



# MÓDULO FORMATIVO PARA PERSONAS CUIDADORAS PROFESIONALES

**Realizado a partir del Estudio de necesidades formativas  
de las personas cuidadoras profesionales en el ámbito de  
la dependencia en España**

Un proyecto de:



Fundación  
**Edad & Vida**

Con el apoyo de:



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO  
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE DERECHOS SOCIALES

IMSERSO

## FUNDACIÓN EDAD&VIDA

### MÓDULO FORMATIVO PARA PERSONAS CUIDADORAS PROFESIONALES

Realizado a partir del Estudio de necesidades formativas de las personas cuidadoras profesionales y perfiles de atención directa sociosanitaria en el ámbito de la dependencia en España.

Estudio realizado con la colaboración del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

**Fecha de publicación:** Diciembre de 2025

**Autoría de los textos:** Patricia Celi Medina

**Dirección del estudio:** María José Abraham

**Coordinación del estudio:** Patricia Celi Medina

#### Cita sugerida:

Fundación Edad&Vida (2025). Módulo formativo para personas cuidadoras profesionales. Realizado a partir del Estudio de necesidades formativas de las personas cuidadoras profesionales y perfiles de atención directa sociosanitaria en el ámbito de la dependencia en España, con la colaboración del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Barcelona: Fundación Edad&Vida.

#### Contacto:

edad-vida@edad-vida.org  
Carrer de les Camèlies, 32, 08024 Barcelona  
[www.edad-vida.org](http://www.edad-vida.org)

#### Licencia:

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución–NoComercial–CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Se permite compartir y adaptar el material, siempre que se reconozca la autoría, no se utilice con fines comerciales y las obras derivadas se distribuyan bajo la misma licencia.

# 1 TABLA DE CONTENIDO

2	INTRODUCCIÓN .....	8
2.1	Objetivos del estudio .....	8
2.2	Metodología del estudio (diseño y trabajo de campo) .....	8
2.3	Del estudio al módulo: una traducción pedagógica de la evidencia.....	9
2.4	Estructura general del módulo y cómo está constituida cada sección .....	10
2.5	Las 12 secciones del módulo .....	11
2.5.1	Trato digno y Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) 11	
2.5.2	Manejo de demencias y deterioro cognitivo (incluye alteraciones conductuales) .....	11
2.5.3	Comunicación profesional y relación de ayuda.....	11
2.5.4	Habilidades emocionales y sostenibilidad del cuidado .....	11
2.5.5	Seguridad clínica básica en el cuidado cotidiano.....	11
2.5.6	Primeros auxilios y respuesta ante emergencias .....	12
2.5.7	Movilidad, transferencias, ergonomía y ayudas técnicas .....	12
2.5.8	Prevención de riesgos laborales y autocuidado físico .....	12
2.5.9	Marco ético-legal, derechos y “límites del rol” .....	12
2.5.10	Trámites administrativos y documentación del cuidado .....	12
2.5.11	Bloque aplicado – Ámbito domiciliario (trabajo en soledad, hogares diversos y mayor exposición a riesgos) .....	12
2.5.12	Bloque aplicado – Ámbito residencial (trabajo en equipo, protocolos y comunicación interprofesional) .....	13
2.6	Un módulo modular, adaptable y “enchufable” a otras mallas formativas .....	13
	..... <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
3	SECCIÓN 1: Trato digno y Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) .....	14
3.1	Objetivos de aprendizaje:.....	14

3.2	Contenidos de aprendizaje .....	14
3.3	Otros recursos de aprendizaje (con vínculo) .....	17
3.4	Propuesta de actividades de aprendizaje .....	17
3.5	Propuesta de métodos de evaluación .....	19
3.6	Criterios de logro: estándares mínimos y niveles .....	20
4	SECCIÓN 2. Manejo de demencias y deterioro cognitivo (incluye alteraciones conductuales) .....	21
4.1	Objetivos de aprendizaje .....	21
4.2	Contenidos de aprendizaje .....	21
4.3	Recursos de aprendizaje recomendados (materiales, lecturas, videos) .....	24
4.4	Propuesta de actividades de aprendizaje .....	25
4.5	Propuesta de métodos de evaluación .....	26
4.6	Criterios mínimos de logro .....	27
5	SECCIÓN 3: Comunicación profesional y relación de ayuda .....	28
5.1	Objetivos de aprendizaje .....	28
5.2	Contenidos de aprendizaje .....	28
5.3	Otros recursos de aprendizaje .....	31
5.4	Propuesta de actividades de aprendizaje .....	32
5.5	Propuesta de métodos de evaluación .....	33
5.6	Criterios mínimos de logro .....	34
6	SECCIÓN 4: Habilidades emocionales y sostenibilidad del cuidado ..	36
6.1	Objetivos de aprendizaje .....	36
6.2	Contenidos de aprendizaje .....	36
6.3	Otros recursos de aprendizaje (materiales, lecturas, guías) .....	39
6.4	Propuesta de actividades de aprendizaje .....	39
6.5	Propuesta de métodos de evaluación .....	41
6.6	Criterios mínimos de logro .....	42
7	SECCIÓN 5: Seguridad clínica básica en el cuidado cotidiano .....	43
7.1	Objetivos de aprendizaje .....	43

7.2	Contenidos de aprendizaje .....	43
7.3	Otros recursos de aprendizaje (materiales, lecturas, videos u otros) 46	
7.4	Propuesta de actividades de aprendizaje .....	47
7.5	Propuesta de métodos de evaluación .....	48
7.6	Criterios mínimos de logro .....	49
8	SECCIÓN 6: Primeros auxilios y respuesta ante emergencias .....	50
8.1	Objetivos de aprendizaje .....	50
8.2	Contenidos de aprendizaje .....	50
8.3	Otros recursos de aprendizaje (materiales, lecturas, videos u otros) 52	
8.4	Propuesta de actividades de aprendizaje .....	53
8.5	Propuesta de métodos de evaluación .....	54
8.6	Criterios mínimos de logro (para considerar la sección superada) 54	
9	SECCIÓN 7: Movilidad, transferencias, ergonomía y ayudas técnicas 56	
9.1	Objetivos de aprendizaje .....	56
9.2	Contenidos de aprendizaje .....	56
9.3	Otros recursos de aprendizaje (materiales, lecturas, videos u otros) 58	
9.4	Propuesta de actividades de aprendizaje .....	59
9.5	Propuesta de métodos de evaluación .....	60
9.6	Criterios mínimos de logro Se considera que la persona participante alcanza un nivel competente si demuestra, como mínimo: 61	
10	SECCIÓN 8: Prevención de riesgos laborales y autocuidado físico .	62
10.1	Objetivos de aprendizaje .....	62
10.2	Contenidos de aprendizaje .....	62
10.3	Otros recursos de aprendizaje (materiales, lecturas, videos u otros) 64	
10.4	Propuesta de actividades de aprendizaje .....	64



10.5	Propuesta de métodos de evaluación .....	65
10.6	Criterios mínimos de logro .....	66
11	Sección 9: Marco ético-legal, derechos y “límites del rol” .....	67
11.1	Objetivos de aprendizaje .....	67
11.2	Contenidos de aprendizaje .....	67
11.3	Otros recursos de aprendizaje (materiales, lecturas, videos) ...	71
11.4	Propuesta de actividades de aprendizaje .....	73
11.5	Propuesta de métodos de evaluación .....	74
11.6	Criterios mínimos de logro .....	75
12	SECCIÓN 10: Trámites administrativos y documentación del cuidado 76	
12.1	Objetivos de aprendizaje .....	76
12.2	Contenidos de aprendizaje .....	76
12.3	Otros recursos de aprendizaje .....	78
12.4	Propuesta de actividades de aprendizaje .....	79
12.5	Propuesta de métodos de evaluación .....	79
12.6	Criterios mínimos de logro .....	80
13	BLOQUE APLICADO – ÁMBITO DOMICILIARIO. Bloque aplicado Domiciliario: trabajo en soledad, hogares diversos y mayor exposición a riesgos .....	81
13.1	Objetivos de aprendizaje .....	81
13.2	Contenidos de aprendizaje .....	82
13.3	Otros recursos de aprendizaje (útiles para este bloque) .....	82
13.4	Propuesta de actividades de aprendizaje .....	83
13.5	Propuesta de métodos de evaluación .....	84
13.6	Criterios mínimos de logro .....	84
14	BLOQUE APLICADO – ÁMBITO RESIDENCIAL. Bloque aplicado Residencial: trabajo en equipo, protocolos actualizados y comunicación interprofesional .....	85
14.1	Objetivos de aprendizaje .....	85
14.2	Contenidos de aprendizaje .....	86



14.3	Otros recursos de aprendizaje (útiles para este bloque) .....	86
14.4	Propuesta de actividades de aprendizaje .....	87
14.5	Propuesta de métodos de evaluación .....	87
14.6	Criterios mínimos de logro .....	88

## 2 INTRODUCCIÓN

Este módulo formativo surge como una respuesta directa y aplicada a la evidencia producida por el *Estudio de necesidades formativas de las personas cuidadoras profesionales y perfiles de atención directa sociosanitaria en el ámbito de la dependencia en España*, desarrollado por la Fundación Edad&Vida con la colaboración del IMSERSO. El estudio parte de una premisa central: la formación no es un requisito accesorio, sino un componente estructural del sistema de cuidados porque incide simultáneamente en la calidad y seguridad del cuidado, en la protección y sostenibilidad del trabajo (salud laboral, riesgos físicos y psicosociales) y en las posibilidades reales de profesionalización y reconocimiento de un oficio históricamente infravalorado.

### 2.1 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

En coherencia con esa premisa, la investigación se propuso dos objetivos articulados:

- ✓ Identificar y caracterizar las necesidades formativas reales de quienes cuidan profesionalmente a personas mayores (necesidades técnicas, relacionales, emocionales y jurídico-administrativas) y examinar cómo esas brechas se vinculan con condiciones laborales concretas (organización del trabajo, disponibilidad de tiempo, estabilidad contractual y apoyos institucionales o empresariales).
- ✓ Traducir la evidencia en orientaciones prácticas, tanto para fortalecer contenidos y formatos formativos como para informar mejoras en el acceso a la formación y en los marcos de valorización/profesionalización del sector, considerando trayectorias diversas: con formación reglada y también construidas desde la experiencia y la formación no formal.

### 2.2 METODOLOGÍA DEL ESTUDIO (DISEÑO Y TRABAJO DE CAMPO)

Para alcanzar estos objetivos, se aplicó un diseño mixto (cuantitativo y cualitativo), que permitió combinar patrones generales con comprensión situada de experiencias, tensiones y significados del trabajo de cuidado.

- 1) Dimensión cuantitativa:** encuesta online (julio–septiembre 2025)  
Se difundió una encuesta virtual a nivel estatal, dirigida a personas cuidadoras profesionales con y sin formación especializada, con una muestra total de 502 respuestas.

La encuesta buscó relevar, de manera estructurada, cuatro grandes dimensiones:

- ✓ condiciones sociodemográficas,
- ✓ condiciones laborales,
- ✓ necesidades y aspiraciones formativas,
- ✓ proyecciones laborales y profesionales.

El objetivo específico del cuestionario fue conocer la experiencia formativa, las limitaciones para capacitarse, las demandas de formación en cuidados y su relación con expectativas de crecimiento laboral y trayectoria profesional.

**2) Dimensión cualitativa:** entrevistas (julio–septiembre 2025)  
Para contextualizar los resultados de la encuesta, se realizaron:

- ✓ 10 entrevistas a perfiles de RR.HH., coordinación y formación de empresas, entidades y centros (ámbito residencial y domiciliario), orientadas a comprender percepciones institucionales sobre necesidades formativas y estrategias organizativas para abordarlas.
- ✓ 4 entrevistas a familiares que han contratado cuidados profesionales, para profundizar en necesidades formativas y condiciones sociolaborales desde la perspectiva de quienes reciben (o gestionan) el cuidado.
- ✓ 1 entrevista a un perfil experto con trayectoria en gerontología/gestión pública, para complementar el análisis desde una mirada técnica y experta sobre carencias urgentes para asegurar la calidad en servicios.

**3) Grupos focales** (octubre–noviembre 2025)  
Se realizaron 4 grupos focales con personas cuidadoras profesionales para profundizar en los hallazgos de la encuesta, explorar las controversias y comprender las lógicas cotidianas que explican barreras, tensiones, oportunidades y significados del cuidado profesional.

**4) Calidad, validación y ética**  
Durante el proceso se realizaron sesiones de validación con personas expertas para asegurar calidad del diseño metodológico, recolección y análisis.

Asimismo, en todas las técnicas (encuesta, entrevistas y grupos focales) se utilizó consentimiento informado, informando objetivos, voluntariedad, confidencialidad, tratamiento de datos y derecho a retirarse.

## **2.3 DEL ESTUDIO AL MÓDULO: UNA TRADUCCIÓN PEDAGÓGICA DE LA EVIDENCIA**

A partir de esta triangulación, el estudio identificó **demandas competenciales prioritarias** y “nudos críticos” del trabajo cotidiano del

cuidado que, con frecuencia, quedan insuficientemente abordados en la formación disponible (por falta de profundidad, por su escasa transferencia al puesto o por las limitaciones reales de tiempo y condiciones para formarse). Se trata de brechas que no podían resolverse solo con más horas de formación, sino con contenidos pertinentes, enfoque competencial y condiciones reales de acceso

Con ese punto de partida, el objetivo de este módulo es **dar respuesta directa a las demandas detectadas**, construyendo una propuesta de aprendizaje que no se limita a “añadir contenidos”, sino que transforma los hallazgos en un itinerario de aprendizaje organizado en competencias clave en torno a: (a) **calidad del trato y enfoque AICP**, (b) manejo de situaciones complejas (demencias, conducta, seguridad clínica, emergencias), (c) **competencias relacionales y emocionales** indispensables para sostener el cuidado sin daño ni desgaste, (d) **seguridad laboral y sostenibilidad física**, y (e) **marco ético-legal, límites del rol y documentación** como parte del estándar profesional. De manera coherente con el estudio, el módulo asume que la profesionalización del cuidado exige **competencias enseñadas, entrenadas y evaluadas**, no dejadas a la “buena voluntad” o a la noción de vocación. con actividades prácticas y herramientas transferibles al puesto, para contribuir a la profesionalización y al reconocimiento efectivo del trabajo de cuidado.

## 2.4 ESTRUCTURA GENERAL DEL MÓDULO Y CÓMO ESTÁ CONSTITUIDA CADA SECCIÓN

El módulo está organizado en **12 secciones: 10 secciones troncales** (competencias nucleares) y **2 bloques aplicados por ámbito** (domiciliario y residencial), diseñados para aterrizar los aprendizajes en contextos con condiciones de trabajo distintas.

Cada sección mantiene una arquitectura común para asegurar coherencia y transferibilidad:

1. **Objetivos de aprendizaje** formulados en clave competencial (qué podrá hacer la persona participante al finalizar).
2. **Contenidos de aprendizaje** explicados desde la práctica (qué decisiones, microhabilidades y criterios se entrenan).
3. **Recursos recomendados** (guías, lecturas, vídeos, materiales de apoyo) seleccionados para consolidar criterios y consulta.
4. **Actividades prácticas** (casos, role-plays, simulaciones, herramientas de trabajo) centradas en desempeño real.

5. **Evaluación formativa y sumativa**, con evidencias pequeñas pero potentes (productos transferibles, desempeño observado, cuestionarios situacionales) y **criterios mínimos de logro** (estándares observables).

## 2.5 LAS 12 SECCIONES DEL MÓDULO

### 2.5.1 TRATO DIGNO Y ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA (AICP)

Establece el **marco base de calidad**: dignidad, intimidad, autonomía, preferencias y ritmos. Trabaja el paso de “cumplir tareas” a **acompañar una vida cotidiana con apoyos**, evitando infantilización/edadismo y fortaleciendo microdecisiones AICP aplicables en higiene, alimentación, movilización y acompañamiento. Incluye productos transferibles (p. ej., mapa de preferencias/micro-plan) para asegurar continuidad del trato digno.

### 2.5.2 MANEJO DE DEMENCIAS Y DETERIORO COGNITIVO (INCLUYE ALTERACIONES CONDUCTUALES)

Aborda uno de los núcleos de mayor complejidad: comprender demencias “desde lo cotidiano”, ajustar comunicación, interpretar conductas como expresión de necesidades y aplicar **intervenciones no farmacológicas**. Incorpora pautas de seguridad y un plan breve compatible (equipo/familia) para continuidad del cuidado.

### 2.5.3 COMUNICACIÓN PROFESIONAL Y RELACIÓN DE AYUDA

Desarrolla competencias de comunicación verbal y no verbal, presencia profesional, escucha activa, comunicación asertiva y **gestión de conflictos** (con personas mayores, familias y equipos). Entrena la comunicación estructurada para coordinación (qué informar, cuándo y por qué canal) y el registro como protección del rol.

### 2.5.4 HABILIDADES EMOCIONALES Y SOSTENIBILIDAD DEL CUIDADO

Trabaja autorregulación, manejo emocional del conflicto, prevención de fatiga por compasión/burnout y acompañamiento en procesos de deterioro, final de vida y duelo. Refuerza la idea de que el “trabajo emocional” requiere **herramientas**, no solo disposición, e incluye un plan personal de sostenibilidad aplicable al puesto.

### 2.5.5 SEGURIDAD CLÍNICA BÁSICA EN EL CUIDADO COTIDIANO

Fortalece criterios prácticos para observar cambios, registrar, escalar y actuar con seguridad en ámbitos de alto impacto (hidratación/nutrición, apoyo en medicación sin invadir competencias, señales de alarma,

disfagia/atragantamiento en coordinación con primeros auxilios). Subraya límites del rol y protección ante presiones.

### 2.5.6 PRIMEROS AUXILIOS Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

Entrena respuesta ante emergencias frecuentes (SVB/RCP, atragantamiento, caídas con posible lesión grave), activación del 112 y coordinación, con énfasis en el **trabajo en soledad** en domicilios y en la reducción de errores típicos (dudas, actuaciones inseguras, mala comunicación).

### 2.5.7 MOVILIDAD, TRANSFERENCIAS, ERGONOMÍA Y AYUDAS TÉCNICAS

Aborda movilizaciones seguras, cambios posturales, transferencias y uso de ayudas técnicas (incluida verificación básica), prevención de caídas y protección músculo-esquelética. Recalca planificación previa, comunicación durante la maniobra y criterios para no asumir riesgos en solitario.

### 2.5.8 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y AUTOCUIDADO FÍSICO

Integra la PRL como parte de la **calidad del cuidado**: identificación de riesgos del puesto, organización del trabajo (micro-pausas, alternancia, preparación del entorno), señales tempranas de lesión/fatiga y estrategias de autocuidado físico. En domicilio incorpora evaluación rápida del entorno y negociación de medidas sin perder rol profesional.

### 2.5.9 MARCO ÉTICO-LEGAL, DERECHOS Y “LÍMITES DEL ROL”

Refuerza derechos de la persona mayor (dignidad, autonomía, intimidad, no discriminación), derechos laborales y límites del rol (especialmente ante presiones por medicación o demandas impropias), confidencialidad y protección de datos, y rutas de protección/denuncia. Incluye explícitamente la intersección con **extranjería** (recursos y canales ante coacción/explotación), mediante herramientas prácticas como mapas de rutas y planes de acción.

### 2.5.10 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS Y DOCUMENTACIÓN DEL CUIDADO

Trabaja documentación como competencia profesional: qué registrar (y qué no), cómo registrar con criterios de calidad, cómo gestionar incidencias y cómo comunicar formalmente (p. ej., traspasos breves estructurados). Refuerza confidencialidad y custodia, y delimita con precisión qué gestiones hace la cuidadora y qué debe derivar.

### 2.5.11 BLOQUE APLICADO – ÁMBITO DOMICILIARIO (TRABAJO EN SOLEDAD, HOGARES DIVERSOS Y MAYOR EXPOSICIÓN A RIESGOS)

Aterriza todas las competencias en el domicilio, donde la cuidadora opera con mayor autonomía y suele enfrentar variabilidad del entorno, menor disponibilidad de ayudas técnicas y mayor exposición a riesgos. Enfatiza

tres habilidades transversales: **evaluación rápida del entorno**, detección de cambios/señales de alarma, y comunicación + registro mínimo de calidad, además de activar rutas de protección ante riesgos sociales.

#### 2.5.12 BLOQUE APLICADO – ÁMBITO RESIDENCIAL (TRABAJO EN EQUIPO, PROTOCOLOS Y COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL)

Traslada el aprendizaje al contexto residencial, donde la calidad depende de la coordinación de turnos, la coherencia de protocolos, la comunicación interprofesional y la continuidad del plan de cuidados. Refuerza el uso de herramientas de traspaso, registro y toma de decisiones compartidas, sosteniendo trato digno y seguridad en un entorno organizacionalmente más complejo.

## 2.6 UN MÓDULO MODULAR, ADAPTABLE Y “ENCHUFABLE” A OTRAS MALLAS FORMATIVAS

Este módulo está concebido como una **propuesta de aprendizaje modular**: cada sección ofrece objetivos claros, actividades transferibles, herramientas de trabajo y criterios de evaluación que pueden **integrarse en otras formaciones** (certificados, cursos internos de empresas, itinerarios de acogida, formación continua), tanto en **atención domiciliaria** como en **residencias**. Dicho de otro modo: no se plantea como un “paquete cerrado”, sino como un **repositorio estructurado de competencias críticas** que permite completar, profundizar o actualizar mallas ya existentes con recursos listos para usar (casos, simulaciones, rúbricas, checklists, productos de continuidad del cuidado).

Finalmente, la apuesta de fondo es política y profesional: **demostrar que la formación de las personas cuidadoras debe incluir estas temáticas** para sostener estándares visibles de calidad, fortalecer identidad profesional y contribuir al **reconocimiento social, simbólico y económico** del cuidado. El propio estudio advierte que la formación, por sí sola, tiende a mejorar más el reconocimiento simbólico que las condiciones materiales, por lo que es clave que la profesionalización se acompañe de estándares claros y mecanismos de valorización pública del trabajo.

## 3 SECCIÓN 1: TRATO DIGNO Y ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA (AICP)

### 3.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

Al finalizar esta sección, las personas participantes podrán:

1. Explicar los principios del enfoque AICP y su valor para la calidad del cuidado (dignidad, autonomía, preferencias, ritmos).
2. Aplicar AICP en situaciones cotidianas (aseo, alimentación, movilizaciones, acompañamiento) incorporando decisiones y preferencias de la persona mayor.
3. Reconocer y corregir prácticas comunicativas paternalistas/infantilizantes y manifestaciones de edadismo (lenguaje, tono, decisiones “por la persona”).
4. Identificar señales de trato inadecuado/maltrato (incluida negligencia) y activar pautas básicas de actuación, registro y derivación según el entorno (domicilio/centro).
5. Diseñar un “micro-plan” de apoyo personalizable (rutina significativa) que pueda comunicarse al equipo/familia para asegurar continuidad del trato digno.

### 3.2 CONTENIDOS DE APRENDIZAJE

#### 1) AICP como “forma de trabajar”, no como teoría

En esta unidad, AICP se aborda como una **manera concreta de organizar el cuidado cotidiano** para que la persona mayor siga siendo sujeto de decisiones. Se trabaja el cambio de foco desde “cumplir tareas” hacia **acompañar una vida cotidiana con apoyos**, donde el objetivo no es solo que “todo esté hecho”, sino que esté hecho **sin dañar** y preservando dignidad, intimidad y agencia personal. Esto responde a lo que el informe recoge desde organizaciones: cuidar bien no es solo técnica, es **relación y sostén de vínculos** en escenarios emocionalmente exigentes, y por tanto debe definirse como un estándar profesional.

Se clarifican los **principios operativos** (en lenguaje accesible y accionable):

- ✓ **Dignidad e intimidad:** cómo se protegen en gestos muy pequeños (preguntar antes de tocar, cubrir el cuerpo, explicar lo que se hará, evitar exposición innecesaria).
- ✓ **Autonomía y elección:** qué decisiones deben ofrecerse siempre, incluso cuando hay dependencia (microelecciones).
- ✓ **Singularidad:** la persona no es “un perfil”; se trabaja con historia, hábitos y preferencias.
- ✓ **Participación:** “hacer con” en lugar de “hacer a” la persona.

## 2) AICP aplicado al día a día: rutinas significativas, ritmos y microdecisiones

Aquí el contenido se aterriza en las situaciones que más se repiten en residencia y domicilio: levantarse, aseo, vestido, comidas, medicación (sin invadir competencias), descanso, salidas, visitas, actividades y acompañamiento. La idea es que AICP se vea como un **conjunto de decisiones prácticas** que se pueden aplicar incluso con poco tiempo: respetar el ritmo, anticipar, ofrecer elección y sostener la continuidad de lo importante para la persona.

Se trabaja especialmente el concepto de **rutina significativa**: no es “tener algo que hacer”, sino **mantener lo que da identidad y bienestar** (cómo le gusta empezar el día, qué le calma, qué le conecta con recuerdos, qué comidas le resultan familiares, qué conversaciones o silencios necesita). Esto enlaza con la demanda que recoge el informe sobre la importancia de saber “conectar, conversar, estimular rutinas significativas y reducir la soledad”, más allá de cubrir higiene o alimentación.

También se enseñan herramientas concretas para respetar **ritmos**:

- ✓ **Ritmo físico** (dolor, fatiga, movilidad): adaptar tiempos y expectativas.
- ✓ **Ritmo cognitivo:** dar tiempo de respuesta y simplificar opciones sin infantilizar.
- ✓ **Ritmo emocional:** comprender resistencias (vergüenza, miedo, cansancio) y responder con validación, no con presión.

Y se entrena el uso de **microdecisiones** como base del trato digno: ofrecer dos opciones reales, preguntar preferencias, pedir permiso, explicar el paso siguiente, verificar comprensión y acordar pausas. Esta parte es clave porque el informe enfatiza que las competencias relacionales (escucha, proactividad “consultando”, respeto a decisiones) deben trabajarse explícitamente.

### 3) Comunicación no infantilizante y prevención del edadismo

En esta unidad la comunicación se trata como **herramienta central de cuidado** (no como “habilidad blanda secundaria”). Se analiza por qué la infantilización aparece como “normalizada” en el sector (diminutivos, tono paternalista, hablar por la persona, bromas que anulan) y qué efectos tiene: pérdida de autoestima, aumento de resistencia al cuidado, deterioro del vínculo y, en casos, escalada de conflictos.

Se entrena una comunicación que combina **cercanía + respeto**, evitando confundir “ser cariñosa” con “tratar como a un niño”. El informe lo formula con precisión desde testimonios: la importancia de saber escuchar, adelantarse **consultando**, y “no ser paternalista, ni edadista”.

Se trabajan tres habilidades comunicativas especialmente útiles para el día a día:

1. **Lenguaje respetuoso y directo** (sin infantilizar ni excluir).
2. **Validación emocional** (nombrar emociones sin dramatizar).
3. **Asertividad y límites** (sobre todo con familia o entorno cuando hay exigencias impropias).

### 4) Prevención del maltrato: del “no hacer daño” al “cuidar con garantías”

Esta unidad parte de una idea muy práctica: el maltrato no es solo un acto extremo, también puede ser un **continuo** que incluye negligencia, trato brusco, humillación, vulneración de intimidad, decisiones impuestas o abandono emocional. El contenido se centra en **prevención**, porque muchas situaciones de “mal cuidado” nacen de prisa, sobrecarga, falta de herramientas relacionales o normalización cultural de prácticas. El informe subraya explícitamente la prevención del maltrato como parte del núcleo competencial a entrenar junto con AICP y el respeto a ritmos y decisiones.

Se trabajan tres bloques:

- ✓ **Reconocer señales** (en la persona, en el entorno, en la dinámica familia/cuidadora/equipo).
- ✓ **Responder sin ponerse en riesgo**: qué registrar (hechos), cómo comunicar, a quién escalar.
- ✓ **Diferencias por ámbito**: el informe señala que en **domicilio** se intensifican necesidades por el trabajo en soledad y mayor exposición a riesgos (incluidas señales de maltrato), por lo que se

entrena especialmente la toma de decisiones y la activación de apoyos.

### 3.3 OTROS RECURSOS DE APRENDIZAJE (CON VÍNCULO)

**Guías y lecturas clave:**

- 1) **Guía Atención Centrada en la Persona (Fundación San Jerónimo).** [fundacionpilares.org](http://fundacionpilares.org)
- 2) **CRE Alzheimer–IMSERSO: “La Atención Centrada en la Persona” (guía documental, PDF).** [CRE ALZHEIMER](#)
- 3) **SEGG: Guía práctica para favorecer el buen trato a las personas mayores (PDF).** [SEGG](#)
- 4) **SEGG: Decálogo para el buen trato (PDF).** [SEGG](#)
- 5) **Informe mundial sobre el edadismo (OMS/Ministerio de Sanidad, PDF en español).** [Ministerio de Sanidad](#)
- 6) **OMS: Global report on ageism (página de recursos y toolkit).** [Organización Mundial de la Salud](#)

**Videos útiles (para aula o autoestudio)**

- 1) **Fundación Pilares (video sobre AICP).** [YouTube](#)
- 2) **CRE Alzheimer–IMSERSO: conferencia sobre ACP en demencias (Teresa Martínez).** [YouTube+1](#)

**Formación online (para ampliar o “apilar” microaprendizajes)**

- 1) **Plataforma de teleformación IMSERSO/CRE Alzheimer (catálogo de cursos).** [Plataforma Teleformación Imserso](#)

### 3.4 PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

**Actividad 1. “Del caso a la práctica”: análisis guiado de una escena cotidiana**

La primera actividad es un trabajo con **microcasos** (residencia y domicilio) basados en escenas típicas: levantarse, aseo, comida, negativa a ducharse, visita familiar que presiona, etc. En pequeños grupos, las y los participantes identifican primero “lo que se haría habitualmente” y luego lo reescriben en clave AICP: ¿qué elección real puedo ofrecer?, ¿qué ritmo debo respetar?, ¿qué parte puede hacer la persona?, ¿qué frase o gesto puede ser infantilizante?, ¿dónde se vulnera intimidad? Esta actividad no busca “la respuesta perfecta”, sino entrenar el **ojo clínico-**

**relacional:** detectar en qué momento se pierde la dignidad y cómo corregirlo sin que el servicio se vuelva inviable. La discusión final en plenario permite construir un “banco de buenas prácticas” realista y compartido, en línea con la necesidad de formación **aplicada al día a día** que aparece en el informe.

### **Actividad 2. Mapa de preferencias y rutina significativa (producto transferible)**

Aquí cada participante elabora, a partir de un caso ficticio o de su experiencia, un **Mapa de Preferencias** (qué le gusta, qué no tolera, qué le calma, qué le activa, cómo prefiere ser llamada, rituales importantes) y lo convierte en una **rutina significativa** de una página. La clave didáctica es que el producto sea **usable**: un documento que podría entregarse al equipo (residencia) o acordarse con familia (domicilio) para asegurar continuidad del trato digno. Esta actividad aterriza la idea del informe de que no basta con cubrir cuidados básicos: también se espera que la persona cuidadora sepa **conectar, conversar y sostener rutinas con sentido**, especialmente cuando hay soledad.

### **Actividad 3. Role-play con observación estructurada: “cercanía sin infantilizar”**

Se realiza una simulación de 8–10 minutos por pareja o trío, con guion breve. Un participante asume el rol de cuidadora, otro el de persona mayor (con un perfil: cansancio, vergüenza, deterioro leve, irritación), y un tercero observa con una rúbrica simple. El foco no es “actuar bien”, sino entrenar conductas micro: pedir permiso antes de tocar, ofrecer opciones, explicar el paso siguiente, validar emoción, evitar diminutivos, y sobre todo **consultar en vez de imponer**. Se incorpora explícitamente la dimensión de edadismo/paternalismo, porque el informe lo destaca como un punto crítico (“no ser paternalista, ni edadista”) dentro del estándar relacional del cuidado.

La actividad termina con retroalimentación en tres capas: autoevaluación (“qué hice y por qué”), feedback del observador (conductas observables) y cierre del facilitador (microcorrecciones concretas).

### **Actividad 4. Taller “Detector de edadismo”: desmontar hábitos sin culpabilizar**

Se trabaja con una lista de frases y prácticas habituales (“mi niña”, “no te preocupes que yo lo hago”, hablar con la familia ignorando a la persona, suponer incapacidad). En grupo, se analizan **intención vs efecto**: muchas

veces la intención es proteger o ser amable, pero el efecto es despojar de agencia. Luego se reescriben alternativas que mantengan calidez sin infantilización. Esta actividad es importante porque ayuda a cambiar cultura profesional sin moralizar: se trata de profesionalizar el trato, tal como el informe plantea que estas habilidades deben entrenarse explícitamente y no depender de la “vocación”.

### **Actividad 5. Micro-simulacro “señales de trato inadecuado”: qué hago mañana si pasa**

Se plantea un escenario breve, especialmente pensado para domicilio (por la soledad): la persona mayor muestra miedo, hay señales de negligencia, o la familia presiona para prácticas que vulneran intimidad. Se pide a las personas participantes que definan un plan de acción en tres tiempos: **(1) proteger en el momento, (2) registrar hechos, (3) comunicar/derivar**. Esto entrena una competencia clave del informe: en domicilio aumentan riesgos y exposición a señales de maltrato, y por tanto la formación debe preparar para actuar con seguridad y respaldo, no solo con “buena intención”.

## **3.5 PROPUESTA DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

### **1) Enfoque general: evaluar “competencia observable”, no solo conocimiento**

Para esta temática, la evaluación debe comprobar que la persona cuidadora **puede traducir AICP en conducta**, porque el informe es muy claro en distinguir entre formaciones que “certifican exposición” y formaciones que desarrollan competencias mediante **práctica, supervisión y evaluación con sentido**.

Por eso, la evaluación se plantea como una combinación de evidencias breves, prácticas y acumulativas: desempeño en simulación, producto transferible (mapa de preferencias), resolución de caso y reflexión profesional. Es especialmente importante que el criterio sea **conductual**: qué dijo, cómo lo dijo, si pidió permiso, si ofreció elección, si respetó ritmos, si evitó infantilizar, si protegió intimidad.

### **2) Evaluación formativa (durante la sección): feedback que construye habilidad**

Durante las actividades se aplica evaluación formativa con dos herramientas. La primera es una **rúbrica de observación** para role-play, con indicadores sencillos (“ofrece al menos una elección real”, “evita diminutivos/infantilización”, “válida emoción”, “consulta antes de intervenir”, “protege intimidad”). La segunda es un **diario breve de**

**microaprendizajes** (3–5 líneas al final): qué conducta cambio mañana, qué me cuesta y qué apoyo necesito. Esta evaluación formativa es clave para que el aprendizaje no se quede en lo declarativo (“sé lo que es AICP”), sino en lo incorporado.

### 3) Evaluación sumativa (al cierre): tres evidencias pequeñas pero potentes

La evaluación final puede estructurarse en tres evidencias complementarias:

1. **Caso integrador escrito (1–2 páginas):** se entrega un caso realista y se pide proponer una intervención AICP completa (rutina significativa + comunicación + prevención de trato inadecuado). Lo evaluable no es “escribir bonito”, sino la coherencia práctica: ¿incluye microdecisiones?, ¿contempla ritmos?, ¿evita paternalismo?, ¿define qué hacer ante señales de riesgo?
2. **Desempeño en simulación breve:** una interacción de 8–10 minutos evaluada con rúbrica. Este formato es muy adecuado porque mide exactamente lo que el informe exige como estándar profesional: capacidad de **relacionarse sin dañar**, sostener vínculo y actuar en situaciones emocionalmente exigentes.
3. **Producto transferible (Mapa de preferencias + micro-plan):** se evalúa la calidad del documento como herramienta de continuidad del cuidado. Se valora si es claro, respetuoso, aplicable al contexto y si traduce preferencias en acciones concretas (qué hacer / qué evitar / cómo apoyar). Esto ayuda a que la evaluación tenga “salida” al puesto.

### 3.6 CRITERIOS DE LOGRO: ESTÁNDARES MÍNIMOS Y NIVELES

Finalmente, se recomienda definir criterios de logro en tres niveles (básico, competente, excelente) para evitar evaluaciones ambiguas. En nivel competente, por ejemplo, la persona debe demostrar que: (a) integra al menos tres microdecisiones en una escena cotidiana, (b) evita infantilización/edadismo y sabe reformular lenguaje, y (c) identifica señales de trato inadecuado y describe un circuito de actuación realista. Esto se alinea con el énfasis del informe en que estas habilidades deben ser enseñadas y evaluadas, no dejadas a la “buena voluntad” individual.

## **4 SECCIÓN 2. MANEJO DE DEMENCIAS Y DETERIORO COGNITIVO (INCLUYE ALTERACIONES CONDUCTUALES)**

### **4.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE**

Al finalizar esta sección, las personas participantes podrán:

1. Comprender de forma práctica qué es una demencia, cómo progresa y qué cambios cognitivos, emocionales y funcionales pueden aparecer, diferenciándolos de situaciones reversibles frecuentes (p. ej., delirium, dolor, infecciones, deshidratación).
2. Aplicar estrategias de comunicación ajustadas al deterioro cognitivo (lenguaje, ritmo, validación, orientación, manejo de la repetición) manteniendo un enfoque AICP y trato digno.
3. Interpretar las "conductas" como comunicación de necesidades (malestar, miedo, dolor, aburrimiento, sobreestimulación) y realizar una lectura situacional para intervenir sin escalar el conflicto.
4. Implementar intervenciones no farmacológicas de primera línea para síntomas psicológicos y conductuales (agitación, resistencia al cuidado, agresividad verbal, deambulación, alteraciones del sueño), adaptadas al domicilio y a la residencia.
5. Actuar con seguridad ante episodios de alto riesgo (agitación intensa, agresión, fugas/deambulación peligrosa), sabiendo qué hacer en el momento, cómo registrar y cuándo activar apoyo/derivación.
6. Construir un plan breve y compartible (equipo/familia) que incorpore desencadenantes, señales tempranas, estrategias que funcionan y pautas de continuidad del cuidado.

En línea con el informe, estos objetivos están planteados para "aterrizar" en lo cotidiano y evitar el problema repetido de formaciones "útiles pero poco profundas" en contenidos complejos como demencias y conducta.

### **4.2 CONTENIDOS DE APRENDIZAJE**

**1) Comprender la demencia desde la práctica cotidiana (y no solo desde lo clínico)**

El punto de partida es que la demencia no se aprende para “poner etiquetas”, sino para **anticipar y adaptar el cuidado**. Se explican, de manera aplicada, los principales cambios que pueden aparecer: memoria, orientación, lenguaje, juicio, iniciativa, atención, percepción, regulación emocional y funciones ejecutivas. El énfasis se pone en cómo esos cambios se traducen en situaciones habituales: olvidar instrucciones, confundir tiempos, interpretar mal un gesto, sentirse amenazada durante el aseo o no reconocer el entorno. Esta comprensión permite reducir errores comunes del cuidado (p. ej., discutir “con lógica”, corregir de forma brusca, acelerar tareas) que suelen incrementar resistencia y estrés.

En paralelo, se enseña una alerta clave para personas cuidadoras profesionales: **no todo empeoramiento es “la demencia”**. Se entrenan señales para sospechar causas reversibles o tratables que impactan conducta y bienestar (dolor, estreñimiento, infección urinaria, deshidratación, falta de sueño, efectos adversos de fármacos, cambios ambientales). Esto es decisivo porque muchas “conductas” bajan cuando se identifica el origen físico o ambiental.

## 2) AICP en demencias: “quién es” la persona para poder cuidar mejor

Aquí se trabaja el enfoque AICP específicamente en demencias: la persona puede perder capacidades, pero **no pierde su identidad**, y el cuidado mejora cuando se sostiene su historia de vida, preferencias y hábitos. Se aprende a recoger y usar información clave (cómo le gusta ser llamada, rutinas previas, comidas significativas, miedos, biografía laboral, valores, música, temas que calman o activan). Se muestra cómo esta información se traduce en decisiones pequeñas que cambian el resultado: la forma de acercarse, el orden de las tareas, el entorno, el horario, el tipo de explicación.

Este bloque conecta con la expectativa formativa que el informe identifica: no se demanda “lo básico”, sino herramientas para manejar escenarios complejos, y en demencias eso significa **individualización real + continuidad** entre turnos o entre personas cuidadoras (residencia) y acuerdos claros con la familia (domicilio).

## 3) Comunicación ajustada al deterioro cognitivo (para prevenir resistencia)

Se enseña una comunicación “de baja fricción” orientada a disminuir confusión y amenaza. Se trabajan pautas concretas: frases cortas, una instrucción por vez, tono calmado, contacto visual, lenguaje no verbal coherente, ofrecer opciones limitadas, anticipar el paso siguiente y pedir permiso. Se entrena el principio de **validación** (nombrar emoción antes de

insistir en la tarea) y la técnica de **redirección** (cambiar el foco sin confrontar) para repetición, ideas fijas o insistencias. El contenido se aterriza en escenas muy específicas (ducha, cambio de ropa, medicación, hora de dormir), porque es allí donde el informe señala que las brechas aparecen como “insuficiente profundidad” en el día a día.

#### 4) **Alteraciones conductuales: entender “qué comunica” la conducta y cómo intervenir**

Este es el núcleo de la sección. Se trabaja la idea central: la conducta es una **forma de comunicación** cuando la persona no puede expresar necesidades de otro modo. Se enseña a leer la conducta con un marco simple y potente:

- **Qué pasó antes** (desencadenante: ruido, prisa, dolor, hambre, vergüenza, cambio de persona cuidadora, sobremedicación, fatiga).
- **Qué hace exactamente** (conducta observable, sin juicios).
- **Qué ocurre después** (consecuencia: obtiene atención, evita la tarea, se sobreestimula, se le fuerza).

Con ese marco, se entrenan intervenciones no farmacológicas: ajustar entorno (luz, ruido, privacidad), adaptar la tarea (pasos pequeños, pausas), cambiar el momento del día, introducir una actividad con sentido, usar música u objetos de calma, caminar acompañada, ofrecer hidratación/comida si procede, o simplemente detener la tarea y volver más tarde con otra estrategia. Este bloque responde directamente a la demanda recurrente del informe por especialización en deterioro cognitivo y alteraciones conductuales, incluyendo agresividad.

#### 5) **Seguridad y manejo de crisis: cuando hay riesgo (para la persona cuidada y para la persona cuidadora)**

Se diferencian situaciones “molestas” de situaciones “peligrosas”. Se enseña a identificar señales tempranas de escalada (tensión corporal, aumento de volumen, mirada de alerta, rechazo intenso) y a aplicar desescalada: dar espacio, bajar estímulos, reducir lenguaje, no discutir, proteger la propia seguridad, y priorizar la calma sobre la tarea. Se incluyen pautas concretas para episodios de agresión: **no enfrentar**, posicionamiento corporal seguro, salida de escena si hace falta, y activación de apoyo.

Este bloque también se adapta por ámbito: en **domicilio**, el trabajo en soledad obliga a saber cuándo parar y a quién llamar; en **residencia**, la

clave es coordinación y protocolo compartido. El informe señala justamente que en domicilios se intensifican necesidades por soledad y exposición a riesgos.

#### **6) Plan de cuidado breve y compartible: continuidad entre personas cuidadoras/equipo/familia**

Se enseña a transformar lo aprendido en un instrumento sencillo: un **Plan de Apoyo en Demencia** de una página, con cuatro apartados: “lo que le calma”, “lo que le activa”, “señales tempranas”, “qué hacer/qué evitar”. Esta pieza es clave para que el aprendizaje no se pierda en el turno siguiente o en el relevo del SAD, y para que la familia no presione hacia prácticas que empeoran el cuadro por desconocimiento.

### **4.3 RECURSOS DE APRENDIZAJE RECOMENDADOS (MATERIALES, LECTURAS, VIDEOS)**

Para esta sección conviene combinar recursos **prácticos** (manejo de conducta) con guías de referencia **robustas**:

- 1) **CRE Alzheimer–IMSERSO: Atención centrada en la persona (ACP) y demencias** (apartados de conocimiento de la persona, autonomía, comunicación, intimidad y entorno). [CRE ALZHEIMER](#)
- 2) **CRE Alzheimer–IMSERSO: Trastornos de conducta en demencia (detección y manejo)**, útil para sistematizar abordajes y criterios de actuación. [CRE ALZHEIMER](#)
- 3) **CRE Alzheimer–IMSERSO (Blog): ponencias y materiales sobre trastornos de conducta**, con énfasis en intervenciones no farmacológicas. [Blog del CRE Alzheimer](#)
- 4) **IMSERSO (PDF): Guía de orientación en la práctica profesional de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias** (recurso extenso, útil como manual de consulta). [IMSERSO](#)
- 5) **NICE Guideline NG97 (Dementia)**: recomendaciones con enfoque de atención centrada en la persona y formación del personal (útil como estándar internacional). [NICE+1](#)
- 6) **IPA – Complete Guide to BPSD (PDF)**: guía internacional sobre síntomas psicológicos y conductuales y abordajes. [Asociación Psicogeriatría](#)

Selección alineada con el informe: prioriza recursos que ayudan a “ganar densidad” en los nudos críticos (demencias, conducta, seguridad, enfoque centrado en la persona).

#### 4.4 PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

##### 1) Actividad 1. “La conducta tiene sentido”: laboratorio de interpretación con casos reales

Se trabaja con 3–4 escenas breves (vídeo corto o caso escrito) donde aparece una conducta (agitación en el aseo, negativa a comer, deambulación repetitiva, insultos). La actividad guía al grupo a pasar de la etiqueta (“está agresiva”, “es imposible”) a una lectura funcional: **qué necesidad puede estar expresando y qué está pasando en el entorno**. La facilitación insiste en describir hechos observables y evitar juicios. El producto final es un listado de hipótesis y 2–3 intervenciones no farmacológicas por caso, con énfasis en las que sí son viables en turno real.

##### 2) Actividad 2. Mapa ABC + “gatillos” y señales tempranas (herramienta de trabajo)

Cada participante completa una ficha ABC (antecedente–conducta–consecuencia) a partir de un caso propio o proporcionado. La potencia didáctica está en que la ficha obliga a pensar qué ocurre **antes y después**, y por tanto permite diseñar prevención (cambiar antecedente) en lugar de reaccionar tarde. Se añade un apartado de “señales tempranas” para detectar escalada y actuar antes de la crisis. Esta actividad responde al problema que identifica el informe: muchas personas cuidadoras sienten que las formaciones no bajan al nivel de detalle que necesitan para manejar demencias en el día a día.

##### 3) Actividad 3. Role-play de comunicación en deterioro cognitivo (con foco en aseo y resistencia)

Se realizan simulaciones muy concretas (ducha/aseo, cambio de ropa, retirada de objetos, acostarse) porque son escenarios de alto roce. El objetivo no es “interpretar”, sino **automatizar microhabilidades**: aproximación respetuosa, pedir permiso, ofrecer opciones, validar emoción, fragmentar tareas, pausar y reintentar. La persona observadora usa una rúbrica breve (claridad, validación, respeto, reducción de estímulos, ausencia de confrontación). Tras cada role-play se hace retroalimentación centrada en conductas observables y una micro-mejora para repetir en el segundo intento.

#### **4) Actividad 4. Auditoría del entorno (domicilio/residencia): “menos estímulo, más orientación”**

En grupos, se revisa un “plano” o fotos tipo de un domicilio y de una habitación/unidad residencial (material didáctico). Se identifican elementos que pueden disparar confusión o agitación (ruido, sombras, exceso de objetos, falta de señalización, falta de privacidad) y se proponen cambios de bajo coste. Esto entrena una idea clave: muchas conductas bajan cuando el entorno deja de ser amenazante y cuando la rutina es predecible.

#### **5) Actividad 5. Plan de apoyo en demencia (1 página) + “relevo efectivo”**

Como cierre práctico, cada participante elabora el Plan de Apoyo (calmantes/activadores/señales/acciones) y luego ensaya cómo lo comunicaría en dos contextos: (a) relevo de turno/equipo (residencia) o (b) conversación con familia y coordinación (domicilio). El foco es que el plan sea **claro y accionable**, y no un texto genérico. Esto se alinea con la recomendación del informe de fortalecer formatos competenciales, prácticos y transferibles.

### **4.5 PROPUESTA DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

#### **Enfoque general: evidencias breves, prácticas y “de puesto”**

Dado que el informe subraya que la formación se valora pero queda corta en profundidad en nudos críticos como demencias, la evaluación aquí debe medir si la persona **puede actuar con criterio**, no solo si reconoce conceptos.

Por eso se recomienda una evaluación “triangulada”: resolución de caso, desempeño en simulación y un producto final aplicable (plan de apoyo). Así se evita el riesgo de aprobar por memoria y fallar en la escena real.

#### **1) Evaluación formativa: retroalimentación continua orientada a mejora**

Durante las actividades se evalúa de forma formativa con: (1) rúbrica de role-play (comunicación ajustada, validación, no confrontación, microdecisiones), y (2) revisión guiada de fichas ABC (calidad de hipótesis, pertinencia de intervenciones propuestas, identificación de desencadenantes plausibles). El objetivo es que la persona vea rápidamente “qué hace bien” y “qué ajustar” antes del cierre, porque en demencias el aprendizaje es altamente conductual.

#### **2) Evaluación sumativa: tres evidencias de competencia**

- ✓ **Caso integrador escrito (1–2 páginas).** Se entrega un caso de demencia con conducta compleja y se pide: lectura ABC, hipótesis de necesidad, 3 intervenciones no farmacológicas, y pauta de comunicación. Se evalúa claridad, realismo y alineación con AICP (no imponer, adaptar ritmos, evitar escalada).
- ✓ **Simulación breve (8–10 min).** Se observa una interacción (aseo o negativa a actividad) y se puntúa con rúbrica: aproximación, lenguaje, validación, fragmentación de tarea, manejo de resistencia, seguridad. Esta prueba es especialmente coherente con el informe porque mide el “nudo crítico” tal como ocurre en la práctica.
- ✓ **Producto final: Plan de Apoyo en Demencia (1 página).** Se evalúa si el plan es accionable: identifica calmantes/activadores, señales tempranas, acciones concretas, y un “qué evitar”. Se valora también la capacidad de explicarlo oralmente en un “relevo” de 2 minutos (residencia) o en una mini conversación con familia (domicilio).

#### 4.6 CRITERIOS MÍNIMOS DE LOGRO

Para considerar la sección superada con nivel “competente”, la persona debe demostrar que: (a) interpreta una conducta sin culpabilizar y propone al menos dos ajustes del entorno/tarea; (b) usa comunicación ajustada (validación + redirección) sin confrontación; y (c) conoce cuándo parar/activar apoyos por seguridad. Esto responde al objetivo del informe de reforzar pertinencia, profundidad y aplicabilidad en los contenidos complejos.

## 5 SECCIÓN 3: COMUNICACIÓN PROFESIONAL Y RELACIÓN DE AYUDA

### 5.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar esta sección, las personas participantes serán capaces de:

- 1) Aplicar habilidades de comunicación verbal y no verbal para construir una relación de ayuda basada en respeto, calma y validación emocional, incluso en situaciones de deterioro cognitivo o alta carga emocional.
- 2) Practicar comunicación asertiva (pedir, informar, poner límites, decir “no” de forma profesional) con personas mayores y familias, evitando escaladas de tensión.
- 3) Identificar y manejar situaciones frecuentes de conflicto con familias (exigencias fuera del rol, expectativas difusas, presiones, trato inadecuado), activando canales de apoyo/mediación.
- 4) Comunicar de manera estructurada y segura con coordinación y equipos sociosanitarios: qué reportar, cómo reportarlo y cuándo hacerlo, diferenciando urgencias, incidencias y seguimiento.
- 5) Registrar y trasladar información relevante con criterios de confidencialidad, continuidad asistencial y protección de la persona atendida y de la profesional.

### 5.2 CONTENIDOS DE APRENDIZAJE

#### 1) **Comunicación profesional con la persona mayor: relación de ayuda, presencia y respeto**

La comunicación en cuidados no es “conversar”: es una herramienta clínica y ética para sostener bienestar, seguridad y autonomía. En el estudio, las organizaciones y personas cuidadoras resaltan que el “núcleo con alma” del cuidado incluye paciencia, escucha activa, validación emocional y comunicación verbal/no verbal; y que estas habilidades deben enseñarse explícitamente (no asumirlas como “vocación”).

En esta unidad se trabaja la **presencia profesional**: entrar en la interacción con calma, disponibilidad y coherencia entre lo que se dice

y lo que el cuerpo comunica (mirada, postura, tono, ritmo). Se revisa cómo el estrés, la prisa y la multitarea deterioran el vínculo y aumentan resistencias, y se incorporan micro-hábitos prácticos (pausas breves, respiración, formular una frase clara antes de actuar, pedir permiso antes de tocar o mover).

Se abordan técnicas base de la relación de ayuda: **escucha activa** (parafrasear, verificar comprensión, preguntas breves), **empatía operacional** (nombrar emoción sin dramatizar: "entiendo que esto te incomoda"), y **validación emocional** (reconocer la experiencia aunque no se comparta la interpretación). Estas técnicas se conectan con situaciones reales del trabajo: rechazo al aseo, negativa a comer, miedo a la movilización, frustración por pérdida de autonomía, duelo, soledad o irritabilidad.

## 2) **Comunicación verbal y no verbal: claridad sin infantilizar, y adaptación a ritmos**

Se trabaja el equilibrio entre cercanía y profesionalidad: hablar con respeto, evitar diminutivos/infantilización, y adecuar el lenguaje a la comprensión real de la persona. En lo verbal, se practican mensajes breves, concretos y orientados a la acción ("ahora vamos a levantarnos, primero giramos hacia tu derecha"), evitando explicaciones largas en momentos de ansiedad. En lo no verbal, se profundiza en señales de bienestar o malestar (tensión facial, evitación de mirada, rigidez, respiración acelerada) para anticipar conflictos y ajustar el acompañamiento.

Se introduce el concepto de "**ritmo compartido**": en cuidados, la persona mayor marca el tempo, y el trabajo profesional consiste en sostener la tarea respetando esa temporalidad. Esto se vincula con la evidencia del informe sobre la necesidad de competencias relacionales para "cuidar sin dañar" y para sostener vínculos en situaciones emocionalmente exigentes.

## 3) **Comunicación en deterioro cognitivo y conductas complejas: guiar sin imponer, desescalar sin confrontar**

Dado el peso que tienen las demencias y las alteraciones conductuales en las demandas formativas, la comunicación se aborda como herramienta de prevención de incidentes.

Se trabajan estrategias concretas para:

- ✓ Dar opciones limitadas (2 alternativas) en lugar de preguntas abiertas que confunden.
- ✓ Usar apoyos no verbales (señalar, mostrar, acompañar con gesto) cuando el lenguaje falla.
- ✓ Evitar confrontar ("no es verdad"), y reconducir desde el propósito ("vamos a estar tranquilas").
- ✓ Identificar disparadores: ruido, dolor, hambre, cansancio, cambios de rutina, invasión del espacio personal.
- ✓ Desescalar: tono bajo, frases cortas, distancia adecuada, reducir estímulos, ofrecer actividad alternativa.

Aquí es clave que la persona cuidadora aprenda a **leer la conducta como comunicación** (necesidad no expresada) y a pedir apoyo cuando la situación excede su rol. Esta última idea conecta con un hallazgo cualitativo del informe: las personas cuidadoras señalan que el problema no es solo "aprender a gestionar", sino **no estar solas**, y demandan mediación, seguimiento y respaldo organizacional ante conflictos.

#### **4) Relación con familias: información, límites y manejo de tensiones**

El estudio muestra con claridad que una parte importante del "trabajo real" ocurre en una frontera difusa entre expectativas familiares, tareas contratadas, y la necesidad de proteger el rol profesional.

En esta unidad se entrena una relación con familias basada en tres pilares:

1. **Información útil y acordada:** qué se puede informar (observaciones funcionales, cambios relevantes, rutinas acordadas) y qué no (juicios, diagnósticos, comentarios que vulneren intimidad). Se enseña a comunicar hechos observables (conductas, señales, episodios) y a diferenciar entre "opinión" y "registro".
2. **Límites profesionales y encuadre del servicio:** cómo explicar el alcance del rol sin confrontar, especialmente cuando aparecen demandas fuera del servicio (por ejemplo, "limpieza extrema", tareas domésticas ampliadas, exigencias hacia la persona cuidadora). En los grupos focales aparecen ejemplos donde el aprendizaje y la formación ayudan a **poner fronteras** y a derivar a coordinación para evitar discusiones directas.

Se practican guiones breves de asertividad: "puedo ayudarte con X, para Y necesitamos consultarlo con coordinación"; "para cuidar

bien, necesito priorizar seguridad y bienestar; si lo revisamos con la coordinadora lo resolvemos mejor”.

3. **Manejo de tensiones y expectativas:** se analizan conflictos típicos (familia que minimiza riesgos, familia que “manda”, familia con culpa/duelo, discrepancias entre lo que la persona mayor quiere y lo que la familia pide). Se trabajan técnicas de despersonalización del conflicto (“vamos a centrarnos en la necesidad”), y el uso de la coordinación como respaldo legítimo. Esto se sostiene en un hallazgo del informe: el apoyo de personas coordinadoras y mediación con familias es percibido como “espalda” clave, sobre todo en domicilio.

#### 5) Trabajo en equipo y comunicación con coordinación/sociosanitario: qué reportar, cómo y cuándo

El informe identifica la coordinación con otros profesionales sociosanitarios como una expectativa formativa relevante (incluida entre quienes no tienen formación especializada) y también como un aprendizaje reportado como insuficiente para una parte del colectivo.

Por eso, esta unidad enseña a comunicar para asegurar continuidad y seguridad, diferenciando dos entornos:

- ✓ **Residencial:** comunicación de turno y registro para continuidad (cambios en estado general, sueño, apetito/hidratación, dolor, caídas, lesiones cutáneas, estado emocional, conducta, adherencia a rutinas significativas).
- ✓ **Domiciliario:** reporte a coordinación (llamadas/WhatsApp corporativo según protocolo) y comunicación con red sociosanitaria cuando corresponda (indicaciones de enfermería, centro de salud, urgencias).

Se incorpora un esquema simple para reportes: **urgente vs. no urgente**, y **hechos observables vs. interpretación**. También se introduce una herramienta estructurada tipo SBAR (Situación–Antecedentes–Valoración–Recomendación) para ordenar la información en llamadas o traspasos, reduciendo ambigüedad y mejorando respuesta del equipo. [IMAS](#)

### 5.3 OTROS RECURSOS DE APRENDIZAJE

- 1) Guía práctica: cómo comunicarse con una persona con demencia (estrategias verbales/no verbales y escucha activa). [Alzheimer's Society](#)

- 2) Recursos para personas cuidadores: pautas y estrategias de comunicación y manejo cotidiano en demencia (NIA/Alzheimer's.gov). [Alzheimer's Gobierno](#)
- 3) Recomendaciones del CRE Alzheimer (IMSERSO) sobre componentes emocionales del cuidado y la comunicación en demencia. [Blog del CRE Alzheimer](#)
- 4) "Guía de buen trato a las personas mayores" (enfoque de derechos, trato, privacidad, secreto profesional; útil para encuadre comunicacional). [Madrid](#)
- 5) Herramienta SBAR del Institute for Healthcare Improvement (marco de comunicación efectiva entre profesionales). [IMAS](#)
- 6) Guía de apoyo psicosocial para profesionales en el trabajo con familias cuidadoras (útil para entender y acompañar tensiones familiares). [Rey Ardid](#)

## 5.4 PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

- 1) **Role plays guiados con guiones "cortos" y retroalimentación inmediata**  
Se proponen simulaciones breves (5–7 minutos) con escenas típicas del trabajo, seguidas de retroalimentación estructurada. En la primera ronda, la persona cuidadora practica "como lo haría normalmente"; en la segunda, repite incorporando dos técnicas concretas (p. ej., validación emocional + mensaje asertivo). Las escenas se diseñan para ambos ámbitos: en residencia (persona mayor rechaza el aseo; comunicación en cambio de turno) y en domicilio (familia pide tareas fuera del rol; persona mayor se irrita durante una movilización). La retroalimentación se centra en: claridad del mensaje, tono, lenguaje corporal, respeto, capacidad de sostener límites sin conflicto, y uso adecuado de coordinación como apoyo.
- 2) **Análisis de casos con "mapa de comunicación" (persona mayor–familia–equipo)**  
Se trabaja con casos escritos (1–2 páginas) donde se identifican actores, necesidades, riesgos, emociones probables, y puntos críticos de comunicación. El objetivo es que el grupo construya un "mapa" que responda: qué necesita escuchar cada actor, qué información es relevante, qué no debo decir, y qué canal corresponde (registro, llamada a coordinación, conversación con familia, aviso a enfermería). Esta actividad aterriza el "qué reportar, cómo y cuándo" que el estudio señala como nudo formativo.

### 3) Taller de “comunicación en frontera”: poner límites sin romper el vínculo

A partir de testimonios del informe sobre demandas difusas y presiones (por ejemplo, exigencias de tareas domésticas ampliadas), se construyen guiones profesionales breves: 1) reconocer/pivotar (“entiendo lo que necesita”), 2) encuadrar (“mi servicio se centra en...”), 3) derivar (“lo reviso con coordinación”), 4) cerrar con propuesta (“mientras tanto, hoy puedo hacer...”). Se practica especialmente para domicilio, donde la cuidadora puede sentirse sola y expuesta.

### 4) Simulación de llamada/traspaso con formato SBAR

En duplas, una persona hace de persona cuidadora y otra de coordinación/enfermería. Se entrega un “parte” con información desordenada y la cuidadora debe ordenar el reporte con SBAR en 90 segundos. Luego se repite mejorando precisión: hechos, antecedentes relevantes, valoración, recomendación/petición concreta. Esta actividad entrena comunicación segura y reduce malentendidos, clave para continuidad asistencial. [IMAS](#)

### 5) Diario reflexivo breve (micro-reflexiones de 5 minutos)

Durante una semana (o entre sesiones), cada persona participante registra 3 situaciones comunicacionales: qué ocurrió, qué emoción apareció, qué dijo/hizo, qué habría hecho distinto. En aula se comparten 2–3 ejemplos (voluntarios) para normalizar dificultades, disminuir culpa y traducir experiencia en aprendizaje. Esto es especialmente relevante porque el informe muestra que el trabajo emocional y los conflictos requieren no solo “contenido”, sino dispositivos de supervisión y apoyo.

## 5.5 PROPUESTA DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN

### 1) Evaluación práctica tipo “demostración de competencia” (observación con rúbrica)

El método principal recomendado es una evaluación práctica, porque el informe advierte la diferencia entre “cumplimiento” (solo cuestionarios) y formación real orientada al desarrollo de competencias. Se realiza una simulación final (10 minutos) donde la persona cuidadora debe resolver dos situaciones: (1) interacción con persona mayor con resistencia leve o ansiedad; (2) conversación con familiar con expectativa desajustada o tensión. La rúbrica valora criterios observables: inicio respetuoso, claridad, escucha activa, validación emocional, no infantilización, manejo de silencios, capacidad de reconducir, establecimiento de límites, y cierre con acuerdo/derivación a coordinación cuando corresponde.

### 2) Caso escrito aplicado: “qué informo, a quién y por qué canal”

Se entrega un caso breve (residencia o domicilio) con incidentes y

cambios sutiles. La evaluación consiste en que la participante redacte: (a) un registro objetivo de hechos; (b) un mensaje corto a coordinación; (c) qué le diría a la familia (si aplica) y qué no diría. Este instrumento evalúa comprensión de confidencialidad, continuidad asistencial y pensamiento profesional, muy ligado a los “nudos críticos” que el estudio identifica.

**3) Micro-quiz de seguridad comunicacional (formativo, no punitivo)**

Un cuestionario corto (10 ítems) sirve para fijar conceptos: diferencia entre hechos e interpretaciones, señales de alarma que requieren aviso inmediato, frases a evitar (infantilización, confrontación), y pasos de un reporte estructurado. Se utiliza como retroalimentación para detectar lagunas y reforzar aprendizaje, no como filtro excluyente.

**4) Autoevaluación y coevaluación (metacognición profesional)**

Cada participante completa una autoevaluación breve antes y después del bloque: identifica 2 fortalezas y 2 aspectos a mejorar (p. ej., “me cuesta poner límites sin justificarme”; “elevo el tono cuando me siento presionada”). Luego, en actividades de role play, una compañera aplica una lista corta de observación. Esto refuerza la capacidad de autorregularse y consolidar un estilo profesional consistente.

**5) Evidencia de transferencia al puesto (opcional, si el programa lo permite)**

Si el módulo se implementa con apoyo de centros/empresas, puede añadirse una evidencia de transferencia: un “parte” real anonimizado (o simulado) y una breve reflexión sobre cómo cambió su forma de reportar o conversar. Este componente conecta con el enfoque del informe sobre necesidad de dispositivos organizacionales de apoyo y seguimiento, especialmente en domicilio.

## 5.6 CRITERIOS MÍNIMOS DE LOGRO

Se propone definir un umbral mínimo con criterios sencillos, medibles y aplicables tanto a residencia como a domicilio. Se considera que la persona participante ha alcanzado un nivel **competente** si, en las actividades y evaluaciones, demuestra al menos lo siguiente:

- 1) En la **interacción con la persona mayor**, evidencia un estilo comunicativo profesional y respetuoso: inicia la interacción con una aproximación calmada, se dirige a la persona directamente, pide permiso antes de intervenir y mantiene coherencia entre lenguaje verbal y no verbal. En la práctica, esto se verifica porque logra formular mensajes claros y breves, hace al menos una pregunta de verificación (“¿te parece bien así?”, “¿prefieres esto o aquello?”), valida la emoción cuando aparece resistencia (“entiendo que esto te incomoda”) y evita

expresiones infantilizantes o paternalistas. Además, es capaz de ajustar el ritmo de la conversación y la tarea a la respuesta de la persona, sin imponer ni confrontar.

- 2) En la **relación con familias**, demuestra capacidad de **encuadre y límites** sin ruptura del vínculo. Se considera mínimo que pueda explicar el alcance de su rol y del servicio con una frase breve y no defensiva, que pueda decir “no” o “esto no me corresponde” ofreciendo una alternativa profesional (“lo reviso con coordinación”, “podemos acordarlo con el equipo”), y que maneje una situación de tensión sin escalar (mantiene tono, no personaliza, reconduce hacia la necesidad y cierra con un acuerdo o siguiente paso). Para considerarlo logrado, debe diferenciar entre información útil (hechos observables, cambios relevantes) y juicios o interpretaciones, y respetar confidencialidad e intimidad en lo que comunica.
- 3) En el **trabajo en equipo y comunicación con coordinación/sociosanitario**, alcanza el criterio mínimo si puede realizar un reporte estructurado que permita continuidad asistencial. En términos prácticos, debe ser capaz de: (a) identificar al menos un elemento relevante que **sí debe reportarse** (cambio en estado general, caída, dolor, confusión aguda, cambios en ingesta/sueño, lesión, episodio conductual significativo, incumplimiento de seguridad); (b) comunicarlo por el canal adecuado (registro, llamada, mensaje corporativo) y en el momento adecuado (distingue urgencia de seguimiento); y (c) describir hechos observables de manera clara, diferenciándolos de interpretaciones, incluyendo qué necesita del equipo (petición concreta). Si se utiliza SBAR, el mínimo es que ordene la información en “qué pasa” + “qué antecedente importa” + “qué observo” + “qué solicito”.

Finalmente, como criterio transversal, se considera mínimo que la persona participante muestre **autorregulación**: identifica al menos un detonante personal (por ejemplo, sentirse presionada por una familia, o frustración ante resistencia) y aplica una estrategia breve para no descargar tensión en la interacción (pausa, respiración, pedir apoyo, posponer si es seguro). Esto es relevante porque el estudio remarca que la calidad del cuidado está íntimamente ligada a competencias relacionales y emocionales, y que no puede recaer únicamente en la “buena voluntad”.

## 6 SECCIÓN 4: HABILIDADES EMOCIONALES Y SOSTENIBILIDAD DEL CUIDADO

### 6.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar esta sección, las personas participantes podrán:

- 1) Reconocer que la paciencia, la empatía, la escucha activa y la gestión de conflictos son competencias profesionales entrenables (no rasgos personales ni “vocación”) y aplicarlas para cuidar sin dañar y sin desgastarse.
- 2) Identificar señales tempranas de estrés crónico, fatiga emocional y burnout, así como factores de riesgo frecuentes en cuidados (sobrecarga, turnos, trabajo en soledad en domicilio, vínculos intensos, exposición a sufrimiento y muerte).
- 3) Aplicar estrategias concretas de autorregulación (en el momento) y de recuperación (en la semana) para prevenir escaladas emocionales y sostener la calidad del cuidado.
- 4) Acompañar emocionalmente a la persona atendida y a su entorno en procesos de pérdida, deterioro y final de vida, manteniendo límites y derivando cuando corresponda.
- 5) Utilizar recursos y circuitos de apoyo (coordinación, supervisión, mediación, espacios psicosociales) y comprender que la sostenibilidad emocional es también una responsabilidad organizacional, no solo individual.

### 6.2 CONTENIDOS DE APRENDIZAJE

- 1) **“Herramientas, no vocación”: el trabajo emocional como parte del cuidado profesional**

El estudio muestra que, junto a demencias y derechos, aparece una brecha clara en la reducción de impactos emocionales (25,2 %) y en habilidades emocionales (empatía, escucha activa, manejo de conflictos: 21,4 %), lo que confirma que no basta con “saber hacer” tareas: hay que saber sostener situaciones complejas sin romperse. En esta unidad se plantea explícitamente que la regulación emocional y las habilidades relacionales no son un “extra amable”, sino un

componente de calidad y seguridad. Se trabaja la diferencia entre “ser buena persona” y “tener recursos profesionales”: cómo proteger la dignidad y el vínculo incluso cuando hay prisa, fatiga, resistencias o tensión con familias.

## 2) **Autocontrol, empatía y escucha activa en el día a día: microhabilidades observables**

Aquí se aterriza la empatía en conductas concretas: escuchar sin interrumpir, validar emociones (“entiendo que esto te incomoda”), hacer preguntas breves de verificación y sostener silencios sin llenarlos de consejos. Se entrena la paciencia como capacidad de regular el propio ritmo para acompañar el de la persona mayor, especialmente en situaciones repetitivas o frustrantes. Se aborda un punto clave señalado en el estudio: muchas personas cuidadoras y familias observan que el cuidado emocional y la socialización no son “decoración”, sino una expectativa real del servicio, y que sostenerlo exige preparación emocional y autocuidado.

## 3) **El estrés como riesgo laboral y no como “debilidad”: mapa de activación y señales tempranas**

A partir de evidencias cualitativas, se trabaja que el estrés no es solo “algo a gestionar”, sino un riesgo laboral que requiere reconocimiento y apoyos: en especial en domicilio, donde la soledad y la exposición a incidentes aumentan el desgaste. Se construye un “mapa personal de activación” (qué me dispara: prisa, gritos, exigencias, olores, dolor ajeno, familiares demandantes) y se identifican señales tempranas (irritabilidad, tensión corporal, apatía, cinismo, insomnio, desconexión emocional). El foco está en detectar pronto, porque el cuidado se deteriora cuando se actúa ya desde el agotamiento.

## 4) **Burnout, fatiga por compasión y desgaste por vínculo: diferenciar para intervenir mejor**

Se introducen tres conceptos de forma muy aplicada:

- ✓ **Burnout** como respuesta a estrés laboral crónico no gestionado, asociado a demandas altas, baja autonomía, roles difusos, falta de reconocimiento y apoyo.
- ✓ **Fatiga por compasión / estrés traumático secundario** como desgaste por exposición continuada al sufrimiento, al dolor o a historias difíciles.
- ✓ **Desgaste por vínculo**: cuando el apego, la internalización de la responsabilidad o los límites borrosos (muy común en cuidados

prolongados y en internos) hacen que la cuidadora “no desconecte”.

El informe recoge explícitamente la necesidad de formación en estrés, resiliencia y burnout, porque son trabajos con alta carga física y emocional. En paralelo, se conecta con el hallazgo de familias sobre la falta de descanso/rotación en internas y cómo “pasa factura” y afecta al vínculo y a la calidad del cuidado.

5) **Estrategias de sostenibilidad: autorregulación en el momento + recuperación en la semana**

Se trabajan dos niveles. En el nivel “en el momento”, se entrenan herramientas breves (1–3 minutos) para cortar escaladas: pausa corporal, respiración de aterrizaje, frase interna de reencuadre (“no es contra mí, es una necesidad”), y pedir apoyo antes de desbordarse. En el nivel “en la semana”, se construyen rutinas realistas de recuperación: sueño, microdescansos, hidratación, límites de disponibilidad, y acuerdos de relevo/descanso cuando el formato laboral lo permite. El punto central, coherente con el estudio, es que la sostenibilidad emocional mejora cuando se combina formación con condiciones operativas y dispositivos de apoyo (supervisión, mediación, seguimiento).

6) **Manejo de conflictos: de la reactividad a la intervención profesional**

Este bloque no repite la comunicación “técnica” (trabajada en la sección 3), sino la parte emocional del conflicto: cómo no engancharse en provocaciones, cómo sostener límites sin entrar en lucha de poder, y cómo salir de escenas tensas sin sensación de derrota. Se entrenan respuestas centradas en necesidad y seguridad (“ahora priorizo que esté tranquila y segura; lo acordamos con coordinación”), y se establece un criterio clave: si el conflicto se repite o hay maltrato verbal, se activa circuito de apoyo (coordinación/mediación), porque el estudio muestra que muchas personas cuidadoras señalan que el problema es “no estar solas” cuando ocurren incidentes.

7) **Duelo y acompañamiento emocional: sostener sin invadir, y cerrar sin culpas**

Se aborda el duelo en tres formas frecuentes en cuidados: duelo anticipado (deterioro progresivo), duelo en final de vida (paliativos) y duelo posterior al fallecimiento. Se entrena qué ayuda de verdad en acompañamiento: presencia, escucha, normalización de emociones, respeto a silencios y rituales, y evitar frases que invalidan (“no llores”, “sé fuerte”). También se trabaja el autocuidado específico del duelo

profesional: cierre simbólico, comunicación con el equipo, reconocer el vínculo sin culpa, y señales de alarma para pedir ayuda (culpa persistente, embotamiento, intrusiones, evitación extrema). El propio informe recoge experiencias organizacionales donde se ofrecen espacios de acompañamiento emocional, especialmente cuando ha habido vínculos intensos en domicilio y final de vida.

### 6.3 OTROS RECURSOS DE APRENDIZAJE (MATERIALES, LECTURAS, GUÍAS)

- 1) INSST – Notas Técnicas de Prevención sobre burnout (definición/proceso y prevención). [Portal INSST+1](#)
- 2) OMS – Burn-out como “fenómeno ocupacional” (ICD-11). [Organización Mundial de la Salud](#)
- 3) OMS – *Guidelines on mental health at work* (intervenciones organizacionales y formación). [Organización Mundial de la Salud+1](#)
- 4) OIT – *Mental Health at Work* (riesgos psicosociales y diseño del trabajo). [International Labour Organization](#)
- 5) EU-OSHA – Riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo (síntesis y recursos). [osha.europa.eu](#)
- 6) SAMHSA (ES) – “Cómo enfrentar el estrés y la fatiga por compasión” (guía breve, muy didáctica). [library.samhsa.gov](#)
- 7) SECPAL – Protocolo/guía básica sobre duelo (detección de duelo complicado y herramientas). [secpal.org](#)
- 8) Guía “Profesionales de la salud ante situaciones de duelo” (orientaciones prácticas). [faisem.es](#)
- 9) Osakidetza – Guía para acompañar en los últimos días (acompañamiento y cuidado emocional). [Osakidetza](#)

### 6.4 PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

#### **Actividad 1. Termómetro de desgaste + mapa personal de activación (diagnóstico                      formativo,                      no                      clínico)**

Al inicio, cada participante completa un “termómetro” de señales de desgaste (sueño, irritabilidad, cinismo, desconexión, somatizaciones) y construye su mapa de activación: situaciones que más le tensionan, pensamientos automáticos que aparecen, y conductas reactivas típicas.

Luego se trabaja en pequeños grupos para transformar ese mapa en señales tempranas observables y acciones preventivas (“cuando note X, haré Y”). Esta actividad es clave para responder al hallazgo del informe: el estrés y el burnout no se viven como teoría, sino como riesgo real, y la prevención empieza por reconocerlo pronto.

### **Actividad 2. Entrenamiento de microherramientas de autorregulación (práctica repetida, no charla)**

Se enseñan 3–4 técnicas breves (1–3 minutos) y se practican en ciclos: respiración de aterrizaje, pausa somática (soltar mandíbula/hombros), frase de reencuadre y “petición de ayuda profesional” (cómo activar coordinación sin culpa). La práctica se hace con “gatillos” simulados (ruido, prisa, exigencia familiar) para que la herramienta sea transferible al puesto. Se cierra con un compromiso individual: elegir dos técnicas y decidir en qué momento del turno las aplicará.

### **Actividad 3. Análisis de incidentes críticos con enfoque de aprendizaje (sin culpabilización)**

Se trabaja un caso realista: una resistencia intensa al cuidado, una discusión con familia o un episodio de final de vida. El grupo reconstruye qué pasó, qué emociones se activaron, qué habría ayudado a sostener límites y calma, y qué apoyo organizacional era necesario. El objetivo es convertir la experiencia en criterio profesional y reducir la sensación de soledad que el informe describe como problema central en domicilios y en conflictos.

### **Actividad 4. “Guiones de conflicto” y práctica de salida segura**

Se practican guiones breves para situaciones de tensión: cuando la familia presiona, cuando hay trato despectivo, cuando la persona mayor rechaza con agresividad verbal. El foco no es solo “qué decir”, sino cómo cuidar el propio estado interno para no escalar. Se entrena también la “salida segura”: detener la tarea, proteger seguridad, registrar/avisar y retomar con apoyo. Esto ayuda a transformar la paciencia en herramienta, no en sacrificio silencioso.

### **Actividad 5. Acompañamiento en duelo: presencia, escucha y cierre profesional**

Se proponen dos escenas: (a) persona mayor en fase final con familia presente; (b) fallecimiento y post-fallecimiento inmediato. En role play se practica: validar emoción, sostener silencio, evitar frases invalidantes, y derivar a quien corresponda (equipo sanitario/coordinación). Luego se incorpora un “ritual de cierre profesional” (breve, respetuoso y no religioso si no aplica): una frase, un registro, una conversación de debriefing con el equipo. Se conecta con lo que recoge el informe sobre acompañamiento emocional en paliativos y vínculos intensos en domicilio.

## **Actividad 6. Plan personal de sostenibilidad del cuidado (1 página) + plan de apoyo (circuito)**

Cada persona participante construye un plan muy concreto: señales tempranas propias, límites mínimos, estrategias de recuperación semanal, y a quién acudir según niveles (compañera/coordinación/supervisión/derivación). Esta actividad refuerza el enfoque del informe: la sostenibilidad emocional no depende solo de “aprender”, sino de saber activar apoyos y exigir corresponsabilidad institucional.

### **6.5 PROPUESTA DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

#### **1) Evaluación práctica por desempeño (simulación + rúbrica)**

El componente central es una simulación observada donde la participante enfrenta una situación emocionalmente exigente (conflicto leve con familia, resistencia al cuidado, o escena de final de vida). Se evalúa con rúbrica: capacidad de mantener tono y presencia, validar emoción sin ceder a exigencias indebidas, sostener límites, y activar apoyo cuando corresponde. Este método es coherente con el estudio porque mide “saber sostener” en condiciones reales, no solo comprender conceptos.

#### **2) Caso aplicado escrito: “señales, riesgos y plan de intervención”**

Se entrega un caso breve y se pide identificar: señales de desgaste, factores de riesgo, dos acciones inmediatas (autorregulación) y dos acciones de recuperación/prevención, además de qué apoyo organizacional debe activarse. Se valora claridad, realismo y capacidad de diferenciar “lo que depende de mí” y “lo que debe escalarse”. Esto refuerza el mensaje del informe: el estrés no se resuelve individualizando el problema, sino articulando apoyos y condiciones.

#### **3) Producto final: Plan personal de sostenibilidad (1 página) evaluado por criterios**

Se evalúa si el plan está realmente operativo: incluye señales tempranas concretas, herramientas elegidas, rutina mínima de recuperación y circuitos de apoyo. No se evalúa “vida privada”, sino la capacidad de diseñar un plan profesional aplicable.

#### **4) Evaluación formativa continua: diario breve y coevaluación**

A lo largo del bloque, se utiliza un diario de 3 entradas (“qué me activó”, “qué hice”, “qué haré distinto”) y coevaluación en role plays para entrenar metacognición y autorregulación. Es especialmente útil en este módulo porque el estudio muestra que el desgaste y el conflicto se intensifican por fatiga acumulada y por falta de espacios de supervisión.

## 6.6 CRITERIOS MÍNIMOS DE LOGRO

Se considera que la persona participante alcanza un nivel **competente** si demuestra, de manera observable, estos mínimos:

- 1) En **autorregulación**, identifica al menos **tres señales tempranas** propias de estrés/desgaste y **dos desencadenantes** frecuentes, y aplica con solvencia **dos microherramientas** en simulación (por ejemplo, pausa + validación + reencuadre), sin escalar la interacción. Además, puede explicar cuándo su estado emocional compromete la calidad del cuidado y qué hace para prevenirlo.
- 2) En **prevención de burnout/fatiga por compasión**, diferencia señales de cansancio normal versus señales de alerta (irritabilidad persistente, cinismo, desconexión, insomnio sostenido, evitación) y propone un **plan de recuperación realista**, incluyendo cuándo y cómo activar apoyos. Se considera mínimo que no “normalice” el daño como parte del trabajo y que reconozca la corresponsabilidad organizacional (pedir mediación/supervisión cuando hay incidentes).
- 3) En **manejo emocional del conflicto**, logra sostener límites sin culpabilizar ni confrontar: usa una frase de encuadre, una alternativa profesional (derivación a coordinación) y cierra con un siguiente paso. Si hay trato inadecuado o conflicto reiterado, activa circuito de apoyo en lugar de “aguantar sola”.
- 4) En **duelo y acompañamiento**, demuestra escucha activa y validación emocional, evita frases invalidantes y sabe cuándo derivar. Como mínimo, puede describir un modo de **cierre profesional** (registro, debriefing, ritual breve) que proteja el vínculo sin quedar atrapada en culpa o sobreinvolucración.

## 7 SECCIÓN 5: SEGURIDAD CLÍNICA BÁSICA EN EL CUIDADO COTIDIANO

### 7.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar esta sección, las personas participantes podrán:

- 1) Observar y registrar cambios relevantes en la persona mayor (físicos, funcionales, cognitivos y conductuales), diferenciando lo “habitual” de lo “nuevo”, y saber cuándo escalar (a coordinación, equipo sociosanitario o emergencias), especialmente en domicilio donde se trabaja con mayor soledad.
- 2) Aplicar prácticas de seguridad en cuidados cotidianos con alto impacto: hidratación/nutrición, apoyo en medicación sin invadir competencias, y vigilancia de señales de alarma frecuentes.
- 3) Identificar riesgos y actuar de forma práctica ante disfagia/atragantamiento, integrándolo como parte de la seguridad básica (primeros auxilios) que el estudio señala como demanda recurrente.
- 4) Reforzar criterios de rol profesional y responsabilidad: qué puede hacer una persona cuidadora, qué no (p. ej., cambios de dosis), y cómo protegerse ante presiones externas vinculadas a medicación.

### 7.2 CONTENIDOS DE APRENDIZAJE

- 1) **Por qué “seguridad clínica básica” es un nudo formativo crítico (y no “hacer de sanitario/a”)**  
El informe muestra que, tanto en expectativas de quienes no tienen formación especializada como en carencias percibidas, aparecen contenidos de alta complejidad y seguridad: “atención sanitaria básica y clínica”, “primeros auxilios” y la necesidad de responder ante incidencias de salud (RCP, atragantamientos/disfagia). Esto no significa convertir a la persona cuidadora en personal sanitario, sino dotarla de un marco práctico para detectar, prevenir y actuar a tiempo, y para coordinarse adecuadamente con quien sí prescribe o interviene clínicamente. Se trabaja la idea de que la seguridad se juega muchas veces en lo cotidiano: un cambio sutil en el estado mental, una mala hidratación, una pauta de medicación mal entendida, o una tos “húmeda” durante las comidas.

## 2) Observación y detección de cambios: mirar bien, registrar bien y escalar bien

Aquí se entrenan tres competencias que suelen fallar cuando la formación es “por encima”: (a) observar con criterio (qué mirar), (b) registrar en términos descriptivos (hechos, no interpretaciones) y (c) escalar con el canal y el tiempo adecuados. Se trabaja una “observación por dominios”, útil tanto en residencia como en domicilio:

- ✓ **Conciencia y cognición:** aparición súbita de confusión, desorientación, somnolencia inusual o cambios bruscos en conducta (posible síndrome confusional agudo/delirium). [AMF semFYC](#)
- ✓ **Respiración:** dificultad respiratoria nueva, respiración trabajosa, cianosis o saturación baja si se mide en el servicio.
- ✓ **Circulación/estado general:** palidez extrema, sudor frío, dolor torácico, debilidad súbita, mareo intenso.
- ✓ **Movilidad y caídas:** caídas, inestabilidad nueva, dolor agudo, incapacidad repentina para levantarse o caminar como siempre.
- ✓ **Ingesta y eliminación:** menos ingesta, rechazo de líquidos, orina muy escasa/oscura, vómitos/diarrea, estreñimiento severo nuevo.
- ✓ **Piel y heridas:** aparición de lesiones, enrojecimientos persistentes, signos de infección en heridas/dispositivos. La clave es que la cuidadora aprenda a “traducir” lo observado en un reporte útil: qué cambió, desde cuándo, con qué intensidad y qué se hizo. Se recomienda usar estructuras tipo SBAR en reportes a coordinación/equipo, porque reduce ambigüedad y mejora continuidad (especialmente en domicilio, donde no hay “pase de guardia” presencial).

## 3) Hidratación y nutrición: seguridad cotidiana y prevención de deterioro

El estudio recoge demandas explícitas de formación en dietética/nutrición y en la adaptación a la historia alimentaria de la persona (“la comida que demanda”), lo que confirma que no es un tema “doméstico”, sino clínicamente relevante. En esta unidad se trabajan:

- ✓ **Riesgos y factores de vulnerabilidad** en mayores: menor sensación de sed, polimedicación, deterioro cognitivo, dependencia para beber, calor, infecciones, inmovilidad. [SEGG](#)
- ✓ **Señales prácticas de deshidratación** que una cuidadora puede detectar (boca seca, orina escasa u oscura, cansancio, confusión, piel seca, empeoramiento funcional), y criterios para escalar cuando hay signos de alarma o empeoramiento rápido. [SEGG+1](#)

- ✓ **Estrategias de apoyo realistas:** oferta frecuente de líquidos en pequeñas tomas, preferencias y rutinas, ayudas para beber, adaptación de textura si hay disfagia, y registro simple de ingesta cuando el plan lo requiera. [Fundación Edad&Vida+1](#)
  - ✓ **Nutrición segura:** señales de riesgo (pérdida de peso, fatiga, rechazo mantenido, dificultades para masticar, tiempo excesivo en comidas) y prácticas de prevención (ambiente tranquilo, postura, supervisión, texturas adecuadas, ritmo). [SEGG+1](#)
- 4) **Apoyo en medicación sin invadir competencias: seguridad, límites y protección profesional**
- El informe muestra una frontera difusa entre cuidado y lo clínico (manejo de dispositivos, curas, incertidumbre con medicación) y recoge de forma muy clara la presión que puede ejercer el entorno (“dale una pastillita de más”), frente a la que la cuidadora necesita criterio para **no asumir riesgos indebidos**.
- En este bloque se establecen estándares prácticos:
- ✓ Qué significa “apoyar” de forma segura: seguir la **hoja/pauta prescrita**, comprobar “persona–medicamento–dosis–hora–vía” según protocolo del servicio, observar efectos/efectos adversos, y **registrar** la administración cuando el dispositivo organizativo lo contempla. [seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es+1](http://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es+1)
  - ✓ Qué NO hacer: ajustar dosis, duplicar tomas, triturar o mezclar medicación sin indicación, aceptar cambios “de palabra” sin validación sanitaria, o administrar “por si acaso”. Esto se conecta explícitamente con la necesidad de seguridad ética y legal que el informe identifica como un “nudo” para delimitar funciones y protegerse.
  - ✓ **Medicamentos de alto riesgo** (p. ej., anticoagulantes, insulina, opioides): reconocer que requieren especial prudencia, canal claro de consulta y reporte inmediato ante incidencias. [seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es](http://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es)
  - ✓ Cómo responder a presiones: guiones breves y profesionales (“no puedo modificar medicación; lo traslado a coordinación/enfermería/médico”), y registro de la incidencia si procede.
- 5) **Disfagia/atragantamiento: enfoque práctico de prevención + actuación inmediata**
- Dado que el informe menciona atragantamientos/disfagia y emergencias como demanda recurrente, esta unidad combina prevención y respuesta. Se trabajan:

- ✓ **Señales de disfagia:** tos durante o después de comer/beber, “voz húmeda”, carraspeo, babeo, fatiga al comer, tiempo excesivo, infecciones respiratorias repetidas, pérdida de peso. [Comunidad de Madrid+2aulamedica.es+2](https://www.comunidaddemadrid.es/aulamedica.es+2)
- ✓ **Prevención en el momento de comer:** postura (sentado, tronco estable), ritmo lento, bocados pequeños, evitar distracciones, supervisión, y adaptación de texturas/viscosidades según pauta (y nunca improvisada). [Comunidad de Madrid+1](https://www.comunidaddemadrid.es+1)
- ✓ **Atragantamiento (obstrucción de vía aérea):** reconocer signos (no puede hablar/toser/respirar) y actuar siguiendo primeros auxilios (llamar al 112 y maniobras recomendadas). [cruzroja.es+1](https://www.cruzroja.es+1)
- ✓ Después del evento: qué observar, qué registrar y a quién reportar, porque un atragantamiento no es “un susto” sino un incidente de seguridad que puede repetirse si no se ajusta el plan de alimentación.

### 7.3 OTROS RECURSOS DE APRENDIZAJE (MATERIALES, LECTURAS, VIDEOS U OTROS)

- 1) Cruz Roja (España) – **Atragantamiento: qué hacer y cuándo llamar al 112.** [cruzroja.es](https://www.cruzroja.es)
- 2) European Resuscitation Council – **Guías ERC 2025 (resumen ejecutivo en español).** [erc.edu](https://www.erc.edu)
- 3) Comunidad de Madrid – **Manual de disfagia orofaríngea (enfoque multidisciplinar, muy aplicable).** [Comunidad de Madrid](https://www.comunidaddemadrid.es)
- 4) SEMERGEN (PDF) – **Guía de manejo de disfagia (AP):** signos, abordaje y criterios. [semergen.es](https://www.semergen.es)
- 5) SENPE – **Grupo de trabajo de disfagia orofaríngea** (documentos y recursos). [SENPE](https://www.senpe.es)
- 6) SEGG – **Guía de buena práctica: hidratación y salud** (personas mayores). [SEGG](https://www.segg.es)
- 7) SEGG – **Guía de alimentación, nutrición e hidratación en personas mayores.** [SEGG](https://www.segg.es)
- 8) Ministerio de Sanidad – **Uso seguro del medicamento (seguridad del paciente).** [seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es](https://www.seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es)
- 9) Ministerio de Sanidad – **Recomendaciones para uso seguro de medicamentos de alto riesgo (PDF 2023).** [seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es](https://www.seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es)

- 10) Gobierno Vasco (112) – **Cómo llamar al 112 (qué información dar).** [Euskadi](#)
- 11) Edad&Vida – **Folleto de recomendaciones de hidratación para personas mayores (PDF).** [Fundación Edad&Vida](#)

## 7.4 PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

- 1) Actividad 1. “Detective clínico” con casos breves (observación + decisión de escalado)**  
Se presentan viñetas realistas (residencia y domicilio) con cambios sutiles: una persona que hoy está más somnolienta, otra que camina peor, otra con rechazo de líquidos, otra con tos al beber. En grupos, las personas participantes practican una secuencia: describir hechos observables, identificar hipótesis sin diagnosticar, decidir si es seguimiento o alerta, y redactar un mensaje de escalado útil (qué pasa, desde cuándo, qué he hecho, qué necesito). La actividad entrena justo lo que el informe señala como “nudo” de seguridad: pasar de tareas rutinarias a gestión de riesgo con criterio.
  
- 2) Actividad 2. Taller de registro y comunicación (SBAR o formato de centro)**  
Cada participante toma un caso y elabora: (a) un registro breve (hechos, hora, acciones) y (b) un reporte a coordinación/equipo con estructura. Se trabaja la diferencia entre “opinión” y “dato”, y cómo registrar sin culpabilizar a nadie. En domicilio, se incorpora la dificultad de que a veces la familia es intermediaria: se entrena cómo comunicar de forma profesional y documentar presiones o indicaciones informales.
  
- 3) Actividad 3. Circuito de hidratación/nutrición: “microintervenciones” de alta efectividad**  
Se diseña un plan semanal simple para una persona mayor con bajo consumo de líquidos o con rechazo alimentario: preferencias, horarios, cantidades pequeñas, ayudas técnicas, y cómo registrar. Luego se contrasta con barreras reales (incontinencia, miedo a beber, deterioro cognitivo) y se ensayan respuestas prácticas. Se integra, cuando aplica, el componente de “historia alimentaria” que el estudio recoge como necesidad formativa (no es solo “dieta”, es identidad y adherencia).
  
- 4) Actividad 4. Medicación segura: “límites de rol” y manejo de presiones**  
Se hace un role play con tres escenas típicas: (1) familia pide “dar algo

más” por dolor/insomnio, (2) pastillas sin etiquetar o cambios no comunicados, (3) sospecha de efecto adverso. La práctica se centra en: mantener la calma, decir no con encuadre profesional, activar coordinación, y registrar. Esta actividad se conecta directamente con el relato del informe sobre el riesgo de asumir responsabilidad por cambios de medicación sugeridos por terceros.

#### **5) Actividad 5. Disfagia práctica: simulación de alimentación segura + actuación ante atragantamiento**

Primero se realiza una simulación de “comida segura” (postura, ritmo, supervisión, señales de alerta). Luego, una micro-simulación de atragantamiento: reconocer obstrucción y seguir el protocolo (llamar al 112, maniobras, y qué hacer después). El objetivo es que no quede como contenido “teórico”: debe automatizarse. Esto responde a la demanda explícita del estudio de entrenar emergencias (RCP, atragantamientos/disfagia) con enfoque práctico.

### **7.5 PROPUESTA DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

#### **1) Evaluación por desempeño: OSCE/estación práctica de seguridad básica**

La evaluación central es una estación práctica con rúbrica, donde la participante debe: identificar cambios en un caso (p. ej., confusión súbita + baja ingesta), formular un reporte breve y decidir escalado. La rúbrica valora si describe hechos (no diagnóstica), si prioriza seguridad, y si elige canal/tiempo adecuados (seguimiento vs urgencia). Esto mide competencia real de “seguridad cotidiana”, alineada con el hallazgo del informe sobre necesidad de más práctica en nudos críticos.

#### **2) Caso aplicado escrito: plan de prevención + señales de alarma**

Se entrega un caso de riesgo (p. ej., persona con disfagia leve y baja hidratación). La persona debe proponer: microintervenciones de hidratación/nutrición, señales de alarma y criterios de escalado. Se valora realismo, coherencia y adecuación al rol.

#### **3) Checklist de medicación segura (situaciones límite)**

Se aplica una prueba de juicio profesional con escenarios: “¿qué harías si...?” (pastilla extra, pauta confusa, somnolencia tras medicación, anticoagulante olvidado). Se evalúa si la persona participante mantiene límites (no ajusta), activa apoyo y registra. Esta evaluación responde al problema que el informe evidencia: presiones y responsabilidades difusas alrededor de medicación.

#### 4) Simulación de atragantamiento: criterio de actuación inmediata + post-incidente

Se evalúa con rúbrica si la participante reconoce obstrucción grave, activa emergencias y ejecuta los pasos según protocolo, y si después reporta/registrar adecuadamente. [cruzroja.es+1](http://cruzroja.es+1)

## 7.6 CRITERIOS MÍNIMOS DE LOGRO

Se considera que la persona participante alcanza un nivel **competente** si demuestra, como mínimo:

- 1) En **detección y escalado**, identifica correctamente al menos **5 señales de alarma** en casos simulados, elabora un reporte claro basado en hechos y decide adecuadamente cuándo es seguimiento y cuándo es urgencia (incluyendo activar 112 cuando corresponde).
- 2) En **hidratación/nutrición**, propone un plan de microintervenciones aplicable (no ideal) y reconoce señales de deshidratación/riesgo nutricional que requieren comunicar al equipo. [SEGG+1](#)
- 3) En **medicación**, respeta límites de rol en escenarios de presión: **no modifica dosis ni pauta**, activa coordinación/sanitario y registra la incidencia; además, aplica prácticas básicas de uso seguro según protocolos del servicio.
- 4) En **disfagia/atragantamiento**, reconoce signos compatibles con disfagia para reportar y aplica correctamente la respuesta ante atragantamiento según primeros auxilios (incluida activación del 112).

## 8 SECCIÓN 6: PRIMEROS AUXILIOS Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

### 8.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar esta sección, las personas participantes podrán:

- 1) Reconocer situaciones de **emergencia vital** frecuentes en el cuidado (paro cardiorrespiratorio, atragantamiento, caídas con posible lesión grave) y activar una respuesta segura, rápida y ajustada a su rol.
- 2) Aplicar **Soporte Vital Básico (SVB)** en adultos según guías vigentes: reconocimiento, llamada a emergencias, RCP de alta calidad y uso del DEA cuando esté disponible. [erc.edu+1](http://erc.edu+1)
- 3) Actuar ante **atragantamientos** diferenciando obstrucción leve vs. grave, y ejecutar la secuencia recomendada (golpes en la espalda y compresiones) con criterios de seguridad. [Cruz Roja+1](http://Cruz Roja+1)
- 4) Responder ante **caídas** minimizando riesgos (no movilizar indebidamente, identificar señales de alarma, proteger, avisar y monitorizar) y reportar correctamente el incidente. [Cruz Roja](http://Cruz Roja)
- 5) Ejecutar protocolos de **comunicación y coordinación** (qué decir, a quién, cómo y cuándo), con especial énfasis en el **trabajo en soledad en domicilios**, donde el estudio señala mayor exposición a riesgos y necesidad de formación práctica aplicada.

### 8.2 CONTENIDOS DE APRENDIZAJE

#### 1) Por qué esta sección es prioritaria (y por qué debe ser práctica)

El informe muestra que “primeros auxilios” aparece como una expectativa formativa relevante entre quienes aún no han cursado formación especializada (25,8%) y, además, se menciona de forma recurrente en entrevistas la necesidad de entrenar respuesta ante emergencias como RCP, atragantamientos/disfagia e incidencias de salud. Esto se entiende especialmente crítico en domicilios: cuando ocurre un incidente, la persona cuidadora suele ser la primera (o única) persona disponible para actuar y coordinar ayuda. Por eso, el núcleo de esta sección no es “memorizar teoría”, sino **automatizar pasos** y reducir errores típicos (dudar, actuar sin avisar, movilizar indebidamente, no dar información clara al 112 o al equipo).

#### 2) Marco de actuación: conducta PAS, cadena de supervivencia y “primer minuto”

Se trabaja un marco simple que organiza la intervención: **Proteger–Avisar–**

**Socorrer (PAS)** y la lógica de “primero seguridad, luego ayuda”. En el “primer minuto”, la prioridad es reconocer si hay riesgo vital, **pedir ayuda** (112) y empezar acciones que salvan vida (RCP/DEA si corresponde). Se entrenan decisiones rápidas: qué hacer si estoy sola, cómo pedir apoyo a una familia sin perder el control de la escena, y cómo asegurar que la puerta del domicilio quede accesible para emergencias (punto clave en atención domiciliaria).

### **3) RCP en adultos y uso del DEA (enfoque de personas cuidadoras)**

Este bloque se centra en SVB para adultos siguiendo guías vigentes. Se entrena el reconocimiento del paro: comprobar respuesta, respiración normal vs. respiración agónica, y activar emergencia de inmediato. A partir de ahí, se practica RCP de calidad: compresiones fuertes y rápidas (frecuencia recomendada 100–120/min y profundidad aprox. 5–6 cm), minimizando interrupciones; si la persona está entrenada y se siente capaz, se integra la secuencia 30:2, y si no, se refuerza que la RCP “solo manos” es una opción válida mientras llega ayuda. [iavante.es+1](http://iavante.es+1) Se incluye el uso del **DEA** como parte del estándar de respuesta: cómo encenderlo, colocar parches, seguir instrucciones de voz y coordinar compresiones con el equipo que llegue. Esto se conecta con la realidad del sector: muchas personas cuidadoras pueden estar en centros con DEA disponible o en entornos comunitarios donde se puede acceder a uno. Además, se introduce un criterio profesional importante (sin convertirlo en debate clínico): seguir siempre los **protocolos del servicio** y, si existieran instrucciones formales específicas (por ejemplo, documentación clínica o indicaciones del equipo), actuar conforme a ellas. [iavante.es+1](http://iavante.es+1)

### **4) Atragantamientos: reconocer, actuar y no empeorar la situación**

Se diferencia obstrucción leve (la persona tose y respira) de obstrucción grave (no puede hablar, toser ni respirar con eficacia). En obstrucción leve se entrena a **animar a toser** y observar; en obstrucción grave se practica la secuencia recomendada: alternar **5 golpes interescapulares** con **5 compresiones abdominales** (o variante según condición), repitiendo hasta resolución o pérdida de conciencia. [Cruz Roja+1](http://Cruz Roja+1) Se trabaja un punto muy operativo: cómo pedir ayuda a terceros sin dejar de intervenir (si hay familia presente: “llame al 112 ahora y vuelva conmigo”), y qué hacer si la persona pierde el conocimiento (activar emergencias e iniciar SVB). Este bloque responde directamente a la demanda del informe sobre emergencias (atragantamientos/disfagia) como contenido que reduce incidentes y aumenta seguridad.

### **5) Caídas: respuesta inmediata, señales de alarma y protección ante lesión**

En personas mayores, una caída puede ser “banal” o esconder lesión grave (fractura, traumatismo craneal, sangrado interno). Se entrena una respuesta prudente: asegurar entorno, valorar estado general, **no movilizar** si hay dolor intenso, deformidad, incapacidad para mover extremidad,

mareo, pérdida de conciencia, golpe en cabeza o sospecha de lesión cervical; y avisar a emergencias según criterio. Se trabaja también el cuidado posterior: mantener a la persona abrigada, acompañada, observada, y registrar el incidente con datos útiles (cómo ocurrió, desde dónde cayó, síntomas posteriores). [Cruz Roja](#)  
Este apartado se enlaza con la clave del informe sobre domicilio: mayor exposición a riesgos (incluidas caídas) y necesidad de protocolos claros cuando se está sola.

## **6) Protocolos de actuación y comunicación: 112 + coordinación del servicio**

Este bloque es transversal y muy aplicado. Se entrena qué información dar al **112**: localización exacta, qué ha ocurrido, estado de la persona (consciente/no, respira/no, sangrado, dolor, caída con golpe en cabeza), edad aproximada, antecedentes relevantes si se conocen, y teléfono de contacto; y la importancia de seguir instrucciones del operador/a. [Comunidad de Madrid+2Ayuntamiento de Madrid+2](#)  
En paralelo, se define la comunicación con coordinación/equipo sociosanitario (residencia o SAD): cuándo informar de inmediato, qué registrar por escrito, y cómo usar un formato tipo SBAR para evitar mensajes vagos. En domicilio se incorpora un “protocolo de soledad”: tener preparado antes del turno un mini-plan (dirección exacta, llaves/acceso, contactos, medicación listada por el servicio si aplica, ubicación del teléfono, y cómo guiar a emergencias para entrar).

## **8.3 OTROS RECURSOS DE APRENDIZAJE (MATERIALES, LECTURAS, VIDEOS U OTROS)**

- 1) **ERC 2025 – Resumen ejecutivo (ES)** y documentos oficiales de guías 2025. [erc.edu+1](#)
- 2) **ERC 2025 – Soporte Vital Básico (adultos) en español (PDF)**. [iavante.es](#)  
**Cruz Roja – Qué hacer ante un atragantamiento** (paso a paso). [Cruz Roja+1](#)
- 3) **semFYC – Guía práctica sobre atragantamiento** (secuencia 5 y 5 y variantes). [semFYC](#)
- 4) **Cruz Roja – Caídas y golpes (primeros auxilios)**. [Cruz Roja](#)
- 5) **Comunidad de Madrid 112 / SAMUR – Cómo funciona y qué hacer al llamar**. [Comunidad de Madrid+1](#)
- 6) **DGT – Qué información dar al 112** (lista muy clara y útil para entrenar llamadas). [Revista DGT](#)

## 8.4 PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

### 1) **Actividad 1. Taller SVB con maniquí + DEA (entrenamiento por repetición)**

La sesión se organiza como un circuito de práctica, no como clase magistral. Cada participante repite varias veces la secuencia completa: comprobar respuesta, valorar respiración, pedir ayuda/112, iniciar compresiones con técnica correcta y coordinarse con el DEA (encender, parches, seguir instrucciones, reanudar compresiones). El objetivo es “quitar fricción” al inicio: que el cuerpo recuerde qué hacer incluso con nervios. Se refuerza la calidad (ritmo, profundidad, postura, minimización de pausas) y el rol profesional: hacer lo que salva vida sin invadir competencias clínicas avanzadas. [iavante.es+1](http://iavante.es+1)

### 2) **Actividad 2. Simulación de atragantamiento con guion de comunicación (sola vs. con familia)**

Se trabaja en role play con dos escenarios: uno en residencia (con posibilidad de pedir apoyo inmediato) y otro en domicilio (con familia presente). En ambos, la persona participante debe reconocer obstrucción grave y ejecutar la secuencia 5 golpes + 5 compresiones, mientras da instrucciones claras: “llame al 112 ahora”, “abra la puerta”, “dígame la dirección”. Se entrena algo muy real: actuar y dirigir la escena a la vez. [Cruz Roja+1](http://Cruz Roja+1)

### 3) **Actividad 3. Escena de caída: “no mover” + señales de alarma + decisión de escalado**

Se presenta un caso con elementos ambiguos (dolor de cadera, mareo, golpe en cabeza). La persona participante debe asegurar el entorno, valorar conciencia, detectar señales de alarma, decidir si se llama a emergencias y preparar un reporte. Se incluye la parte de comunicación con coordinación: cómo describir hechos sin interpretaciones y qué registrar para prevención posterior. [Cruz Roja+1](http://Cruz Roja+1)

### 4) **Actividad 4. “Llamada al 112” y reporte a coordinación (práctica guiada con checklist)**

Cada persona participante hace una simulación de llamada con un checklist de información mínima: localización exacta, tipo de emergencia, estado de la persona, riesgos (sangrado, inconsciencia, no respira), y datos de acceso al domicilio. Se repite hasta que el mensaje salga claro y breve. Luego se hace el reporte interno (registro o aviso a coordinación), entrenando continuidad asistencial. Esta actividad responde a una necesidad clave del informe: en domicilio la formación debe ser práctica y aplicada, porque la soledad y el riesgo exigen protocolos comunicativos sólidos.

### 5) **Actividad 5. Debriefing profesional: gestionar impacto emocional post-incidente**

Después de cada simulación se hace un debriefing corto: qué hice bien,

qué mejoro, y cómo me autorregulo para seguir cuidando sin quedarme “bloqueada” tras una emergencia. Esto conecta con el hallazgo del informe sobre la importancia de sostener el cuidado en escenarios exigentes y no dejarlo en “vocación”.

## 8.5 PROPUESTA DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN

### 1) Evaluación práctica tipo estaciones (OSCE) con rúbricas

La evaluación principal es por desempeño, porque en emergencias lo que importa es ejecutar pasos correctos bajo presión. Se plantean tres estaciones: (1) SVB + DEA, (2) atragantamiento, (3) caída. En cada estación se utiliza una rúbrica simple: reconocimiento correcto, activación de ayuda, técnica (cuando aplica) y seguridad (no hacer daño añadido). Este método está alineado con el diagnóstico del informe: el déficit no suele estar en lo “básico” del cuidado, sino en habilidades de complejidad/riesgo que requieren práctica y criterio.

### 2) Evaluación de comunicación: simulación de llamada al 112 + reporte a coordinación

Se evalúa de forma específica la comunicación, porque en domicilio es un punto de fallo frecuente. La participante debe dar, en 30–60 segundos, la información mínima al 112 (localización, qué pasa, estado) y luego elaborar un reporte interno basado en hechos. Se valora claridad, prioridad de seguridad y adecuación del canal/tiempo.

[Comunidad de Madrid+1](#)

### 3) Prueba breve de decisión (juicio profesional)

Se incluye una prueba corta con viñetas: “¿esto es urgencia vital?”, “¿qué harías primero?”, “¿qué NO harías?”. Sirve para consolidar decisiones clave: no mover ante sospecha de lesión, animar a toser si hay obstrucción leve, iniciar compresiones si no respira normal, etc. [Cruz Roja+2](#)

[Cruz Roja+2](#)

## 8.6 CRITERIOS MÍNIMOS DE LOGRO (PARA CONSIDERAR LA SECCIÓN SUPERADA)

Se considera que la persona participante alcanza un nivel **competente** si demuestra, como mínimo:

- 1) En **SVB/RCP**, reconoce un posible paro (inconsciente y no respira normal), **activa el 112** y comienza compresiones sin demoras innecesarias; mantiene parámetros de calidad (ritmo aproximado 100–120/min, profundidad 5–6 cm y pausas mínimas) y usa el DEA siguiendo instrucciones. [iavante.es+1](#)



- 2) En **atragantamiento**, diferencia obstrucción leve vs. grave y, si es grave, ejecuta correctamente la secuencia de **5 golpes en la espalda + 5 compresiones**, organizando la ayuda (pedir llamada al 112/abrir acceso) y actuando con seguridad. [Cruz Roja+1](#)
- 3) En **caídas**, aplica una respuesta prudente: asegura entorno, valora estado, **no moviliza** si hay signos de lesión relevante y decide el escalado adecuado; además, registra y comunica el incidente con datos útiles. [Cruz Roja+1](#)
- 4) En **protocolos y comunicación**, realiza una llamada simulada al 112 aportando información mínima completa (localización, qué ocurre, estado y acceso) y emite un reporte claro a coordinación/equipo, especialmente en escenario domiciliario de trabajo en soledad.

## 9 SECCIÓN 7: MOVILIDAD, TRANSFERENCIAS, ERGONOMÍA Y AYUDAS TÉCNICAS

### 9.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar esta sección, las personas participantes podrán:

- 1) Realizar **cambios posturales, movilizaciones y transferencias** aplicando principios de seguridad (“mínimo levantamiento”, planificación, comunicación y uso de apoyos), reduciendo riesgos para la persona atendida y para sí mismas.
- 2) Usar de forma segura **ayudas técnicas** (grúas, sillas de ruedas, camas articuladas, tablas/transfer, discos giratorios, etc.), incluyendo preparación del entorno, verificación básica del equipo y elección adecuada del recurso.
- 3) Integrar estrategias de **prevención de caídas** en el cuidado cotidiano (anticipación de riesgos, entorno, calzado, supervisión, acompañamiento), adaptadas a residencia y domicilio.
- 4) Identificar factores de riesgo y señales tempranas de **lesión músculo-esquelética** (TME), y aplicar medidas de autocuidado físico y ergonomía que permitan sostener el trabajo en el tiempo.

### 9.2 CONTENIDOS DE APRENDIZAJE

#### 1) Por qué esta sección es un “nudo crítico” del cuidado (seguridad y sostenibilidad)

El informe muestra que, aunque la formación se valora como útil, una parte relevante percibe aprendizaje insuficiente precisamente en ámbitos técnicos que ordenan la seguridad cotidiana. Entre esos “núcleos críticos” destacan de forma reiterada las **movilizaciones, transferencias y uso de ayudas técnicas (especialmente grúas)**, junto con cambios posturales y prevención de lesiones. En los grupos focales, esto aparece con mucha claridad: cuando se aprende “por ensayo-error” o por “boca a boca”, crece la vulnerabilidad ante tareas que requieren precisión y criterio, y aumenta el riesgo de daño tanto para la persona mayor como para la profesional.

#### 2) Principios de movilización segura: planificar antes de “hacer fuerza”

Se trabaja un estándar profesional simple: antes de mover, **planificar**. La persona participante aprende a valorar rápidamente cuatro aspectos: (a) capacidad de colaboración (¿se sostiene sentado?, ¿apoya peso?, ¿comprende instrucciones?), (b) objetivo de la maniobra (recolocar, transferir, deambular), (c) riesgos inmediatos (dolor, mareo, dispositivos,

fragilidad, suelo resbaladizo) y (d) recurso más seguro (persona de apoyo, ayuda técnica, reposicionamiento parcial). Se introducen principios de ergonomía y biomecánica aplicados: acercar el centro de gravedad, base de apoyo estable, evitar torsiones, usar el peso del cuerpo y no la espalda, y priorizar técnicas de “minimal lifting” (menos levantamiento manual, más deslizamiento/ayudas). [Cruz Roja](#)

### **3) Cambios posturales y cuidado en cama: seguridad, confort y prevención de complicaciones**

Este bloque aterriza los cambios posturales como práctica de seguridad y dignidad: reposicionar para confort, respiración, prevención de dolor y cuidado de piel, siempre respetando ritmo y tolerancia. Se trabaja cómo preparar el entorno (altura de cama, frenos, retirar obstáculos), cómo coordinar instrucciones (contar, explicar, pedir colaboración) y cómo usar apoyos (sábanas deslizantes/empapadores, almohadas) para evitar “arrastres” que lesionan la piel y sobrecargan la espalda. Se refuerza que “cuidar bien” incluye cuidar el cuerpo de la profesional: el informe recoge cómo la formación en técnicas y posturas se vive como protección de la espalda y autocuidado físico, parte del buen hacer profesional.

### **4) Transferencias habituales: de la teoría a decisiones concretas (qué técnica, cuándo y por qué)**

Se entrenan transferencias frecuentes con criterios de elección (no como “recetas”):

- ✓ **Cama-silla / silla-wc:** cuándo es posible una transferencia con pivote y cuándo conviene ayuda técnica.
- ✓ **Sentado-de pie:** cómo facilitar el impulso con apoyo de brazos, ajustes del asiento, y uso de ayudas (andador, cinturón de marcha si el protocolo lo permite).
- ✓ **Transferencias con baja colaboración:** cuándo usar tabla de transferencia, disco giratorio o grúa de bipedestación/traslado, priorizando seguridad. El foco es que la persona cuidadora distinga entre “la técnica que sé” y “la técnica que es segura hoy para esta persona”, porque el informe muestra que la brecha está en manejar complejidad y riesgo, no en tareas básicas.

### **5) Uso seguro de grúas y ayudas técnicas: procedimiento, no improvisación**

Dado que el informe menciona explícitamente la demanda de capacitación práctica en **grúas** y ayudas técnicas (sillas, camas articuladas), este bloque se diseña como entrenamiento procedimental. Se trabaja: comprobaciones básicas previas (frenos, batería si aplica, estado de arnés/eslinga, ruedas), elección y colocación de arnés según objetivo (transferencia, higiene, cama), comunicación con la persona

(qué haremos, cómo se sentirá, pedir señales de incomodidad), control del entorno (espacio de giro, alfombras, mobiliario) y coordinación con otra persona cuando el riesgo lo exige. Se conecta con el enfoque de “safe patient handling”: el uso de dispositivos de elevación asistida reduce lesiones y mejora seguridad si hay formación y procedimientos claros. [CDC+1](#)

#### **6) Prevención de caídas integrada al cuidado cotidiano (residencia y domicilio)**

Se trabaja la prevención de caídas como parte de cada interacción: levantarse, caminar, ir al baño, cambios de entorno, fatiga. En residencia, se integra a rutinas y coordinación con el equipo (informar cambios de marcha, mareos, medicación sedante, dolor). En domicilio, se enfatiza la adaptación ambiental y el trabajo en soledad: iluminación, retirada de obstáculos, calzado, alfombras, cables, altura de cama/sillón y organización del “camino seguro” al baño; el informe subraya que en domicilios las necesidades se intensifican por trabajo en soledad y mayor exposición a riesgos como caídas, por lo que la formación debe ser práctica y aplicada.

#### **7) Prevención de lesiones músculo-esqueléticas: salud laboral como estándar de calidad**

Se aborda el TME como riesgo laboral estructural (no “achagues inevitables”). Se trabaja identificación temprana (dolor lumbar recurrente, hormigueo, rigidez, dolor en hombro/rodilla) y medidas de prevención: alternancia de tareas, micro-pausas, estiramientos seguros, pedir apoyo y usar ayudas técnicas sin culpa. El informe recoge testimonios claros: aprender técnicas “como se tienen que hacer” evita lesiones y permite sostener el trabajo; además, recomienda reforzar salud laboral y ergonomía aplicada, especialmente en domicilio.

### **9.3 OTROS RECURSOS DE APRENDIZAJE (MATERIALES, LECTURAS, VIDEOS U OTROS)**

- 1) Cruz Roja – Movilizaciones y Transferencias. SerCuidadora/SerCuidador [Cruz Roja](#)
- 2) INSST – **NTP y vídeos sobre ayudas menores para movilización y transferencia** (uso de productos de apoyo para prevenir TME). [Portal INSST](#)
- 3) INSST – **NTP 1142 (Método DOTTE)** para reducir TME en movilización de personas dependientes. [Portal INSST](#)
- 4) CDC/NIOSH – **Safe Patient Handling and Mobility (SPHM)** (estrategias y prevención de lesiones). [CDC](#)

- 5) OSHA – **Safe Patient Handling** (pasos para implementar y entrenar manejo seguro). [Seguridad y Salud Ocupacional+1](#)
- 6) HSE (UK) – **Moving and handling in health and social care** (gestión de riesgo y equipos). [hse.gov.uk+2hse.gov.uk+2](#)
- 7) RCN (UK) – **Guía práctica moving and handling** (con recordatorios específicos sobre grúas y formación). [The Royal College of Nursing](#)
- 8) NHS – **Cómo mover, levantar y manejar a alguien** (con enfoque accesible y recomendaciones de equipamiento/asesoría). [nhs.uk](#)

## 9.4 PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

- 1) **Actividad 1. Circuito de estaciones prácticas (“aprender haciendo”)**  
Se organiza el aprendizaje en estaciones rotativas con tiempos breves y repetición: (a) cambios posturales en cama (con y sin sábanas deslizantes), (b) transferencia cama–silla/wc, (c) sentado–de pie y acompañamiento a la marcha, (d) ajuste de silla de ruedas y cama articulada, y (e) uso básico de ayudas técnicas (tabla de transferencia, disco giratorio). En cada estación se trabaja la misma secuencia profesional: preparar el entorno, explicar a la persona, pedir colaboración, ejecutar con técnica segura y cerrar con confort (postura final, abrigo, timbre/objetos al alcance). Esto responde directamente a la demanda del informe: movilizaciones y ayudas técnicas necesitan **capacitación eminentemente práctica**, no solo teoría.
- 2) **Actividad 2. Taller de grúa: procedimiento completo + comunicación con la persona**  
Con una grúa (móvil o de bipedestación, según disponibilidad), se entrena el procedimiento completo: revisión rápida del equipo, selección/colocación de arnés (incluyendo verificación de puntos), levantamiento controlado, traslado corto y asentado seguro. Se incorpora entrenamiento de comunicación: anticipar sensaciones (“notarás que te elevas despacio”), pedir señales (“si te duele o te aprieta, me avisas”), y mantener dignidad (cobertura, privacidad). Se realiza también una “simulación de error” (arnés mal alineado, frenos mal puestos) para aprender a detectar fallos antes de que se conviertan en incidente.
- 3) **Actividad 3. Prevención de caídas con “inspección del entorno” (residencia vs domicilio)**  
En grupos, se hace una inspección guiada: en un aula montada como habitación (o con fotos/vídeos), identifican riesgos (alfombras, cableado, iluminación, altura del sillón, calzado, objetos en el paso), proponen correcciones de bajo coste y definen un plan de

acompañamiento para “momentos de riesgo” (levantarse, baño nocturno, post-siesta). En domicilio se añade un componente clave: cómo negociar cambios con la familia sin culpabilizar, y cómo priorizar cuando no se puede “arreglar todo”. Esta actividad se ancla en el énfasis del informe sobre mayor exposición a riesgos en domicilios y necesidad de formación aplicada.

#### **4) Actividad 4. Microclínica de ergonomía: técnica + autocuidado físico**

Se hace una sesión breve pero muy concreta de “higiene postural del turno”: cómo ajustar altura de cama, cómo evitar torsiones al vestir o asear, cómo acercar cargas, cómo usar el peso corporal. Se complementa con un set de 5–7 minutos de movilidad/estiramientos seguros para antes/después del turno. Se trabaja explícitamente el mensaje del informe: cuidar bien implica también no dañarse; la prevención músculo-esquelética es parte de la sostenibilidad del cuidado.

## **9.5 PROPUESTA DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

### **1) Evaluación práctica por desempeño (OSCE) con checklist de seguridad**

La evaluación principal se realiza mediante una estación práctica donde la persona participante debe completar, con técnica segura, (1) un cambio postural en cama o reposicionamiento, y (2) una transferencia (cama–silla o silla–wc), con decisión justificada de si requiere ayuda técnica o apoyo adicional. El checklist valora conductas observables: preparación del entorno (frenos, altura, obstáculos), comunicación con la persona, postura/biomecánica (sin torsión, base de apoyo, cercanía), y cierre seguro (posición final, confort, prevención de caída). Esto mide lo que el estudio identifica como brecha: **procedimientos críticos** que no pueden quedar en teoría.

### **2) Evaluación de uso de ayudas técnicas (grúa o dispositivo disponible) con rúbrica**

Se evalúa el uso seguro del equipo disponible (grúa, tabla, disco). La rúbrica incluye: verificación del equipo, elección correcta del recurso, colocación segura (arnés/ayuda), ejecución sin maniobras bruscas y comunicación constante. También se incorpora un criterio de “detención segura”: si detecta un problema (incomodidad, mala colocación), para y corrige antes de continuar.

### **3) Caso aplicado breve: prevención de caídas y plan de entorno**

Se entrega un caso domiciliario o residencial con factores de riesgo (p. ej., hipotensión ortostática, urgencia miccional nocturna, alfombras, sedación). La participante debe proponer un plan realista: ajustes del entorno, acompañamiento en momentos críticos, y qué reportar a

coordinación/equipo. Se valora priorización, viabilidad y coherencia con el rol profesional.

#### **4) Autoevaluación y plan preventivo músculo-esquelético (1 página)**

Se solicita un plan breve de sostenibilidad física: señales tempranas propias, dos cambios ergonómicos que aplicará en su puesto, y cuándo pedirá apoyo/ayuda técnica. Este método refuerza el enfoque de salud laboral del informe (ergonomía aplicada y prevención TME como prioridad).

### **9.6 CRITERIOS MÍNIMOS DE LOGRO SE CONSIDERA QUE LA PERSONA PARTICIPANTE ALCANZA UN NIVEL COMPETENTE SI DEMUESTRA, COMO MÍNIMO:**

- 1) En **movilización y transferencias**, realiza al menos **dos maniobras** (un cambio postural en cama y una transferencia) cumpliendo criterios de seguridad: prepara entorno, comunica, usa postura/biomecánica adecuada y finaliza con estabilidad y confort.
- 2) En **ayudas técnicas**, utiliza correctamente al menos **una ayuda** disponible (idealmente grúa; si no, tabla/disco/cama articulada) siguiendo un procedimiento básico: verificación, colocación segura y ejecución controlada, deteniéndose si detecta riesgo.
- 3) En **prevención de caídas**, identifica riesgos relevantes del entorno y propone medidas concretas (al menos 5) adaptadas al contexto (domicilio/residencia), incluyendo qué reportar al equipo/coordinación.
- 4) En **prevención músculo-esquelética**, identifica señales tempranas de sobrecarga, aplica medidas ergonómicas básicas (altura, evitar torsión, acercamiento) y define cuándo pedir apoyo/ayuda técnica para no asumir maniobras de alto riesgo en solitario.

## 10 SECCIÓN 8: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y AUTOCUIDADO FÍSICO

### 10.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar esta sección, las personas participantes podrán:

- 1) Reconocer los **principales riesgos laborales** del puesto (carga física, posturas forzadas, movimientos repetitivos, fatiga) y aplicar medidas preventivas concretas en tareas habituales del cuidado.
- 2) Organizar su trabajo (micro-pausas, alternancia de tareas, planificación y límites) para **reducir sobrecarga** y sostener el cuidado en el tiempo, entendiendo que “cuidar bien implica no romperse”.
- 3) Identificar señales tempranas de **lesión músculo-esquelética y fatiga** y activar estrategias de autocuidado físico y comunicación con la organización (cuándo pedir apoyo, cuándo usar ayudas, cuándo reportar).
- 4) En atención domiciliaria, realizar una **evaluación rápida del entorno** (espacios, iluminación, barreras, riesgos de caídas) y acordar medidas realistas con familia/persona usuaria sin perder el rol profesional.

### 10.2 CONTENIDOS DE APRENDIZAJE

#### 1) La Prevención de Riesgos Laborales (PRL) como parte de la calidad del cuidado (no como “extra”)

El informe muestra que una parte relevante percibe aprendizaje insuficiente en “nudos críticos” técnicos vinculados a seguridad, incluyendo **prevención de riesgos físicos**. En los grupos focales, esta idea se vuelve muy concreta: mejorar técnicas y posturas “protege la espalda”, previene lesiones y se convierte en parte del buen hacer profesional. Esta sección parte de esa premisa: la prevención no es un añadido, sino una condición para cuidar con continuidad y dignidad, especialmente en un sector donde la fatiga y las jornadas intensivas pueden convertir la formación y el autocuidado en un lujo (“tiempo imposible”).

#### 2) Riesgos físicos típicos del puesto: carga, posturas y fatiga acumulada

Se aterrizan los riesgos más frecuentes en el trabajo cotidiano: levantar o sostener peso (o “peso muerto”), empujar/arrastrar, trabajar agachada o en torsión (cama baja, baño pequeño, sillones), movimientos repetitivos (aseo, vestido), y esfuerzos mantenidos (estar de pie muchas horas, caminatas continuas en domicilio). Se analiza cómo estos riesgos se combinan con la **fatiga** (turnos, ritmos altos, falta de descansos, múltiples

domicilios) y por qué, a partir de cierto umbral, “hacer fuerza” deja de ser una solución y pasa a ser un factor de lesión. Esta lectura se alinea con el informe cuando señala que el tiempo no falta por desinterés, sino por **jornadas, turnos y fatiga acumulada**, lo que afecta sostenibilidad física y emocional.

### **3) Medidas preventivas aplicadas: “micro-decisiones” que evitan lesiones**

Se enseñan medidas concretas y repetibles, integradas a la tarea: ajustar altura de cama o superficie cuando sea posible, acercar el cuerpo al punto de trabajo, evitar torsión (mover pies antes que girar tronco), usar apoyos y ayudas, preparar el entorno (frenos, espacio, luz), y pedir colaboración de la persona usuaria cuando la haya. Se conecta con estándares de ergonomía y manipulación manual de cargas (planificación, condiciones del entorno, iluminación adecuada, suelos estables), de forma comprensible para perfiles de atención directa. [Portal INSST+1](#)

### **4) Organización del trabajo para reducir riesgos: micro-pausas, alternancia y límites profesionales**

Aquí el foco es que la prevención no depende solo de “hacer bien una técnica”, sino de cómo se organiza el turno. Se trabaja:

- ✓ **Micro-pausas** (1–3 minutos cada cierto tiempo) para liberar tensión, hidratarse, reset postural y prevenir acumulación de carga.
- ✓ **Alternancia de tareas** (evitar encadenar actividades de alta demanda física sin recuperación).
- ✓ **Planificación del turno:** anticipar tareas pesadas y coordinar apoyos (otra compañera, familia, ayudas técnicas), especialmente en momentos críticos (levantarse, higiene, cambios posturales).
- ✓ **Límites y protección:** diferenciar tareas propias del cuidado de demandas indebidas y saber comunicarlo con respeto y firmeza. El informe recoge que la formación también sirve para delimitar funciones y protegerse frente a sobrecargas. Se vincula además con la dimensión estructural: el estudio insiste en que “no estar solas” y contar con apoyo institucional/protocolos es parte de la prevención (no solo responsabilidad individual).

### **5) Autocuidado físico: señales tempranas, actuación y cultura de reporte**

Se entrenan “señales amarillas” (dolor lumbar recurrente, rigidez, hormigueo, dolor de hombro/rodilla, fatiga que no se recupera) y qué hacer antes de que se cronifique: ajustar técnica, introducir pausas, usar ayudas, pedir apoyo, y reportar a coordinación/PRL. Se refuerza el mensaje del informe: cuidar bien implica no dañarse y poder sostener el trabajo; esto conecta con derechos laborales básicos y con la calidad del cuidado.

## **6) En domicilio: evaluación rápida de riesgos del entorno (espacios, iluminación, barreras)**

Se aborda la especificidad del domicilio: espacios pequeños, iluminación insuficiente, alfombras/cables, baño no adaptado, camas bajas, suelos irregulares, escaleras, animales, falta de ayudas técnicas y trabajo en soledad. El informe enfatiza que en domicilios el trabajo en soledad intensifica riesgos y desgaste, por lo que se requiere formación aplicada y protocolos.

Se enseña una evaluación rápida tipo “check de 2 minutos” al inicio del servicio: rutas seguras (cama–baño–cocina), puntos de apoyo, iluminación, obstáculos, calzado, altura de superficies y disponibilidad de teléfono. Se incluye cómo acordar cambios con familia/usuario (priorizar medidas de bajo coste y alto impacto) y cómo registrar/derivar cuando el riesgo no es controlable. Como marco útil, se presentan recursos públicos de evaluación de riesgos en el hogar (Prevencion10, desarrollado para empleo del hogar, pero aprovechable como checklist de entorno). [Prevencion10+2](#)[Prevencion10+2](#)

## **10.3 OTROS RECURSOS DE APRENDIZAJE (MATERIALES, LECTURAS, VIDEOS U OTROS)**

- 1) INSST – **Guía técnica de manipulación manual de cargas (actualización 2024)**. [Portal INSST+1](#)
- 2) INSST – **NTP 1142 (Método DOTTE)**: procedimientos básicos para movilización segura y prevención de TME. [Portal INSST](#)
- 3) INSST – **Documentación sobre trastornos musculoesqueléticos (TME)**: recopilación de materiales y herramientas. [Portal INSST](#)
- 4) BOE – **Real Decreto 893/2024** (seguridad y salud en el servicio del hogar familiar). [BOE](#)
- 5) Prevencion10 – Portal público gratuito de PRL y **recursos para evaluación de riesgos en hogar** (cuestionarios, materiales). [Prevencion10+2](#)[Prevencion10+2](#)
- 6) INSST (noticia) – Herramienta para evaluar riesgos laborales en el hogar (enlace y explicación). [Portal INSST+1](#)

## **10.4 PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE**

### **1) Actividad 1. “Mapa de riesgos del turno” (residencia y domicilio) + plan preventivo**

Las personas participantes describen un turno real (o un caso tipo) e identifican en qué momentos aparece más carga física y fatiga

(higiene, transferencias, baño, cambios posturales, limpieza asociada, desplazamientos entre domicilios). Después, elaboran un plan breve con tres decisiones preventivas por momento crítico: qué preparar antes, qué ayuda técnica o apoyo pedir, y qué micro-pausa introducir. Esta actividad conecta con el diagnóstico del informe sobre fatiga acumulada y la necesidad de pasar de “improvisación” a “procedimiento” para sostener el trabajo.

**2) Actividad 2. Micro-pausas guiadas + “kit de protección” (5–7 minutos aplicables en el puesto)**

Se enseña una rutina corta, realista y repetible: movilidad suave de columna/escápulas, descarga de muñecas y piernas, respiración para bajar tensión y rehidratación. El objetivo no es “hacer gimnasia”, sino instalar un hábito mínimo para reducir sobrecarga. Se trabaja también el “kit de protección”: calzado, hidratación, organización del carro o mochila, y cómo preparar el espacio antes de iniciar tareas (luz, frenos, retirar obstáculos). Se refuerza el punto del informe: el autocuidado físico debe verse como parte del estándar profesional.

**3) Actividad 3. Role play de límites profesionales y prevención de sobrecarga**

En parejas, se simulan situaciones frecuentes: familia que pide tareas fuera de rol, ritmo excesivo (“hazlo rápido”), o presión para levantar a la persona sin ayuda. La participante practica cómo responder desde un marco de seguridad: explicar el riesgo, proponer alternativa segura y acordar pasos. Esta actividad se apoya en el hallazgo del informe de que la formación fortalece la capacidad de delimitar funciones y negociar expectativas, reduciendo riesgos por exigencias indebidas.

**4) Actividad 4. “Walkthrough” domiciliario: evaluación rápida de entorno (check de 2 minutos)**

Se monta una habitación simulada (o se usan fotos/vídeos) con riesgos típicos: alfombra suelta, pasillo oscuro, baño estrecho, cables, cama baja, silla inestable. En equipos, realizan el check rápido y priorizan medidas (top 5) por impacto y viabilidad, definiendo: qué cambio se propone, cómo se comunica, y qué se reporta a coordinación si no se puede resolver. Se entrena específicamente lo que el informe subraya para domicilio: trabajo en soledad y necesidad de protocolos aplicados.

## 10.5 PROPUESTA DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN

**1) Evaluación aplicada por caso (residencia/domicilio) con criterios de prevención**

Se entrega un caso breve con condiciones reales (baño pequeño,

cama baja, persona con poca colaboración, tiempo ajustado). La persona participante debe: identificar al menos 6 riesgos (carga, posturas, entorno, fatiga, soledad), proponer medidas preventivas concretas (qué haría diferente) y definir qué pediría a la organización (apoyo, ayuda técnica, replanificación). Se valora la capacidad de priorizar y proponer medidas realistas, coherentes con la evidencia del informe sobre “tiempo imposible” y necesidad de condiciones operativas.

2) **Checklist de evaluación rápida del domicilio (desempeño en simulación)**

En una simulación corta (2–3 minutos), la participante realiza el check de entorno y deja un registro claro: riesgos detectados, medidas inmediatas y derivaciones. Esta evaluación asegura que la competencia no queda en teoría y responde al nuevo marco de PRL en el ámbito doméstico (evaluación y medidas preventivas). [BOE+2Prevencion10+2](#)

3) **Autoevaluación estructurada + plan personal de prevención (1 página)**

Se pide completar un plan de autocuidado físico: señales tempranas propias, dos micro-pausas que adoptará, una técnica de protección prioritaria y un compromiso de “cuándo pedir ayuda”. Esto refuerza el enfoque del informe: prevención y salud laboral como parte del “buen hacer” y de la sostenibilidad del cuidado.

## 10.6 CRITERIOS MÍNIMOS DE LOGRO

Se considera que la persona participante alcanza un nivel **competente** si demuestra, como mínimo:

- 1) Identifica y explica los **riesgos principales** del puesto (carga física, posturas, fatiga) y propone **medidas preventivas concretas** aplicables en su turno (no generalidades).
- 2) Diseña un plan básico de **organización preventiva** del trabajo (micro-pausas + alternancia + preparación del entorno) ajustado a su realidad laboral, coherente con el enfoque del informe sobre sostenibilidad y “tiempo imposible”.
- 3) En escenario domiciliario simulado, realiza una **evaluación rápida del entorno** y prioriza al menos 5 medidas realistas (inmediatas y/o a reportar), dejando un registro claro.
- 4) Formula un **plan personal de autocuidado físico** con señales tempranas y acciones de protección (cuándo usar ayudas, cuándo pedir apoyo y cuándo reportar), asumiendo que cuidar bien incluye no lesionarse.

## 11 SECCIÓN 9: MARCO ÉTICO-LEGAL, DERECHOS Y “LÍMITES DEL ROL”

### 11.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar esta sección, la persona participante será capaz de:

- 1) Explicar los derechos básicos de la persona mayor en cuidados (dignidad, autonomía, intimidad, no discriminación) y cómo se traducen en decisiones cotidianas.
- 2) Reconocer sus derechos laborales, responsabilidades y límites del rol, especialmente en domicilios y en situaciones de soledad profesional.
- 3) Aplicar un marco de decisión ético-práctico ante dilemas frecuentes (p. ej., presiones para medicación, conflictos con familias, sospecha de abuso).
- 4) Utilizar pautas seguras de confidencialidad y protección de datos en la comunicación con familias y equipos.
- 5) Activar rutas de protección y comunicación/denuncia según el tipo de riesgo, documentando adecuadamente lo sucedido y escalando a quien corresponde.
- 6) Identificar derechos y recursos clave cuando el empleo se cruza con extranjería (autorizaciones/renovaciones, regularización, riesgos de explotación o amenazas ligadas a “papeles”), sabiendo a qué canales acudir para asesoría y protección.

Justificación desde el estudio: se identifican déficits relevantes en aprendizajes sobre derechos de la persona cuidadora (31,1%) y derechos de la persona cuidada (21,1%), además de demanda explícita de formación en “rutas de denuncia y protección” para delimitar funciones y protegerse ante conflictos reales.

### 11.2 CONTENIDOS DE APRENDIZAJE

**6) Rutas de protección, comunicación y denuncia: un “mapa” claro para actuar (residencia y domicilio).** Se construye un mapa práctico por niveles: (1) **riesgo inminente:** activar emergencias (112) y asegurar la integridad; (2) **sospecha o indicios de maltrato/abuso:** comunicar según protocolo interno y derivar a servicios sociales/recursos especializados; (3) **conflictos laborales o violencia/acoso**

**hacia la cuidadora:** canales internos + recursos externos (p. ej., ITSS). Se incorpora un recurso nacional especializado de orientación sobre abuso y maltrato a mayores ([CONFEMAC](#)) como apoyo para dudas y derivación. Además, se refuerza la idea que el estudio remarca: las personas cuidadoras no piden “teoría legal”, sino **herramientas para protegerse en escenarios reales** de conflicto, responsabilidad y poder.

### 1) **Derechos de la persona mayor: del “principio” a la práctica (ética aplicada al día a día).**

Se trabaja una “traducción operativa” de derechos: qué significa, en la práctica, respetar la dignidad (trato, tono, exposición del cuerpo), la autonomía (elecciones reales, consentimiento y participación), la intimidad (espacios, pudor, información que se comparte) y la igualdad/no edadismo (no infantilizar, no decidir “por” la persona por su edad). La clave formativa es que estos derechos no se abordan como un listado abstracto, sino como criterios para decidir en situaciones concretas: cuando la persona rechaza un apoyo, cuando el entorno familiar pide “hacerlo rápido”, cuando hay discrepancias entre seguridad y preferencias, etc. Se enmarca además en el sistema de atención a la dependencia y la promoción de la autonomía en España [LAPAD](#).

### 2) **Consentimiento, autonomía y seguridad: qué podemos hacer, qué no, y cómo actuar cuando hay negativa o riesgo.**

Se clarifica el consentimiento (habitualmente verbal), el derecho a recibir información y a decidir, y cómo proceder cuando la persona no quiere una intervención o cuando hay dudas sobre su comprensión. El enfoque no pretende “juridificar” el cuidado, sino dar un guion profesional: cómo explicar, cómo ofrecer alternativas, cómo registrar la incidencia, cuándo pedir apoyo a coordinación/enfermería y cómo manejar el conflicto con familia/equipo cuando la persona prioriza una preferencia que implica riesgo. [LAPAD](#)

### 3) **Confidencialidad, protección de datos y comunicación con familias: reglas sencillas para no exponerse.**

Aquí se baja a tierra la protección de datos y la confidencialidad en lo cotidiano: qué se puede comentar y con quién, cómo compartir información “necesaria” sin vulnerar privacidad, y qué prácticas generan riesgo (enviar audios por WhatsApp con información sensible; fotos “para la familia”; dejar listados a la vista; comentar situaciones en espacios comunes; dar información clínica sin autorización). Se trabajan criterios de

minimización (“solo lo necesario”), canales adecuados, consentimiento/indicaciones del centro y registro responsable. [BOE+1](#)

#### **4) Derechos de la persona cuidadora y “límites del rol”: delimitar para cuidar mejor y protegerse.**

Se define el rol profesional como un “rol frontera”: cerca de la vida íntima de la persona, con alta carga emocional, pero con límites claros. Se revisan responsabilidades (cumplir plan de cuidados, informar cambios relevantes, trato respetuoso, confidencialidad, uso seguro de ayudas, documentación básica) y límites (no diagnosticar, no prescribir, no modificar tratamientos, no administrar medicación fuera de indicación/protocolo, no decidir sujeciones por cuenta propia, no asumir gestiones económicas sin autorización/procedimiento, no aceptar dinámicas de explotación o abuso). [BOE+2](#)

En paralelo, se trabajan derechos laborales básicos como parte de la “seguridad profesional”: contrato y condiciones claras, alta/cotización, salario, jornada y descansos, prevención de riesgos, protección frente a violencia/acoso y acceso a canales de denuncia. Se hace una distinción práctica por entornos: (a) en residencia/servicios formalizados suele aplicar el marco general (Estatuto de los Trabajadores y PRL), y (b) en domicilio particular, si se trata de empleo del hogar familiar, se aplican reglas específicas (relación laboral especial del hogar) y se refuerza la idea de que “ser cuidadora en un domicilio” no equivale a disponibilidad total ni a aceptar tareas fuera de lo pactado; el encuadre contractual y el respeto a descansos son una condición de calidad del cuidado, no un “capricho”.

#### **5) Cuando los derechos laborales se cruzan con extranjería: protección, regularización y prevención de abusos.**

Este sub-bloque aborda un punto crítico del sector: muchas personas cuidadoras tienen origen migrante y, en ocasiones, su estabilidad laboral está ligada a trámites de extranjería (autorizaciones de residencia y trabajo, renovaciones o vías de regularización). La formación se centra en dar claridad y reducir vulnerabilidad, sin convertir la sección en un curso jurídico.

Se trabajan tres ideas prácticas:

- ✓ Igualdad y no discriminación: el punto de partida es que las personas extranjeras gozan de derechos en España en los términos establecidos por la normativa, y esto incluye derechos laborales y acceso a protección cuando

hay abuso o irregularidad. La discriminación por origen, idioma o situación administrativa no puede normalizarse como “parte del trabajo”.

- ✓ La relación empleo–trámites: se explica, de forma sencilla, que determinados procedimientos de extranjería (autorizaciones/renovaciones o algunos supuestos de regularización) requieren acreditar vínculos laborales/medios, y por eso es tan importante exigir condiciones mínimas: contrato por escrito cuando corresponda, alta en Seguridad Social, nóminas o justificantes, y posibilidad de consultar la vida laboral. Se enseña a identificar “señales rojas” que ponen en riesgo tanto derechos laborales como trámites (pagos en efectivo sin justificante, ausencia de alta, jornadas desproporcionadas, cambios unilaterales, retención de documentos, amenazas).
- ✓ Qué hacer ante amenazas ligadas a “papeles”: se entrena una respuesta profesional y segura ante frases como “si reclamas te denuncio” o “si te vas no te renuevo”. El objetivo es que la cuidadora tenga un plan de protección: no discutir desde el miedo, documentar hechos, buscar asesoría especializada (orientación jurídica/justicia gratuita, sindicatos/entidades) y activar canales formales (Inspección de Trabajo). En situaciones de coacción grave, explotación o retención de documentación, se incorporan rutas de protección y recursos especializados.

**Nota metodológica:** este contenido se trabaja como “orientación para la autoprotección y la derivación”, no como asesoramiento legal individual. Se insiste en consultar recursos oficiales y/o orientación jurídica cuando la situación lo requiera.

## **6) Dilemas frecuentes y “casos tipo”: cómo decidir sin improvisar.**

Se trabajan dilemas que el estudio muestra como especialmente sensibles para las personas cuidadoras porque combinan presión, asimetrías de poder y responsabilidad. Un caso clave es la presión para medicación (familia/entorno pide “una pastilla más” o “media más”), donde se entrena una respuesta profesional: detenerse, explicar límites, no ejecutar, registrar y escalar. Se usan también casos de: (1) familia que exige tareas fuera de contrato/rol; (2) conflicto por intimidad (la familia quiere acceso total a información); (3) sospecha de abuso/neglect; (4) manipulación económica o regalos; (5) comunicación de incidentes (caídas, hematomas, cambios conductuales). En esta versión se incorpora, además, el “dilema migrante”: presión o amenaza vinculada a extranjería (por ejemplo, “si no aceptas esas horas, no te hago contrato/te pongo problemas”), para entrenar autoprotección sin exposición.

## 6) Rutas de protección, comunicación y denuncia: un “mapa” claro para actuar (residencia y domicilio).

Se construye un mapa práctico por niveles:

- 1) riesgo inminente: activar emergencias (112) y asegurar la integridad;
- 2) sospecha o indicios de maltrato/abuso a la persona mayor: comunicar según protocolo interno y derivar a servicios sociales/recursos especializados;
- 3) conflictos laborales, violencia/acoso hacia la cuidadora o irregularidades: canales internos + recursos externos (Inspección de Trabajo; orientación jurídica/justicia gratuita; sindicatos/entidades).

Se incorpora también un recordatorio de recursos específicos cuando hay explotación o coacción grave (incluida trata), sin sobredimensionar: son rutas de protección excepcionales, pero deben estar visibles.

Además, se refuerza la idea que el estudio remarca: las personas cuidadoras no piden “teoría legal”, sino herramientas para protegerse en escenarios reales de conflicto, responsabilidad y poder.

## 11.3 OTROS RECURSOS DE APRENDIZAJE (MATERIALES, LECTURAS, VIDEOS)

### ✓ Derechos de la persona mayor y marco de atención:

- 1) Ley de Dependencia (LAPAD) – Ley 39/2006 (texto consolidado, BOE): <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- 2) Autonomía del paciente – Ley 41/2002 (BOE): <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- 3) IMSERSO – Protocolo de detección y actuación ante malos tratos en centros: guía práctica para identificar y actuar. [IMSERSO](#)
- 4) Guía de buen trato a las personas mayores (Comunidad de Madrid, PDF): enfoque didáctico para prevención de maltrato y edadismo. [Madrid](#)
- 5) Teléfono CONFEMAC contra el abuso y maltrato a personas mayores (900 65 65 66): orientación y asesoramiento (9–21h). [CONFEMAC](#)

### ✓ Privacidad y protección de datos:

- 1) LOPDGDD 3/2018 (BOE): <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
- 2) RGPD – Reglamento (UE) 2016/679 (EUR-Lex): <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj?locale=es>

✓ **Derechos laborales (marco general y hogar):**

- 1) Estatuto de los Trabajadores – RDL 2/2015 (BOE):  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11430>
- 2) Prevención de Riesgos Laborales – Ley 31/1995 (BOE):  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
- 3) Empleo del hogar familiar – RD 1620/2011 (BOE):  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-17975>
- 4) Mejora de condiciones empleo del hogar – RDL 16/2022 (BOE):  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-14680>
- 5) MITES – Guía “Empleadas de Hogar” (PDF):  
[https://www.mites.gob.es/ficheros/ministerio/inicio\\_destacados/Gua-Empleadas-de-Hogar.pdf](https://www.mites.gob.es/ficheros/ministerio/inicio_destacados/Gua-Empleadas-de-Hogar.pdf)
- 6) Seguridad Social (Import@ss) – Alta en empleo de hogar: <https://portal.seg-social.gob.es/wps/portal/importass/importass/Categorias/Altas%2C%2Bbajas%2By%2Bmodificaciones/Altas%2By%2Bafiliacion%2Bde%2Btrabajadores/Alta%2Ben%2Bempleo%2Bde%2Bhogar>

✓ **Extranjería (residencia y trabajo) y apoyo jurídico:**

- 1) Ley Orgánica 4/2000 de Extranjería (BOE):  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544>
- 2) Reglamento de Extranjería – RD 557/2011 (BOE):  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-7703>
- 3) Migraciones – Tipos de autorizaciones (residencia/trabajo):  
<https://www.inclusion.gob.es/web/migraciones/autorizaciones>
- 4) Sede electrónica – Solicitudes telemáticas de autorizaciones de extranjería (MERCURIO):  
<https://sede.administracionespublicas.gob.es/pagina/index/directorio/mercuro2>
- 5) Abogacía Española – Solicitar Justicia Gratuita / orientación jurídica:  
<https://www.abogacia.es/servicios/ciudadanos/servicios-de-orientacion-juridica-gratuita/>

✓ **Canales de denuncia/protección:**

- 1) ITSS – Denuncia (canal oficial): <https://oeitss.gob.es/tramites/personas-trabajadoras/denuncia>
- 2) ITSS (portal MITES con información y acceso):  
<https://www.mites.gob.es/denunciaitss/>
- 3) Trata/explotación (recursos policiales – Policía Nacional):  
[https://www.policia.es/\\_es/colabora\\_trata](https://www.policia.es/_es/colabora_trata) (tel. 900 10 50 90)

- 4) 900 105 090 (contacto trata – Policía Nacional, recurso de colaboración):  
[https://www.policia.es/\\_gl/colabora\\_trata\\_guia\\_recursos.php](https://www.policia.es/_gl/colabora_trata_guia_recursos.php)

## 11.4 PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

- 1) Taller de “límites del rol” con tarjetas de situaciones reales (incluye casos con cruce laboral–extranjería). Se trabaja con tarjetas breves (“la familia pide administrar una dosis extra”, “la coordinadora no responde y hay un cambio clínico”, “me piden limpiar zonas no acordadas”, “me solicitan fotos de una herida”). En esta versión se añaden dos tarjetas específicas: (a) “me dicen que si no acepto más horas no me harán contrato / me amenazan con ‘papeles’”, y (b) “me pagan en efectivo sin nómina ni alta y me piden que no lo cuente”. En pequeños grupos, las personas participantes clasifican: sí es de mi rol / no es de mi rol / depende y debo consultar, y justifican la decisión en base a derechos, seguridad y protocolos. La puesta en común se orienta a construir frases profesionales “tipo” para decir que no sin confrontar, y a identificar el canal correcto de escalado/protección según el caso.
- 2) Role-play de comunicación difícil (familia–persona cuidadora–coordinación) + “guion de autoprotección”. Se simulan tres escenas: (1) presión para medicación; (2) tensión por información y confidencialidad; (3) exigencias fuera del rol. Se incorpora una “mini-escena” adicional (2–3 minutos) donde aparece una amenaza o coacción (“si reclamas te denuncio / te quito el trabajo / no te hago papeles”). El objetivo no es teatral: se ensayan micro-habilidades concretas (mensajes en primera persona, límites claros, alternativas, cierre de conversación) y se entrena el circuito posterior: cómo registrar, a quién informar, qué datos incluir y qué no, y cómo pedir orientación jurídica sin exponerse.
- 3) Mapa de rutas de protección y “plan de acción personal” (incluye extranjería y derechos laborales). Cada participante construye un mapa simple (una hoja) con: teléfonos y recursos clave, canales internos del centro/empresa, cuándo llamar a 112, cuándo activar servicios sociales, y cómo usar recursos de orientación (p. ej., CONFEMAC). Se añade un bloque específico: “si el conflicto es laboral o se mezcla con extranjería”, con tres recursos mínimos (ITSS, orientación jurídica/justicia gratuita, y un recurso oficial de extranjería). Se finaliza con un plan de acción de 10 líneas: qué haré si detecto riesgo en domicilio y qué haré si vivo una

situación de abuso/amenaza como trabajadora (incluida coacción por 'papeles').

- 4) Mini-auditoría de privacidad en el cuidado cotidiano. En formato checklist y con ejemplos, se revisan prácticas habituales: notas visibles, conversaciones en pasillos, uso de móvil, grupos de WhatsApp, traslado de documentación, etc. La actividad busca que la cuidadora identifique 2–3 cambios inmediatos para reducir riesgos sin complicar su trabajo.

## 11.5 PROPUESTA DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN

**1) Evaluación por casos (prueba de desempeño) con dilema “laboral–extranjería”.** La evaluación principal es un caso escrito breve, con 2 dilemas encadenados (p. ej., presión para medicación + familia pide información sensible). En esta versión, uno de los dilemas incorpora el cruce laboral–extranjería (p. ej., amenaza de no formalizar contrato/alta o coacción vinculada a “papeles”). La persona debe: (1) identificar el riesgo principal; (2) explicitar el límite del rol; (3) redactar una respuesta profesional en 4–6 líneas; (4) describir el circuito de escalado y registro; y (5) nombrar al menos un canal de protección laboral y uno de orientación jurídica/oficial de extranjería. Se califica con rúbrica centrada en seguridad, respeto a derechos, claridad comunicativa, trazabilidad y uso de rutas adecuadas.

**2) Observación de role-play con lista de cotejo (incluye autoprotección ante coacción).** Durante los role-plays se aplica una lista de cotejo simple: “explica límite sin culpabilizar”, “evita infantilización/edadismo”, “no asume competencias clínicas”, “cierra conversación con próximo paso claro”, “propone escalado”, y “no negocia bajo amenaza: activa plan de protección y canal formal”. Esto permite evaluar habilidades que no se captan en un test tradicional y que son claves en domicilio y en conflictos con familias/empleadores.

**3) Cuestionario breve de conocimientos críticos. Un test corto (10–12 ítems)** verifica “mínimos no negociables”: consentimiento, confidencialidad básica, qué nunca hacer con medicación, cuándo activar emergencias, y dos ítems de autoprotección laboral: (a) a qué canal acudir ante irregularidades laborales y (b) dónde solicitar orientación jurídica/justicia gratuita si hay vulneración grave o miedo a represalias.

**4) Evidencia de producto: “mapa de rutas y plan de acción”.** Se entrega el mapa de rutas y el plan de acción personal. Se evalúa si incluye recursos esenciales (112, canal interno, recurso de orientación sobre mayores, vía laboral – ITSS, y un recurso oficial de extranjería/asesoría jurídica) y si la secuencia de pasos es coherente. Esta evidencia es útil porque queda como herramienta real de trabajo, especialmente para domicilios.

## 11.6 CRITERIOS MÍNIMOS DE LOGRO

Para considerar superada esta sección, la persona participante debe demostrar, como mínimo, que:

- 1) Delimita el rol: ante una presión para medicación, declara explícitamente que no puede modificar pautas ni “dar de más”, y describe a quién escalar y cómo registrar.
- 2) Protege derechos y privacidad: identifica qué información puede/no puede compartir con familia y propone un canal adecuado, aplicando principios básicos de confidencialidad.
- 3) Activa rutas de protección: distingue correctamente entre urgencia (112) y sospecha sin urgencia, y menciona al menos una ruta de orientación/derivación especializada.
- 4) Sostiene un criterio ético aplicado: justifica una decisión considerando dignidad, autonomía y seguridad, sin caer en “lo hago porque me lo piden” o “por costumbre”.
- 5) Documenta y comunica profesionalmente: propone qué reportar, a quién, cuándo y con qué nivel de detalle (lo necesario y verificable).
- 6) Se autoprotege cuando hay coacción o amenaza vinculada al empleo/extranjería: no negocia bajo amenaza, identifica al menos un canal laboral (ITSS) y un recurso de orientación jurídica/oficial de extranjería, y propone una secuencia de pasos realista (documentar hechos + pedir asesoría + canal formal).

## 12 SECCIÓN 10: TRÁMITES ADMINISTRATIVOS Y DOCUMENTACIÓN DEL CUIDADO

### 12.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar esta sección, la persona participante podrá:

- 1) Diferenciar los registros básicos del cuidado (qué se registra, con qué finalidad y con qué nivel de detalle) y completarlos con criterios de calidad: claridad, hechos verificables, continuidad asistencial y trazabilidad.
- 2) Identificar y gestionar incidencias (clínicas, conductuales, ambientales y organizativas) documentándolas y comunicándolas formalmente a coordinación/equipo según prioridad (qué reportar, cómo y cuándo).
- 3) Orientarse en trámites habituales vinculados al cuidado (citas, recetas, ayudas técnicas, coordinación con SAD/residencia, gestiones con familia) distinguiendo con precisión: qué hace la persona cuidadora, qué debe derivar, y cómo lo documenta para proteger derechos y rol.
- 4) Aplicar principios básicos de confidencialidad y protección de datos en registros y comunicaciones (mínimo necesario, canales adecuados, custodia de documentación). [Agencia Española de Protección de Datos](#)

Justificación desde el estudio: los trámites administrativos aparecen como uno de los “nudos críticos” donde se reporta aprendizaje insuficiente (24,5%), y también como expectativa relevante en quienes no tienen formación especializada (23,6%).

### 12.2 CONTENIDOS DE APRENDIZAJE

#### 2.1. Documentar es cuidar: por qué el registro es parte del estándar profesional

El informe muestra que las brechas no se concentran en lo “básico”, sino en aquello que ordena la calidad, seguridad y sostenibilidad del cuidado: coordinación, derechos, gestión de riesgos y también trámites/documentación. En la práctica, registrar bien no es “burocracia”: es lo que permite continuidad (que el siguiente turno sepa lo relevante), seguridad (que una alerta no se pierda) y protección (de la persona usuaria y de la cuidadora ante conflictos o exigencias indebidas). Esta

sección trabaja esa idea: la documentación es una **herramienta de cuidado y de protección del rol**.

## **2.2. Qué se registra (y qué no): registros básicos y su función**

Se establecen los registros que suelen existir en residencia y SAD/domicilio, adaptables a formatos en papel o digitales: (a) registro diario de cuidados (alimentación/hidratación, movilidad, higiene, descanso, estado de ánimo, tolerancia a actividades); (b) registro de constantes o controles básicos solo cuando el plan/protocolo lo indique y dentro del rol; (c) registro de incidencias (caídas, alteraciones conductuales, rechazo de cuidados, lesiones, fallos de equipamiento, riesgos ambientales); (d) registro de comunicación a coordinación/equipo (qué se comunicó, a quién, cuándo, respuesta recibida); y (e) en algunos servicios, parte de tareas/tiempos o hoja de ruta. El foco está en registrar lo relevante y observable, evitando interpretaciones (“estaba fatal”) y usando hechos (“refiere dolor 8/10”, “no tolera bipedestación”, “rechaza ducha pese a ofrecimiento y alternativas”).

## **2.3. Cómo se registra: criterios de calidad del registro**

Se enseña un estándar sencillo: fecha/hora, descripción breve de hechos, acciones realizadas, resultado, persona informada y plan/seguimiento. Se trabaja el principio de “mínimo necesario” (no añadir información sensible que no aporta a la atención) y la importancia de la coherencia: lo que hago, lo registro; lo que observo y es relevante, lo comunico. Este bloque conecta con el hallazgo del estudio sobre necesidad de formación competencial y aplicada en estos nudos críticos, no solo teórica.

## **2.4. Incidencias y alertas: cuándo basta con registrar y cuándo hay que escalar**

Se construye un mapa práctico por niveles:

- ✓ **Incidencia leve** (p. ej., pequeña irritación, cambio de apetito sin otros signos): registrar + informar en canal ordinario + seguimiento.
- ✓ **Incidencia moderada** (p. ej., mareos, conducta disruptiva persistente, rechazo repetido de hidratación): registrar + comunicar a coordinación en el día + acordar plan.
- ✓ **Alerta urgente** (p. ej., caída con golpe en cabeza, dificultad respiratoria, signos de ictus, atragantamiento): activar protocolo/112 según proceda + registrar después + notificar formalmente. Se entrena a “no quedarse solo en el cuaderno”: en cuidados, **registro y comunicación** son un binomio.

## **2.5. Comunicación formal con la organización: pasar de “contar” a “traspasar información”**

Se introduce una pauta de comunicación estructurada (tipo SBAR) para reportar incidencias a coordinación/enfermería/servicios: situación actual,

antecedentes relevantes, valoración/observación y recomendación o solicitud (“necesito valoración”, “solicito cambio de plan”). Esto reduce mensajes vagos y protege a la cuidadora cuando trabaja sola en domicilio, donde el estudio subraya la importancia de herramientas aplicadas para gestionar riesgo y responsabilidad. [Seguridad Paciente](#)

## 2.6. Trámites habituales vinculados al cuidado: qué hace la persona cuidadora, qué deriva y cómo documenta

Aquí se trabajan “situaciones reales” que suelen confundirse con tareas del rol:

- ✓ **Citas médicas/gestiones sanitarias:** la cuidadora puede acompañar, preparar información y registrar observaciones; la decisión clínica y gestiones formales se derivan a familia/coordinación según el servicio.
- ✓ **Recetas/medicación:** la cuidadora no modifica pautas; puede apoyar recordatorios/observación y registrar incidencias (rechazo, efectos) y escalar.
- ✓ **Ayudas técnicas** (andador, grúa, cama articulada): la cuidadora registra necesidades/riesgos y deriva solicitud por canal formal.
- ✓ **Gestiones con familia:** se establecen límites de rol y se documenta lo acordado cuando afecta al plan de cuidados. El objetivo es convertir “trámites” en un procedimiento claro: recoger datos útiles, derivar por la vía correcta y dejar constancia mínima para continuidad y protección.

## 12.3 OTROS RECURSOS DE APRENDIZAJE

- **Modelo SBAR (comunicación estructurada)** – PDF (útil para reportes a coordinación/equipo). [Seguridad Paciente](#)
- **Ministerio de Sanidad – Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos** (marco para entender incidentes y por qué registrarlos). [Ministerio de Sanidad](#)
- **INCUAL – Unidad de competencia (registro y comunicación de incidencias)** (referencia de desempeño competente). [Web incual](#)
- **SEPE – Certificado SSCS0108 (atención sociosanitaria a personas en domicilio)** (incluye normas de seguridad, contingencias y documentación asociada). [Sede SEPE](#)
- **AEPD – Plan de inspección en atención sociosanitaria** (ejemplos de registros y enfoque de confidencialidad/uso de datos). [Agencia Española de Protección de Datos](#)

## 12.4 PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

### 1) **Actividad 1. Taller de “escritura profesional”:** del relato a hechos verificables

Se entregan 6 mini-escenarios reales (rechazo de higiene, somnolencia, caída sin testigos, conflicto con familia, herida leve, cambio conductual). Primero, las personas participantes escriben cómo lo registrarían “de forma natural”. Luego se reescribe con criterios profesionales: hechos observables, hora, acciones, resultado y a quién se informó. La finalidad es que aprendan a registrar sin juicios (“manipuladora”, “conflictiva”) y sin vacíos (“todo bien”), mejorando continuidad y protección.

### 2) **Actividad 2. Simulación de incidencia + traspaso SBAR a coordinación**

En grupos, se simula una incidencia moderada y una urgente. La cuidadora debe decidir qué canal usar (ordinario/urgente), hacer un traspaso SBAR de 60 segundos y luego completar un registro breve. Esta actividad entrena la doble competencia que el estudio sugiere reforzar en nudos críticos: actuar y dejar trazabilidad.

### 3) **Actividad 3. “Mapa de trámites”:** qué hago / qué derivo / cómo lo documento

Se construye una matriz práctica con trámites frecuentes (citas, recetas, ayudas técnicas, cambios de plan, demandas de familia, incidencias del hogar). Para cada uno, el grupo define: pasos concretos, a quién se deriva y qué se registra. Se cierra con “frases tipo” para sostener límites (“Esto lo traslado a coordinación por el canal formal y lo registro para seguimiento”).

### 4) **Actividad 4. Auditoría rápida de privacidad en registros y comunicación**

Se revisan prácticas habituales (WhatsApp, fotos, audios, libretas visibles, documentos en la cocina, claves compartidas). Se eligen 3 cambios inmediatos para minimizar riesgos sin complicar el trabajo (canales, custodia, “mínimo necesario”). Agencia Española de Protección de Datos

## 12.5 PROPUESTA DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN

### 1) **Evaluación de producto: registro de incidencia con rúbrica**

Se evalúa un registro elaborado por la participante a partir de un caso. La rúbrica mide: claridad y estructura (fecha/hora/hechos/acciones/resultado), ausencia de juicios, inclusión de comunicación/derivación y coherencia con el rol. Es una evaluación “realista”: lo que se aprende se usa tal cual en el puesto.

2) **Evaluación de desempeño: llamada/traspaso SBAR + decisión de escalado**

En una simulación breve, la participante debe (1) decidir si escala o registra para seguimiento, (2) comunicar con SBAR y (3) cerrar con el siguiente paso ("qué se hará y cuándo se revisa"). Se valora precisión, prioridad de seguridad y adecuación del canal. [Seguridad Paciente](#)

3) **Cuestionario situacional corto (10 ítems)**

Preguntas tipo "¿qué harías si...?" para verificar mínimos: qué siempre se documenta, qué nunca se asume (p. ej., cambios de medicación), cuándo activar protocolo urgente y cómo proteger datos.

## 12.6 CRITERIOS MÍNIMOS DE LOGRO

Se considera superada esta sección si la persona participante demuestra, como mínimo, que:

- 1) Completa un **registro de incidencia** con estructura correcta (hechos/acciones/comunicación) y lenguaje profesional, sin juicios ni ambigüedades.
- 2) Realiza un **traspaso SBAR** claro y breve y deja constancia de a quién informó y cuál fue el siguiente paso acordado. [Seguridad Paciente](#)
- 3) Distingue con coherencia **qué hace / qué deriva / cómo documenta** en al menos 4 trámites frecuentes vinculados al cuidado, respetando límites del rol.
- 4) Aplica principios básicos de **confidencialidad**: usa canal adecuado y registra "lo necesario", protegiendo datos sensibles. [Agencia Española de Protección de Datos](#)

## 13 BLOQUE APLICADO – ÁMBITO DOMICILIARIO. BLOQUE APLICADO DOMICILIARIO: TRABAJO EN SOLEDAD, HOGARES DIVERSOS Y MAYOR EXPOSICIÓN A RIESGOS

En el ámbito domiciliario, las competencias de este módulo se aplican en condiciones donde la cuidadora suele trabajar con mayor autonomía operativa, a menudo en soledad, en hogares muy distintos (espacios pequeños, iluminación variable, barreras arquitectónicas, ausencia de ayudas técnicas o rutinas desordenadas). Por ello, el énfasis práctico está en priorizar seguridad, reducir improvisación y asegurar trazabilidad: identificar rápido los riesgos (persona/entorno), decidir qué es urgente y qué puede reprogramarse, y activar el apoyo (coordinación/servicios) sin demora cuando se detectan alertas.

En domicilio, la calidad del cuidado depende especialmente de tres micro-habilidades transversales: (1) evaluación rápida de riesgos del entorno al inicio del servicio (ruta segura cama–baño–cocina, iluminación, obstáculos, superficies, teléfono accesible), (2) detección de cambios y señales de alarma (físicas, cognitivas, emocionales y sociales) y (3) comunicación y registro mínimo de calidad (hechos observables, acciones realizadas, a quién se informó y qué se acordó). Además, se incorpora una mirada de protección ante situaciones de riesgo social: aislamiento, falta de apoyos, o posibles señales de maltrato/neglect; el rol de la cuidadora no es “investigar”, sino observar, registrar y activar rutas de protección según protocolo.

En este marco, se han establecido las siguientes directrices para adaptar los contenidos claves del módulo al ámbito domiciliario:

### 13.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar este bloque aplicado, la persona participante podrá sostener un servicio domiciliario con criterios de calidad y seguridad, demostrando que:

- 1) Realiza una **evaluación rápida de riesgos** del entorno y los prioriza
- 2) Detecta cambios relevantes en la persona mayor y distingue entre seguimiento y alerta

- 3) Actúa ante incidencias sin improvisar, activando apoyos y rutas cuando corresponde
- 4) Sostiene límites del rol ante presiones familiares o demandas indebidas
- 5) Deja **trazabilidad** mediante comunicación y documentación mínima de calidad.

### 13.2 CONTENIDOS DE APRENDIZAJE

Este bloque consolida competencias ya trabajadas (comunicación, seguridad clínica básica, primeros auxilios, PRL, derechos y documentación), pero lo hace bajo una lógica propia del domicilio: **decidir y actuar cuando no hay equipo al lado**. Se entrena un “itinerario operativo” que la persona cuidadora aplica desde el inicio del servicio: primero observa el entorno (espacio, luz, obstáculos, baño, rutas seguras, superficies, acceso a teléfono), después observa a la persona (estado general, colaboración, cambios, ánimo, señales de alerta), y a partir de ahí prioriza tareas y riesgos. En domicilio, la prevención se vuelve más “ambiental”: retirar o negociar obstáculos, ajustar iluminación, crear un camino seguro al baño, preparar superficies antes de movilizar y anticipar momentos críticos (levantarse, higiene, deambulación, comidas).

El bloque incorpora además un eje de protección: en algunos domicilios pueden aparecer señales de **aislamiento, negligencia** o maltrato (por acción u omisión). La competencia que se entrena no es el juicio moral ni la confrontación, sino la conducta profesional: observar indicios, describir hechos, documentar de forma cuidadosa y activar el circuito de protección por la vía establecida. En paralelo, se trabaja el manejo de presiones: peticiones sobre medicación, exigencias fuera de rol, o dinámicas familiares que intentan desplazar responsabilidades hacia la cuidadora. El objetivo es que la cuidadora pueda sostener un encuadre claro sin romper el vínculo: “yo puedo hacer X; para Y lo debo derivar a coordinación”.

Finalmente, se integra el componente de “trazabilidad” que en domicilio protege a la persona atendida y a la cuidadora: cada decisión relevante deja huella mínima (hechos, acciones, comunicación y acuerdo). Esto evita que el cuidado se base en memoria o en conversaciones informales.

### 13.3 OTROS RECURSOS DE APRENDIZAJE (ÚTILES PARA ESTE BLOQUE)

- 1) Evaluación rápida de riesgos del entorno en hogar (Prevención10 – servicio público) – Formularios y recursos: <https://www.prevencion10.es/recursos/shf>
- 2) Prevención de accidentes domésticos (Cruz Roja) – Folleto específico del hogar (PDF):

<https://www.cruzroja.es/prevencion/descargas/hogar/folleto-hogar.pdf>

- 3) Prevención de caídas en personas mayores (Gobierno Vasco) – Consejos dentro y fuera del hogar (PDF): [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud/envejecimientoactivo/es\\_def/adjuntos/guiaMayoresEs\\_nuevo.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud/envejecimientoactivo/es_def/adjuntos/guiaMayoresEs_nuevo.pdf)
- 4) Prevención de lesiones/accidentes en personas mayores (Comunidad de Madrid) – Guía hogar y entorno (PDF): [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/lesiones/ociOHogar/enlacesDelInteres/docs/Guia\\_prevencionLesionesenpersonasmayores\\_ComunidadMadrid.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/lesiones/ociOHogar/enlacesDelInteres/docs/Guia_prevencionLesionesenpersonasmayores_ComunidadMadrid.pdf)
- 5) Llamada eficaz al 112: qué información aportar (DGT – recurso divulgativo): <https://revista.dgt.es/es/sabia-que/dudas/2021/0304informacion-dar-al-112.shtml>
- 6) Teléfono contra el abuso y maltrato a personas mayores (CONFEMAC) – información y acceso: <https://www.confemac.net/actualidad-noticias/488-confemac-pone-en-marcha-un-telefono-gratuito-contrael-abuso-y-maltrato-a-las-personas-mayores-900-65-65-66>
- 7) Guías ERC 2025 (Soporte Vital Básico, versión en español – PDF): <https://www.iavante.es/sites/default/files/10%20ERC%20Guidelines%20%20BLS%202025%20ESP.pdf>

### 13.4 PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

- 1) Simulación “Llegada al domicilio” (evaluación rápida + priorización).**  
Se presenta un espacio simulado o un set de fotografías/vídeos de hogares muy distintos. La participante dispone de dos minutos para identificar riesgos y proponer cinco medidas inmediatas realistas. El énfasis no es “arreglar todo”, sino priorizar lo que reduce riesgo hoy (iluminación, obstáculos, ruta al baño, calzado, superficie de transferencia, teléfono accesible). Luego se discute cómo negociar cambios con familia/persona usuaria sin culpabilizar.
- 2) Caso integrado de turno domiciliario (incidencia moderada + presión familiar).**  
Se plantea un caso donde aparecen cambios leves/moderados (mareo, baja ingesta, confusión, rechazo de cuidado) y una presión familiar (“dale algo”, “hazlo rápido”, “no llames a nadie”). La participante debe decidir qué hace primero, qué observa, cómo comunica, cómo establece límites y qué registra. Se busca entrenar autocontrol, criterio de escalado y protección del rol.

### **3) Simulación de emergencia en soledad (caída o atragantamiento).**

La participante ejecuta el protocolo básico (proteger–avisar–socorrer), organiza la escena (pedir ayuda, acceso a domicilio, llamada clara) y, al final, completa el registro y el aviso a coordinación. Esta actividad entrena lo que más suele fallar en soledad: coordinar ayuda mientras se actúa.

### **4) Taller de “señales de riesgo social” sin confrontación.**

Con viñetas breves, se practican conductas profesionales ante señales de neglect/abuso: describir hechos, evitar acusaciones, registrar con cuidado, activar el canal formal y proteger la propia seguridad (no quedarse sola en situaciones hostiles).

## **13.5 PROPUESTA DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

### **1) OSCE/estación práctica “Domicilio” (evaluación por desempeño).**

La evaluación principal es una estación de desempeño con rúbrica, donde la participante debe: (1) completar una evaluación rápida del entorno; (2) identificar una alerta o riesgo relevante; (3) ejecutar una decisión correcta (seguimiento vs escalado); (4) comunicar con claridad por canal adecuado; y (5) dejar registro mínimo de calidad. Se valora conducta observable: seguridad, priorización, límites de rol y trazabilidad.

### **2) Caso aplicado escrito (juicio profesional).**

Se entrega un caso breve con dos capas (cambio clínico + presión familiar). La participante redacta: acciones, escalado, guion de límites y registro. La rúbrica evalúa coherencia, realismo y protección.

## **13.6 CRITERIOS MÍNIMOS DE LOGRO**

Se considera superado este bloque si la participante demuestra, como mínimo, que:

- 1) Realiza evaluación rápida del domicilio y prioriza medidas inmediatas realistas.
- 2) Identifica cuándo debe escalar (coordinación/112) y lo hace sin demoras indebidas.
- 3) Sostiene límites del rol ante presiones (especialmente medicación y tareas fuera de rol) y deriva por canal formal.
- 4) Documenta de forma profesional (hechos, acciones, comunicación, seguimiento) protegiendo a la persona y a sí misma.

## 14 BLOQUE APLICADO – ÁMBITO RESIDENCIAL. BLOQUE APLICADO RESIDENCIAL: TRABAJO EN EQUIPO, PROTOCOLOS ACTUALIZADOS Y COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL

En el ámbito residencial, las competencias de este módulo se despliegan en un contexto de trabajo coordinado, con equipos y turnos, y con un peso mayor de protocolos internos y estándares institucionales. Aquí, lo central no es solo “hacer bien la tarea”, sino hacerlo de forma consistente con el plan de cuidados, garantizando continuidad: lo que una persona observa y hace debe quedar registrado y traspasado para que el equipo pueda actuar, seguir y ajustar.

Por ello, el énfasis práctico es doble: (1) comunicación interprofesional efectiva (qué reportar, cómo y cuándo) y (2) adherencia a protocolos actualizados (por ejemplo, enfoques como sujeciones cero y alternativas basadas en apoyos, entorno, acompañamiento y prevención). En residencia, muchas incidencias se gestionan mejor cuando la cuidadora sabe distinguir entre lo que resuelve en el momento (seguridad inmediata) y lo que debe elevar al circuito del centro (registro/notificación/seguimiento).

En este marco, se han establecido las siguientes directrices para adaptar los contenidos claves del módulo al ámbito residencial:

### 14.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar este bloque aplicado, la persona participante podrá demostrar que:

- 1) Integra competencias del módulo en dinámica de **turnos y equipo**
- 2) Realiza reportes y relevos con información relevante (no todo, sino lo importante) para garantizar continuidad;
- 3) Gestiona incidencias según circuito del centro (registro, notificación, seguimiento)
- 4) Actúa coherentemente con protocolos y estándares institucionales, incluyendo actualizaciones (p. ej., sujeciones cero y alternativas); y (e) sostiene una comunicación profesional con familias dentro del encuadre del centro.

## 14.2 CONTENIDOS DE APRENDIZAJE

Este bloque se centra en el desafío propio de la residencia: el cuidado es un trabajo de **continuidad interprofesional**. Lo que una persona cuidadora observa no puede quedarse en su “experiencia del turno”: debe convertirse en información útil para el equipo. Por eso, el núcleo es la comunicación estructurada y el registro: aprender a detectar qué cambios son relevantes, cómo reportarlos y cómo asegurar que lo observado se traduzca en acciones coordinadas (ajustes del plan, medidas preventivas, intervención sociosanitaria o seguimiento).

El bloque también trabaja la coherencia con protocolos y estándares actualizados. Por ejemplo, cuando un centro implementa enfoques como **sujeciones cero**, la cuidadora necesita criterios prácticos: qué alternativas existen (adaptación de entorno, acompañamiento, prevención de caídas, rutinas significativas, vigilancia proporcional), cuándo escalar para revisar el plan y cómo documentar correctamente. La idea es que la cuidadora no “resuelva sola” con medidas que el centro no contempla o que vulneran derechos, sino que actúe desde un marco común.

Finalmente, se entrena la relación con familias en clave residencial: comunicar sin prometer lo que no corresponde, derivar a los canales del centro, sostener límites institucionales y registrar incidencias o tensiones cuando afectan al plan de cuidados.

## 14.3 OTROS RECURSOS DE APRENDIZAJE (ÚTILES PARA ESTE BLOQUE)

- 1) Comunicación estructurada en equipo (SBAR) – Modelo en español (PDF, Agencia Sanitaria Costa del Sol):  
[https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2021/01/SBAR\\_Costa\\_Sol.pdf](https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2021/01/SBAR_Costa_Sol.pdf)
- 2) Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) – Guía del notificante (2024, PDF):  
[https://sinasp.es/storage/Documentos/Manuales/Sinasp\\_GuiaNotificante2024.pdf](https://sinasp.es/storage/Documentos/Manuales/Sinasp_GuiaNotificante2024.pdf)
- 3) Prevención y actuación ante una caída (Junta de Andalucía / SSPA) – Guía FASE (PDF):  
[https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2021/guia\\_fase\\_caidas\\_0.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/guia_fase_caidas_0.pdf)
- 4) Prevención de caídas en persona mayor institucionalizada (Comunidad de Madrid) – Guía de recomendaciones (PDF):  
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050940.pdf>

- 5) Cuidado sin sujeciones (SEGG) – Guía (PDF):  
<https://www.segg.es/media/descargas/Guia-Cuidado-sin-sujecciones.pdf>
- 6) Sujeciones (SEGG) – Documento de consenso (PDF):  
[https://www.segg.es/media/descargas/Documento\\_de\\_Consenso\\_sobre\\_Sujecciones.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujecciones.pdf)
- 7) Protocolo/instrucción sobre sujeciones en residencias (Comunidad de Madrid – PDF):  
[https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/aud/servicios-sociales/instruccion\\_no\\_7.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/aud/servicios-sociales/instruccion_no_7.pdf)

## 14.4 PROPUESTA DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

- 1) Simulación de pase de turno (relevo con criterio).**  
Se entrega un “turno” con muchos datos. La participante debe seleccionar lo relevante y transmitirlo en 60–90 segundos: cambios, riesgos, lo que se hizo, lo que hay que vigilar y lo que se recomienda. Se entrena evitar dos extremos: el relevo vacío (“todo bien”) y el relevo interminable sin priorización.
- 2) Caso integrado de protocolo (riesgo + plan de cuidados).**  
Se plantea una situación típica: persona con deambulación nocturna, intento de levantarse y riesgo de caída. La participante debe proponer acciones inmediatas seguras, alternativas coherentes con enfoque de derechos (sin recurrir a medidas no autorizadas), y definir qué debe escalar al equipo para ajuste del plan. La actividad refuerza la idea de práctica coherente con estándares del centro.
- 3) Taller de incidentes: caída o lesión cutánea (gestión completa).**  
La participante reconstruye el incidente (hechos), realiza registro, notificación interna, y propone medidas preventivas que se acuerdan con el equipo. Se entrena cultura de seguridad: aprender del incidente y no ocultarlo por miedo.
- 4) Triángulo persona–familia–equipo (comunicación y límites).**  
Se simula una conversación con familia que pide cambios inmediatos o exige información. La participante practica encuadre institucional: qué puedo informar, qué derivo, cómo sostengo límites y cómo registro la incidencia si afecta al cuidado.

## 14.5 PROPUESTA DE MÉTODOS DE EVALUACIÓN

- 1) OSCE/estación práctica “Residencia” (relevo + registro).**  
La evaluación central es una estación donde la participante realiza un pase de turno estructurado y completa un registro de incidencia. La

rúbrica valora: priorización, claridad, coherencia con protocolos, adecuación del canal, trazabilidad y continuidad.

**2) Caso aplicado escrito (incidencia + circuito).**

Se entrega un caso con una incidencia y se pide describir: qué haría de inmediato, a quién avisaría, qué registraría y qué seguimiento propone. Se evalúa comprensión del circuito y consistencia institucional.

## **14.6 CRITERIOS MÍNIMOS DE LOGRO**

Se considera superado este bloque si la participante demuestra, como mínimo, que:

- 1) Realiza un relevo claro, priorizado y útil (incluye riesgos y seguimiento).
- 2) Gestiona una incidencia siguiendo el circuito del centro (actúa, comunica, registra y propone seguimiento).
- 3) Actúa alineada con protocolos y estándares actualizados del centro, derivando al equipo cuando requiere ajuste del plan.
- 4) Sostiene comunicación profesional con familias dentro del encuadre institucional y documenta lo relevante.