalucía. [Citado: enero 2010]. <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Salud%20Mayores/Legislación/Documents/f560b98364ac47cb86613e13984967d4Ley21988andalucia.pdf>
9. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA). Martes 3 de Abril de 2012, nº65.
10. Moreira R, Teresa RN. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Enfermería Global* 2011; 10(2): 1-13.
11. Martínez FE. Recuperación de la Salud del cuidador principal, en proyecto sociocultural "Quisucuba". Los sitios, Centro Habana. *Enfermería Global* 2012; 11(1): 92-103.
12. González J, Armengol J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Azcón MA. Cuidar a los cuidadores: atención familiar. *Enfermería Global* 2005; 4(1): 1-8.
13. Villarejo L, Zamora MA, Casado G. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enfermería Global* 2012; 11(3): 159-165.
14. Da Costa M, Karine A, Chaves SP, Peçanha TJ, Silva F. Programa para cuidadores de ancianos con demencia: un relato de experiencia. *Enfermería Global* 2011; 10(2): 1-9.
15. Medina ME. Evaluación de la calidad asistencial del servicio de ayuda a domicilio. Murcia: Publicaciones Universidad de Murcia; 2000.
16. Suplemento del Boletín Oficial del Estado (BOE). Martes 9 de marzo de 2004, nº59 p 714.
17. Montalvo M, Díaz E. Programa de formación de auxiliares de ayuda a domicilio. *Centro de salud* 1999; 7(5): 315-316.
18. García M, Torres MP, Ballesteros E. *Enfermería geriátrica*. 2ª Ed. Barcelona: Masson; 2000.
19. López AL, Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Invest. educ. enferm*. 2006; (24)2: 90-100.
20. Antares Consulting. Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio. España: Senda Editorial, S.A; 2007.
21. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa Clape; 2005.
22. Roper N. *Diccionario de Enfermería*. 16ª Ed. México: McGraw-Hill interamericana; 2000.
23. Servicio Público de Empleo Estatal (INEM). Aprendizaje a través de la experiencia como generador de competencias profesionales, en el ámbito de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Personas en Situación de Dependencia.

[Internet] Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. [Actualizado el 13 de Marzo de 2008, consultado el 26 de Marzo de 2012]. Disponible en: http://www.fundaciontripartita.org/almacenV/doc/Estudios/13019_1331332008141145.pdf.

24. Sánchez S, Mears R. Cuidador del enfermo de Alzheimer terminal. *Enfermería Global* 2005; 4(2): 1-26.

25. Mayte JAM, Abellán A. La atención formal e informal en España. Sancho M. (coord.) *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000. P.: 863-911

26. Rodríguez P, Valdivieso C. *Los servicios de ayuda a domicilio*. 2ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.

27. Boletín Oficial de la Provincia de Almería (BOP). Reglamento para la Gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio. Jueves 23 de Octubre de 2003, nº 203.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia