

PERFIL COMPETENCIAL DEL PERSONAL DEL CUIDADO 2026

Análisis actual y propuesta de revisión
del certificado de profesionalidad

En colaboración con:

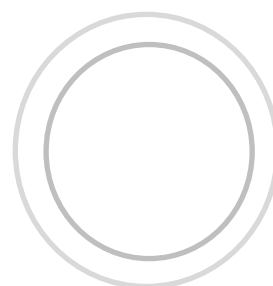
aeste
Personas que cuidamos de personas

unir
LA UNIVERSIDAD
EN INTERNET

INDICE

1. Introducción	3
2. Metodología de la investigación	6
2.1. Enfoque general y diseño del estudio	6
2.2. Objetivos metodológicos.....	6
2.3. Fase cuantitativa	7
2.3.1. Población y muestra.....	7
2.3.2. Instrumento de recogida de datos.....	7
2.3.3. Procedimiento de recogida de datos	8
2.3.4. Técnicas de análisis cuantitativo.....	8
2.4. Fase cualitativa	9
2.4.1. Muestra cualitativa	9
2.4.2. Instrumento y guion de entrevista.....	9
2.4.3. Procedimiento.....	9
2.4.4. Técnicas de análisis cualitativo	10
2.5. Integración cuanti-cualitativa.....	10
2.6. Consideraciones éticas	11
2.7. Limitaciones metodológicas	11
2.8. Fortalezas del diseño	12
3. Resultados	13
3.1. Resultados del Análisis Descriptivo Cuantitativo	13
3.1.1. Descripción de la muestra.....	13
3.1.2. Resultados cuantitativos: análisis de competencias.....	14
3.1.2.1. Valoración de competencias	14
3.2. Competencias técnicas prioritarias	24
3.2.1. Resultados cualitativos preguntas abiertas	26
3.2. Resultados del Análisis Descriptivo Cualitativo	32
3.2.1. Descripción de la muestra.....	32
3.2.2. Análisis temático sistemático.....	33
3.2.3. Síntesis global del análisis cualitativo	38
3.3. Conclusiones generales	40

4. Diagnóstico sobre factores de retención y fuga de talento en el sector sociosanitario	44
4.1. Conclusiones generales	44
4.2. Factores de fuga de talento.....	46
4.3. Factores estructurales que condicionan ambos procesos	47
4.4. Modelo integrador de retención y fuga en el sector sociosanitario	48
4.5. Conclusión del diagnóstico.....	48
5. Recomendaciones diferenciadas por nivel (estructural, organizativo, competencial, emocional).....	49
5.1. Recomendaciones a nivel estructural	49
5.2. Recomendaciones a nivel organizativo	51
5.3. Recomendaciones a nivel competencial	53
5.4. Recomendaciones a nivel emocional	54
5.5. Conclusiones.....	55
6. Referencias bibliográficas.....	56



1. Introducción

El envejecimiento demográfico, la transformación de los modelos de convivencia y la creciente prevalencia de situaciones de dependencia configuran uno de los mayores desafíos sociosanitarios del siglo XXI. Según proyecciones recientes, la proporción de personas mayores de 65 años continuará aumentando de forma sostenida en las próximas décadas, lo que genera una demanda creciente de servicios de apoyo y cuidados de larga duración. Esta realidad, ampliamente documentada por organismos internacionales, ha situado el cuidado como un componente esencial de los sistemas de bienestar y como un ámbito prioritario de reforma estructural (OMS, 2015; OPS, 2022). En este contexto, el debate sobre la calidad, profesionalización y sostenibilidad del trabajo de cuidados adquiere una relevancia estratégica.

La literatura evidencia que la atención a las personas mayores requiere un enfoque integral que combine competencias técnicas, relacionales, emocionales y organizativas. Diversos estudios han mostrado que la interacción entre profesionales y personas usuarias es un factor crítico para la calidad asistencial, el bienestar subjetivo y la experiencia de cuidado. En entornos residenciales, las interacciones positivas favorecen la conectividad social, la satisfacción y el bienestar emocional, especialmente entre personas mayores vulnerables o con deterioro funcional (Feng et al., 2023). Desde la perspectiva de la Transformative Service Research, estos vínculos constituyen un mecanismo clave para generar bienestar y valor relacional, señalando que el trabajo cotidiano del personal de atención directa impacta no solo en resultados clínicos, sino también en dimensiones sociales y emocionales de la vida de las personas atendidas.

Paralelamente, la discusión internacional subraya la necesidad de revisar y actualizar las competencias profesionales asociadas al cuidado. Estudios comparados en Latinoamérica y Europa muestran que los programas formativos aún priorizan contenidos biomédicos o procedimentales, dejando menos espacio a componentes vinculados al trato humanizado, la personalización, la comunicación, el trabajo con familias, la gestión emocional y el autocuidado profesional (Leiva et al., 2024). Esta brecha formativa es relevante si se considera que la Atención Centrada en la Persona (ACP) se ha consolidado como un estándar internacional para los cuidados de larga duración, poniendo en el centro la biografía, la autonomía y el sentido vital de la persona usuaria.

En el ámbito europeo y latinoamericano, distintos organismos han advertido igualmente sobre la urgencia de profesionalizar y certificar las competencias laborales en el sector cuidados. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el programa EUROsociAL destacan que los sistemas de certificación son herramientas estratégicas para mejorar la calidad del empleo, asegurar trayectorias profesionales, reducir la

informalidad y promover la dignificación del rol cuidador (Piñeiro y Cossani, 2022). Estos análisis coinciden en señalar que la escasa regulación, la baja remuneración y la falta de reconocimiento social del trabajo de cuidados constituyen factores estructurales que dificultan la retención del personal y comprometen la calidad del servicio.

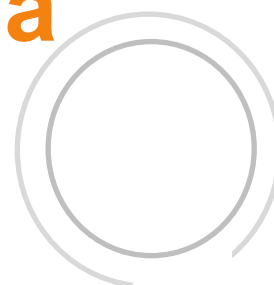
Además, la evidencia reciente pone de manifiesto que el personal de cuidados enfrenta condiciones laborales exigentes, caracterizadas por cargas físicas elevadas, desgaste emocional, ambigüedad de rol y exposición a situaciones de alta demanda afectiva. Estudios comparativos en servicios de atención a personas mayores muestran que la acumulación de estresores laborales, como elevada carga, falta de control, desequilibrios esfuerzo–recompensa, injusticia organizativa y malestar moral, disminuye significativamente la capacidad laboral y aumenta el riesgo de abandono profesional (Selander et al., 2022). Esta situación se reproduce en diferentes contextos nacionales: investigaciones cualitativas con trabajadoras de cuidados revelan percepciones de baja valoración social, condiciones precarias, escasas oportunidades de formación y elevada exigencia emocional, todos ellos factores asociados a la intención de abandono y a la rotación laboral (Lim, 2021).

En España, esta problemática se manifiesta asimismo en la necesidad de revisar los Certificados de Profesionalidad (SSCS0108 y SSCS0208), cuyos contenidos no siempre se ajustan a las exigencias actuales del sector ni al enfoque ACP. Diversos informes señalan desfases en áreas como habilidades digitales, intervención psicosocial, trabajo interdisciplinar, autocuidado profesional y gestión emocional. El estudio llevado a cabo en el marco del presente proyecto responde a esta necesidad de actualización y pretende generar evidencia empírica rigurosa que contribuya a orientar una propuesta de revisión formativa alineada con el modelo de cuidados contemporáneo.

El presente informe integra un análisis cuantitativo y cualitativo para comprender el perfil competencial del personal de atención directa en centros sociosanitarios pertenecientes a AESTE. Los datos permiten identificar fortalezas, brechas y necesidades emergentes en el desempeño profesional y generan un marco diagnóstico sólido para orientar políticas de formación, certificación y mejora de la calidad asistencial. Asimismo, se analizan los factores que influyen en la retención y la fuga de talento, considerando tanto las dimensiones organizativas como las emocionales y estructurales del trabajo de cuidados.

Con esta investigación, se aspira a contribuir a un debate estratégico: cómo construir un sistema de cuidados que sea sostenible, profesionalizado, orientado a la excelencia y basado en derechos, capaz de responder a las necesidades de una población cada vez más longeva y diversa, y que, al mismo tiempo, cuide a quienes cuidan.

2. Metodología de la investigación



2.1. Enfoque general y diseño del estudio

El presente estudio se ha desarrollado bajo un diseño metodológico mixto, integrando técnicas cuantitativas y cualitativas con el fin de obtener una visión completa, rigurosa y contextualizada sobre el perfil competencial del personal auxiliar de cuidados en centros sociosanitarios vinculados a AESTE. Este enfoque combina la capacidad del análisis cuantitativo para identificar patrones, brechas y tendencias objetivables, con la profundidad del análisis cualitativo para captar matices, significados y experiencias desde la perspectiva de los actores implicados.

El diseño adoptado es de tipo secuencial explicativo, en el que los resultados cuantitativos conducen y estructuran la fase cualitativa posterior. Así, las entrevistas permiten profundizar en las dimensiones emergentes, matizar los resultados de la encuesta y aportar una comprensión más rica de los procesos organizativos, las competencias reales y las necesidades formativas detectadas.

El estudio constituye por tanto un ejercicio de triangulación metodológica que mejora la validez interna y externa de los hallazgos, consolidando un marco empírico robusto para orientar la propuesta de revisión del Certificado de Profesionalidad.

2.2. Objetivos metodológicos

El diseño metodológico se alinea directamente con los objetivos de la investigación, orientados a:

1. **Identificar el nivel competencial actual del personal auxiliar** en ámbitos técnicos, psicosociales, emocionales y digitales.
2. **Detectar brechas formativas** respecto al contenido vigente del Certificado de Profesionalidad (SSCS0108/SSCS0208).
3. **Comprender las percepciones y experiencias** de profesionales de dirección y auxiliares sobre el modelo de cuidados, las competencias necesarias y las barreras para el desarrollo profesional.
4. **Integrar perspectivas cuantitativas y cualitativas** para fundamentar una propuesta de actualización curricular alineada con las necesidades reales del sector.

2.3. Fase cuantitativa

2.3.1. Población y muestra

La población objetivo estuvo compuesta por profesionales de centros sociosanitarios asociados a AESTE. Se obtuvo una muestra **no probabilística por conveniencia**, formada por **99 cuestionarios válidos**, garantizando representación de distintos tipos de centro (residencias, centros de día, atención domiciliaria) y de diversos perfiles profesionales (auxiliares, coordinación, formación, equipos técnicos y dirección).

2.3.2. Instrumento de recogida de datos

Se elaboró un **cuestionario ad hoc** siguiendo los contenidos del Certificado de Profesionalidad y las necesidades detectadas por AESTE. El instrumento se organizó en cuatro bloques:

- ❖ **Bloque 1: Datos sociodemográficos y profesionales:** tipo de centro, número de plazas, comunidad autónoma, cargo, etc.
- ❖ **Bloque 2: Escala Likert de competencias:** 12 ítems evaluados en escala 1–5, sobre AICP, autonomía, tecnologías, habilidades relacionales, registro asistencial, diversidad, autocuidado y reconocimiento profesional.

- ❖ **Bloque 3: Competencias técnicas prioritarias (pregunta multirrespuesta):** selección de hasta tres competencias clave: movilización, estimulación, intervención conductual, tecnologías de apoyo, acompañamiento emocional y tareas domiciliarias.
- ❖ **Bloque 4: Preguntas abiertas (4 ítems):** competencias a reforzar, desajustes del CdP, barreras para la actualización profesional y propuestas adicionales.

El cuestionario fue validado mediante revisión de expertos, asegurando la adecuación semántica, relevancia de los ítems y coherencia con los objetivos del proyecto.

2.3.3. Procedimiento de recogida de datos

La encuesta se distribuyó por vía telemática a los centros asociados a AESTE, en octubre de 2025. La participación fue voluntaria y las respuestas se recopilaron de forma anónima.

2.3.4. Técnicas de análisis cuantitativo

- ❖ Los análisis se realizaron con SPSS, e incluyeron:
- ❖ Estadísticos descriptivos: medias, frecuencias y desviaciones por ítem.
- ❖ Comparaciones de medias por tipo de centro y cargo (ANOVA).
- ❖ Pruebas post-hoc Tukey para identificar diferencias específicas entre grupos.
- ❖ Análisis de prioridades competenciales mediante frecuencias absolutas y relativas.

Estos análisis permitieron caracterizar el nivel competencial de la muestra y detectar divergencias significativas entre contextos y perfiles profesionales.

2.4. Fase cualitativa

2.4.1. Muestra cualitativa

Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas, con un total de:

- ❖ 8 directoras (un director) y responsables de centro, que aportaron una visión estratégica del rol auxiliar, los retos organizativos y la implantación del AICP.
- ❖ 1 auxiliar de atención directa, que ofreció la perspectiva práctica y cotidiana del cuidado.

Esta combinación permitió triangular discursos entre la dirección y la base asistencial, reforzando la validez interpretativa del análisis.

2.4.2. Instrumento y guion de entrevista

Se diseñó un guion semiestructurado con los siguientes ejes:

1. Competencias actuales y competencias necesarias.
2. Percepción del CdP y necesidades de actualización.
3. Dificultades del puesto y barreras formativas.
4. Implantación del modelo AICP.
5. Digitalización y tecnologías de apoyo.
6. Identidad profesional, vocación y reconocimiento.

El guion permitió explorar tanto contenidos previstos como temas emergentes.

2.4.3. Procedimiento

Las entrevistas se realizaron entre noviembre y diciembre de 2025. La duración osciló entre 35 y 60 minutos. Todas fueron transcritas íntegramente y analizadas posteriormente.

2.4.4. Técnicas de análisis cualitativo

Se aplicó un análisis temático sistemático con el programa MAXQDA, siguiendo las fases de Braun y Clarke:

1. Lectura intensiva de las transcripciones.
2. Codificación abierta de unidades de significado.
3. Agrupación axial en categorías preliminares.
4. Identificación de temas y subtemas centrales.
5. Construcción interpretativa y selección de citas representativas.
6. Triangulación con resultados cuantitativos.

Los principales códigos identificados fueron: desajuste del CdP, competencias emocionales, brecha digital, vocación, desgaste emocional, autonomía del auxiliar, dificultades del AICP y barreras organizativas.

Se elaboró además una tabla de frecuencias de códigos, un diagrama temático visual, y una síntesis interpretativa transversal.

2.5. Integración cuanti-cualitativa

La integración de resultados se realizó mediante un enfoque de triangulación convergente, que permitió:

- Contrastar los hallazgos cuantitativos con los discursos cualitativos.
- Identificar coincidencias (competencias emocionales, brecha digital, desajuste del CdP) y divergencias.

- Refinar la interpretación de medias y frecuencias mediante testimonios profesionales.
- Identificar competencias emergentes no previstas en el cuestionario (p. ej. vocación, identidad profesional).
- Construir conclusiones sólidas orientadas a la propuesta de revisión curricular.

El uso de métodos mixtos permitió así superar las limitaciones de cada enfoque por separado, logrando un retrato más matizado del rol auxiliar y de las necesidades formativas del sector.

2.6. Consideraciones éticas

La investigación se realizó conforme a los principios éticos de protección de datos, anonimato y confidencialidad. Todos los cuestionarios fueron anónimos y las entrevistas confidenciales; los testimonios se citan sin posibilidad de identificación personal ni institucional. La participación fue voluntaria y con consentimiento informado. La investigación cuenta con la valoración positiva de idoneidad ética de investigación del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Internacional de La Rioja con código asignado PI083/2025.

2.7. Limitaciones metodológicas

La muestra cuantitativa, aunque amplia, es no probabilística, lo que limita la generalización estadística. Asimismo, algunos roles están infrarepresentados (formación, dirección).

El análisis cualitativo, aunque profundo, refleja la perspectiva principalmente de directoras, complementada por una única auxiliar.

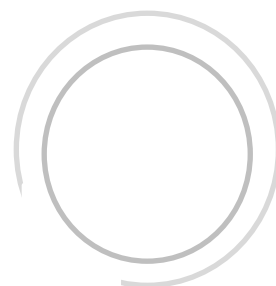
Estas limitaciones no comprometen la validez del estudio, pero deben considerarse en la interpretación de los resultados.

2.8. Fortalezas del diseño

Se ha optado por un enfoque mixto robusto encontrándose una elevada convergencia entre datos cuantitativos y cualitativos. Se ha tenido acceso a discursos estratégicos de dirección y representatividad por tipos de centro.

Se ha logrado profundidad interpretativa sobre el rol auxiliar y sus necesidades formativas.

3. Resultados



3.1. Resultados del Análisis Descriptivo Cuantitativo

3.1.1. Descripción de la muestra

La muestra final del estudio cuantitativo está compuesta por 99 participantes, todos ellos profesionales vinculados a centros sociosanitarios pertenecientes a AESTE. La distribución por tipo de recurso muestra una clara predominancia de las residencias como ámbito principal de atención: 83 respuestas (83,8%) proceden de centros residenciales, seguidas de 11 cuestionarios de centros de atención mixta (11,1%) y 5 de centros de día (5,1%). Esta composición refuerza la validez del análisis en el contexto institucional, donde se concentra la mayor parte del empleo y de las intervenciones de atención directa en cuidados de larga duración.

En cuanto al tamaño de los centros, la variable *número de plazas* presenta una gran heterogeneidad. El valor más frecuente es 180 plazas (11 centros), lo que coincide con el perfil de grandes centros habitual, mientras que la distribución completa refleja una mezcla de recursos medianos y de gran capacidad, característica del sector residencial moderno.

La distribución territorial de las respuestas es amplia, aunque con presencia desigual entre comunidades autónomas. Destacan especialmente Comunidad de Madrid, que aparece en 32 ocasiones, seguida de Andalucía (n= 12), y aportaciones puntuales de Castilla-La Mancha, La Rioja, Vizcaya y Tarragona, entre otras.

Respecto al cargo profesional, la muestra refleja adecuadamente la estructura de roles del sector. El grupo más numeroso es el de auxiliares o gerocuidadores/as, con 57 participantes (57,6%), lo que permite capturar la visión de quienes desempeñan la

atención directa. Le siguen 19 profesionales (19,1%) que se identifican en la categoría “Otro”, que incluye perfiles administrativos, mandos intermedios no coordinadores y figuras técnicas diversas. Los equipos técnicos (trabajo social, terapia ocupacional, enfermería, fisioterapia) representan 11 respuestas (11,1%), mientras que los coordinadores/as de cuidados suman 10 profesionales (10,1%). Finalmente, los responsables de formación están representados por 2 participantes (2%), aunque su peso cualitativo es elevado dada su función estratégica en el desarrollo de competencias.

En conjunto, la composición de la muestra garantiza una visión plural y equilibrada, combinando la experiencia cotidiana del personal auxiliar con la perspectiva organizativa y estratégica de coordinaciones, equipos técnicos y responsables de formación, lo cual proporciona una base sólida para analizar el perfil competencial actual del sector y su alineación con la formación reglada vigente.

3.1.2. Resultados cuantitativos: análisis de competencias

3.1.2.1. Valoración de competencias

El conjunto de 12 ítems del Bloque 2 recoge valoraciones (en una escala Likert de 1-5) clave sobre el desarrollo competencial del personal auxiliar en diferentes dimensiones técnicas, relacionales, emocionales y digitales. En términos generales, los resultados muestran un nivel competencial moderado-alto en las áreas vinculadas al modelo de Atención Centrada en la Persona (AICP), pero también evidencian brechas relevantes en digitalización, autocuidado profesional y formación especializada. Las medias de cada ítem se pueden ver en la siguiente tabla 1.

Tabla 1. Medía de ítem Bloque 2.

ITEM	MEDIA
El auxiliar participa activamente en el diseño del Plan de Atención Personalizado.	3,12
El modelo de Atención Centrada en la Persona está plenamente implantado en tu centro	3,66
El auxiliar tiene autonomía para adaptar sus intervenciones al usuario.	3,25
El personal auxiliar domina el uso de material de apoyo (grúas, sillas, etc.).	4,3
El personal recibe formación continua en terapias no farmacológicas.	3,19
Se usan tecnologías digitales en el trabajo asistencial (apps, sensores, domótica).	3,22
El auxiliar está formado en habilidades relacionales y gestión emocional.	3,44
El auxiliar participa en reuniones interdisciplinarias periódicas	2,72
Se registra sistemáticamente su trabajo e incidencias en los PAIS	3,58
La diversidad cultural y el enfoque de género están integrados en la formación.	3,73
Hay protocolos de autocuidado y prevención del desgaste profesional	3,37
El rol del auxiliar está reconocido profesionalmente dentro del equipo.	3,55

Los centros muestran una percepción positiva sobre la implantación del modelo AICP ($\bar{x}=3,66$) y sobre la capacidad del auxiliar para trabajar de forma personalizada ($\bar{x}=3,12$), aunque esta participación todavía no se extiende plenamente a la elaboración del Plan de Atención Personalizado. La autonomía para adaptar intervenciones existe ($\bar{x}=3,25$), pero continúa condicionada por protocolos rígidos y dinámicas asistenciales muy estructuradas.

En cuanto a las competencias técnicas, el dominio del material de apoyo (como grúas o ayudas para transferencias) es adecuado ($\bar{x}=4,3$), aunque variable según el centro y la formación recibida. Por el contrario, la formación en terapias no farmacológicas ($\bar{x}=3,19$), un componente fundamental en modelos avanzados de cuidado, sigue siendo limitada, lo que confirma la necesidad de reforzar los contenidos psicosociales y de estimulación cognitiva dentro de la capacitación profesional.

Una de las áreas con valoración más baja es la referente al uso de tecnologías digitales en el trabajo asistencial ($\bar{x}=3,22$). Esto sugiere que la digitalización, pese a ser un eje prioritario en la modernización del sector, aún no está plenamente integrada en la práctica cotidiana ni en los itinerarios formativos. Algo similar ocurre con la formación en habilidades relacionales y gestión emocional ($\bar{x}=3,44$): aunque los centros reconocen su importancia, la capacitación en este ámbito es insuficiente y no siempre sistemática.

El análisis también muestra avances en la integración del auxiliar en dinámicas interdisciplinarias ($\bar{x}=2,72$) y en el registro de intervenciones ($\bar{x}=3,58$), ambos elementos centrales del trabajo coordinado. De hecho, el registro sistemático de información asistencial es uno de los ítems mejor valorados, lo que indica un avance significativo hacia una mayor trazabilidad del cuidado.

En el ámbito más transversal, los centros perciben que la diversidad cultural y la perspectiva de género están integradas en la formación ($\bar{x}=3,73$), aunque los datos cualitativos sugieren que este componente podría desarrollarse con mayor profundidad.

En cambio, los protocolos de autocuidado y prevención del desgaste emocional ($\bar{x}=3,37$) continúan siendo escasos o poco estructurados, lo que concuerda con la incidencia de estrés y desgaste recogida en las respuestas abiertas. Finalmente, el reconocimiento profesional del rol del auxiliar ($\bar{x}=3,55$), aparece como un área de mejora: aunque existe valoración interna en los equipos, no siempre se traduce en estabilidad, visibilidad o vías de desarrollo profesional.

1. Comparación de medias por tipo de centro

En segundo, lugar se ha procedido a analizar comparativamente los ítems 1-12 según el tipo de centro (Residencia, Mixto, Centro de Día), y aplicar pruebas post-hoc Tukey para contrastes específicos, se observan patrones consistentes que permiten comprender cómo la estructura y funcionamiento de cada modalidad de centro influyen en el desarrollo competencial del personal auxiliar.

Visión general de las diferencias entre centros (atención mixta, centro de día, residencia)

Los resultados muestran que, aunque muchos ítems presentan medias similares entre centros, existen cuatro dimensiones competenciales donde las diferencias son claras y estadísticamente significativas (tabla xx):

Tabla 2. Comparación de medias por tipo de centro

TIPO DE CENTRO	ATENCIÓN MIXTA	CENTRO DE DÍA	RESIDENCIA
El auxiliar participa activamente en el diseño del Plan de Atención Personalizado.	2,64	3,8	3,14
El modelo de Atención Centrada en la Persona está plenamente implantado en tu centro.	3,18	3,8	3,71
El auxiliar tiene autonomía para adaptar sus intervenciones al usuario.	3,09	3,8	3,24
El personal auxiliar domina el uso de material de apoyo (grúas, sillas, etc.).	4,36	4,4	4,29
El personal recibe formación continua en terapias no farmacológicas.	3,27	3,8	3,45
Se usan tecnologías digitales en el trabajo asistencial (apps, sensores, domótica).	2,36	3,4	3,33
El auxiliar está formado en habilidades relacionales y gestión emocional.	3,27	3,8	3,45
El auxiliar participa en reuniones interdisciplinarias periódicas	2,82	4	2,63
Se registra sistemáticamente su trabajo e incidencias en los PAIS	4	4,2	3,48
La diversidad cultural y el enfoque de género están integrados en la formación.	3	4,2	3,8
Hay protocolos de autocuidado y prevención del desgaste profesional	3,27	4	3,35
El rol del auxiliar está reconocido profesionalmente dentro del equipo.	3,45	4,2	3,52

Digitalización del trabajo asistencial (ítem 9)

El uso de tecnologías digitales constituye uno de los ámbitos donde se observan diferencias más marcadas entre tipos de centro. Los centros de día destacan con las puntuaciones más altas, seguidos por las residencias, mientras que los centros mixtos muestran los valores más bajos. Las pruebas post-hoc confirman que los centros de día se diferencian significativamente tanto de las residencias como de los centros mixtos. Este patrón encaja con la naturaleza de los centros de día, donde el trabajo está más orientado a actividades, programación diaria y seguimiento funcional, ámbitos en los que se utilizan con mayor frecuencia aplicaciones digitales, herramientas de registro y dispositivos de apoyo. En las residencias, aunque la digitalización avanza, lo hace de manera desigual entre centros; y en los centros mixtos, la mayor heterogeneidad organizativa deriva en un uso menos uniforme de herramientas tecnológicas. En conjunto, la digitalización resulta ser el ámbito donde más se fragmenta el desarrollo competencial según el tipo de recurso.

Formación en terapias no farmacológicas (ítem 8)

Respecto a la formación en terapias no farmacológicas, los centros de día vuelven a situarse claramente por encima de los demás, con niveles superiores a los observados en residencias y centros mixtos. El contraste estadístico muestra diferencias significativas entre centros de día y residencias, lo que refleja que este tipo de centros, cuyo funcionamiento se estructura alrededor de actividades de estimulación cognitiva, sensorial y social, ofrece una mayor exposición y formación en herramientas como reminiscencia, musicoterapia, psicomotricidad o actividades significativas. Por el contrario, en residencias, la mayor carga asistencial y la rotación de personal dificultan la consolidación de estas competencias. Este hallazgo subraya la necesidad de reforzar la presencia de terapias no farmacológicas en la revisión del certificado de profesionalidad, especialmente para el entorno residencial, donde su desarrollo es más desigual.

Participación en reuniones interdisciplinarias (ítem 11)

La participación en reuniones interdisciplinarias muestra un patrón distinto: las residencias presentan el nivel más alto de participación, mientras que los centros de día tienden a puntuar más bajo y los centros mixtos se sitúan en una posición intermedia. Las pruebas Tukey evidencian diferencias significativas entre residencias y centros de día. Este resultado refleja la mayor complejidad organizativa de las residencias, donde existen equipos multidisciplinares más amplios (coordinación, enfermería, fisioterapia, trabajo social), y donde las necesidades asistenciales requieren reuniones periódicas estructuradas. En contraste, en los centros de día las reuniones suelen ser más flexibles, con dinámicas menos formales, lo que implica que la participación del personal auxiliar puede ser más variable. La diferencia, por tanto, se explica más por la organización y el tamaño de los equipos que por la competencia individual en sí.

Reconocimiento profesional del auxiliar (ítem 15)

En cuanto al reconocimiento profesional del auxiliar, los centros mixtos y los centros de día muestran valoraciones más altas que las residencias. Las pruebas post-hoc indican diferencias significativas entre ambos tipos de centros (mixtos y de día) frente a las residencias. En contextos pequeños o híbridos la proximidad entre perfiles profesionales favorece una mayor visibilidad del trabajo auxiliar, lo que potencia la percepción de reconocimiento. Por el contrario, en las residencias, tanto por su tamaño como por su estructura jerárquica, puede generarse una sensación de menor visibilidad o menor valoración del rol, incluso cuando la organización reconoce formalmente su importancia. Este hallazgo invita a considerar el reconocimiento no solo como un resultado de la formación, sino como un aspecto central de la gestión de personas y la cultura organizativa.

Finalmente, varios ítems no muestran diferencias significativas entre los distintos tipos de centro. Entre ellos se encuentran la participación en el PAP, la autonomía para adaptar intervenciones, el dominio del material de apoyo, la formación relacional y emocional, el registro asistencial, la integración de la diversidad y el enfoque de género, y los protocolos de autocuidado. La ausencia de contrastes estadísticos en estas áreas

sugiere que dichas competencias dependen menos del tipo de centro y más de factores internos, como la cultura organizativa, las políticas formativas, el estilo de liderazgo y las dinámicas específicas de cada equipo. En otras palabras, aunque la tipología del recurso introduce variabilidad en algunos ámbitos clave (especialmente digitalización, TNF y participación interdisciplinaria), existen dimensiones donde el desarrollo competencial responde a decisiones estratégicas y modelos de trabajo propios de cada entidad.

2. Comparación de medias por categoría profesional

Los cargos se han agrupado en cinco categorías:

- **Auxiliar / Atención directa**
- **Coordinación de cuidados**
- **Equipo técnico (TS, TO, ENF, FIS)**
- **Responsable de formación**
- **Dirección**
- **(Grupo residual: Otros)**

El análisis por cargo evidencia patrones claramente diferenciados en la percepción y el desarrollo de las competencias profesionales. A diferencia de las comparaciones por tipo de centro, donde las diferencias responden a estructuras organizativas, en el caso del cargo las diferencias reflejan posiciones funcionales, responsabilidades, acceso a formación, nivel de exposición al usuario y participación en procesos interdisciplinarios.

Uso de tecnologías digitales (ítem 9)

Las diferencias por cargo son especialmente marcadas en el ámbito digital.

El personal de coordinación y el equipo técnico presentan las puntuaciones más elevadas en el uso de tecnologías aplicadas al cuidado, seguidos de cerca por los

responsables de formación. En cambio, el personal auxiliar puntúa significativamente más bajo. Las pruebas Tukey confirman esta brecha, mostrando contrastes significativos entre auxiliares y los roles de mayor responsabilidad técnica u organizativa.

Este patrón es coherente con el acceso diferenciado a herramientas digitales: la coordinación y los equipos técnicos utilizan sistemas de registro, planificación y comunicación de manera habitual, mientras que la digitalización en la atención directa se encuentra todavía en un proceso de implantación desigual. La brecha digital por cargo se perfila así como uno de los principales desafíos formativos.

Formación en terapias no farmacológicas (ítem 8)

El equipo técnico obtiene las puntuaciones más elevadas, seguido por responsables de formación y coordinación, mientras que el personal auxiliar muestra valores más bajos.

El test de Tukey confirma diferencias estadísticamente significativas entre auxiliares y equipos técnicos, lo que subraya la desigualdad en acceso a formación especializada: las terapias no farmacológicas (TNF) suelen ser aplicadas y dirigidas por terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicólogos, mientras que los auxiliares participan en menor medida y con roles más operativos.

Este hallazgo refuerza la idea de que la implementación plena del modelo AICP requiere extender competencias psicosociales y de estimulación más allá del equipo técnico, de modo que el auxiliar pueda sostener intervenciones significativas en la rutina diaria.

Participación en reuniones interdisciplinarias (ítem 11)

La coordinación de cuidados y la dirección presentan las puntuaciones más elevadas, seguidas del equipo técnico. El personal auxiliar puntúa claramente más bajo.

Tukey confirma diferencias significativas entre auxiliares y los cargos de coordinación y dirección.

Esta diferencia no refleja tanto una cuestión de competencia como de estructura organizativa: los auxiliares no siempre participan en reuniones clínicas o de planificación, pese a que su conocimiento cotidiano del usuario es crucial en modelos

centrados en la persona. El análisis refuerza la necesidad de promover mayor participación del personal auxiliar en los procesos de toma de decisiones, especialmente en la revisión del Plan de Atención Personalizado.

Reconocimiento profesional del rol auxiliar (ítem 15)

Los equipos técnicos, responsables de formación y dirección perciben un mayor reconocimiento profesional, mientras que las puntuaciones del personal auxiliar son claramente más bajas.

Los contrastes de Tukey muestran diferencias significativas entre auxiliares y casi todos los grupos de mayor cualificación.

Este fenómeno es consistente con los hallazgos cualitativos: el auxiliar es el perfil más expuesto emocionalmente, con menor autonomía formal y con una identidad profesional definida históricamente por tareas básicas. La ampliación del rol, más centrado en intervención significativa, acompañamiento emocional y personalización del cuidado, no siempre se traduce en un reconocimiento explícito por parte de la estructura organizativa.

Este resultado señala una brecha estructural que trasciende la formación: el reconocimiento profesional debe abordarse como política de gestión de talento, no solo como competencia individual.

En una serie de ítems no aparecen diferencias estadísticamente significativas, lo que indica un patrón relativamente homogéneo entre cargos:

- Participación en el PAP
- Autonomía para adaptar intervenciones
- Dominio del material de apoyo
- Formación relacional/emocional
- Registro asistencial
- Integración de diversidad cultural y género
- Protocolos de autocuidado

El hecho de que estos ítems no varíen por cargo sugiere que su desarrollo depende más de la cultura organizativa y de la disponibilidad de recursos y protocolos institucionales que del rol formal dentro de la estructura. La convergencia de puntuaciones también puede interpretarse como un indicio de que estos ámbitos están siendo abordados de manera transversal en los centros, aunque aún con niveles de implantación medios.

3.2.2. Competencias técnicas prioritarias

El bloque 3 evalúa qué competencias técnicas se consideran más importantes. Los resultados muestran una distribución clara de prioridades entre las distintas competencias técnicas propuestas, lo que permite identificar las áreas consideradas más críticas en el desempeño actual del personal de atención directa (tabla 3).

Tabla 3. Frecuencias de competencias técnicas prioritarias

CATEGORIA	CENTRO
Movilización y transferencias seguras	79
Estimulación cognitiva y física	69
Intervención ante alteraciones conductuales	72
Manejo de tecnologías de apoyo	26
Acompañamiento emocional/paliativo	50
Cocina y gestión doméstica (ámbito domiciliario)	6

Las competencias más seleccionadas por los participantes *fueron movilización y transferencias seguras*, con 79 menciones, lo que la sitúa como la capacidad técnica más valorada en el ámbito asistencial. Su alta frecuencia confirma que la seguridad física del usuario y del profesional sigue siendo el eje central del trabajo cotidiano y un componente esencial para la prevención de riesgos laborales.

En segundo lugar, aparece *intervención ante alteraciones conductuales*, con 72 menciones, seguida muy de cerca por *estimulación cognitiva y física*, que reúne 69 selecciones. Esta proximidad en las frecuencias refleja que el personal identifica, junto al componente físico, la necesidad de disponer de herramientas para manejar conductas complejas asociadas a deterioro cognitivo, demencias o situaciones de desorientación, así como de competencias que fomenten la activación física, cognitiva y social del usuario. Estas dos competencias forman parte del núcleo psicosocial del rol y están directamente vinculadas al modelo de Atención Centrada en la Persona (AICP).

La cuarta competencia más priorizada es el *acompañamiento emocional y paliativo*, con 50 menciones. Este valor confirma que la dimensión emocional del cuidado se percibe como un componente fundamental del rol del auxiliar. La frecuencia observada, superior a la mitad de la muestra, indica que los profesionales consideran indispensable disponer de habilidades para acompañar procesos de sufrimiento, duelo, final de vida y situaciones emocionalmente exigentes. Este resultado es coherente con los datos cualitativos, que subrayan la necesidad de mayor formación en gestión emocional y apoyo psicológico.

Un nivel de selección claramente inferior presentan el *manejo de tecnologías de apoyo*, con 26 menciones. Aunque esta frecuencia es menor, su presencia en el ranking indica que los centros reconocen la creciente importancia de la tecnología aplicada al cuidado (grúas, sistemas de elevación, sensores, ayudas técnicas, dispositivos de apoyo funcional). No obstante, la diferencia respecto a otras competencias revela que la digitalización y el uso de tecnología aún no son percibidos como un área plenamente integrada en el trabajo asistencial cotidiano, lo que coincide con las brechas detectadas en el análisis de competencias digitales.

Finalmente, *cocina y gestión doméstica*, con solo 6 menciones, aparece como la competencia menos prioritaria, lo cual era esperable dado que esta competencia es específica del ámbito domiciliario y tiene menos relevancia en centros residenciales y centros de día, que conforman la mayoría de la muestra.

3.1.2.3. Resultados cualitativos preguntas abiertas

Finalmente, el bloque 4 plantea 4 preguntas abiertas. El análisis de contenido de las respuestas abiertas permite identificar tendencias claras sobre las necesidades competenciales, las debilidades del certificado de profesionalidad vigente, las barreras para la actualización del personal auxiliar y las propuestas de mejora formuladas por los participantes. Los hallazgos refuerzan las conclusiones del análisis cuantitativo y aportan matices que permiten comprender con mayor profundidad la situación actual del sector.

Competencias que deberían reforzarse en los próximos años

Las respuestas muestran un amplio consenso en torno a cuatro grandes áreas competenciales prioritarias:

a) Competencias emocionales y relacionales

Frecuentemente mencionadas como la principal necesidad emergente.

Incluyen:

- gestión emocional,
- habilidades de comunicación avanzada,
- acompañamiento en duelo y final de vida,
- validación afectiva,
- manejo de comportamientos difíciles.

Los participantes coinciden en que el auxiliar está altamente expuesto a situaciones emocionalmente intensas y que no dispone de suficientes herramientas formativas para enfrentarlas con seguridad y bienestar.

b) Competencias psicosociales y terapias no farmacológicas (TNF)

La estimulación cognitiva, sensorial y física, así como la intervención ante alteraciones conductuales, se consideran esenciales para un modelo de cuidados moderno.

Se demanda formación práctica en:

- reminiscencia,
- musicoterapia,
- psicomotricidad,
- regulación conductual,

- actividades significativas.

c) Competencias digitales y tecnológicas

Se subraya la necesidad de reforzar:

- manejo de aplicaciones de registro asistencial,
- familiarización con domótica y sensores,
- tecnologías de apoyo a la movilidad,
- competencias digitales básicas.

La digitalización se percibe como inevitable, pero existe una brecha clara en el nivel actual del personal auxiliar.

d) Autonomía profesional y toma de decisiones

Se considera necesario fortalecer competencias que permitan al auxiliar:

- adaptar intervenciones,
- registrar información relevante,
- participar en el plan de atención,
- entender el modelo AICP desde un rol activo.

En conjunto, las respuestas indican que el rol del auxiliar debe evolucionar hacia uno más autónomo, relacional y tecnológicamente competente.

Aspectos desfasados o insuficientes del certificado SSCS0108 / SSCS0208

Las percepciones sobre el actual certificado de profesionalidad convergen en cuatro críticas principales:

a) Falta de contenidos sobre digitalización y gestión de la información

Los participantes insisten en que el CdP no recoge el grado de digitalización actual ni la que se prevé en los próximos años, dejando al auxiliar sin formación suficiente para manejar tecnologías que ya son comunes en algunos centros.

b) Escasa formación en competencias emocionales y de autocuidado

Se señala que el certificado no incorpora módulos específicos sobre:

- gestión del estrés,
- prevención del desgaste profesional,
- acompañamiento emocional,
- comunicación avanzada.

Dado que el desgaste emocional es uno de los temas más presentes en el discurso, esta carencia se percibe como muy relevante.

c) Contenidos insuficientes en AICP y en intervención psicosocial

Aunque el enfoque centrado en la persona se menciona en algunos módulos del CdP, aparece de forma superficial.

Los centros consideran que el programa formativo no desarrolla de forma práctica:

- adaptación personalizada del cuidado,
- uso del historial de vida,
- evaluación funcional,
- participación interdisciplinaria.

Asimismo, las TNF apenas están contempladas.

d) Enfoque demasiado básico o desactualizado en algunas áreas

Aparecen referencias a:

- técnicas de movilización poco actualizadas,
- escasa integración de nuevas ayudas técnicas,
- contenidos domiciliarios demasiado generales o poco vinculados a situaciones reales.

En síntesis, se percibe que el CdP no refleja la complejidad actual del sector ni la evolución hacia modelos de cuidado más integrados, relacionales y tecnológicos.

Barreras para la actualización competencial del personal auxiliar

Tres grandes barreras destacan de manera reiterada:

a) Falta de tiempo y sobrecarga asistencial

Los participantes señalan que los ritmos de trabajo dificultan la formación continua, especialmente en residencias con ratios ajustados. La falta de tiempo para reflexionar, formarse o compartir buenas prácticas aparece como la barrera más frecuente.

b) Falta de recursos organizativos y apoyo institucional

Se mencionan limitaciones como:

- escasez de formaciones internas,
- poca disponibilidad de profesionales formadores,
- falta de tutorización o supervisión,

- recursos materiales insuficientes para aplicar lo aprendido.

c) Resistencia al cambio y desigual nivel de competencias digitales

Especialmente significativo es el temor a la digitalización y la percepción de que:

- algunas personas se sienten inseguras con la tecnología,
- no todas las generaciones la manejan igual,
- no existe un plan sistemático de capacitación digital.

También aparece la barrera emocional: miedo a no hacerlo bien, falta de confianza para asumir nuevas competencias, o experiencias previas de formación poco útiles.

Estas barreras, en conjunto, muestran que la actualización competencial requiere no solo formación, sino transformaciones organizativas, más apoyo psicológico y un enfoque estructurado de acompañamiento al cambio.

Observaciones o propuestas adicionales

En este apartado emergen cuatro líneas de propuestas:

a) Mayor reconocimiento del rol profesional

El personal auxiliar demanda un reconocimiento más explícito por parte de la organización, mayor participación en las decisiones y una definición más clara de su identidad profesional.

b) Necesidad de formación práctica y contextualizada

Se enfatiza la importancia de formaciones que:

- sean aplicables en el día a día,
- incorporen casos reales,

- incluyan demostraciones prácticas,
- se impartan en el propio centro.

c) Itinerarios formativos diferenciados

Algunos participantes proponen crear itinerarios según rol (cuidado físico, psicosocial, digital, paliativo), o niveles progresivos de cualificación.

d) Mejoras en la coordinación y comunicación interna

Se solicita:

- más espacios de intercambio,
- reuniones periódicas,
- feedback sobre el trabajo realizado,
- coherencia entre lo que pide la dirección y las condiciones reales del centro.

3.2. Resultados del Análisis Descriptivo Cualitativo

3.2.1. Descripción de la muestra

La muestra cualitativa estuvo compuesta por diez entrevistas semiestructuradas, realizadas a profesionales de centros asociados a AESTE. En total participaron nueve directores o responsables de centro y una auxiliar de atención directa, configurando una muestra deliberada orientada a captar la visión estratégica de la dirección y el contraste con la experiencia cotidiana del personal gerocultor. Las entrevistas de dirección incluyen perfiles de centros diversos (residencias, unidades de convivencia, centros mixtos o con áreas de salud mental). La perspectiva profesional se completa con el testimonio de una auxiliar con más de nueve años de experiencia, que aporta una mirada desde la práctica asistencial cotidiana y las dinámicas de equipo. Esta configuración muestral permite triangular discursos de nivel estratégico y operativo, así

como analizar convergencias y divergencias en torno al modelo de cuidados, la adecuación formativa, las competencias necesarias y las barreras del puesto.

3.2.2. Análisis temático sistemático

El análisis cualitativo de las diez entrevistas permitió identificar seis grandes ejes temáticos (tabla 4), altamente consistentes con los patrones detectados en el estudio cuantitativo.

TEMA PRINCIPAL	MENCIONES	% DE ENTREVISTAS	GRADO DE SATURACION
Movilización y transferencias seguras	79		
Estimulación cognitiva y física	69		
Intervención ante alteraciones conductuales	72		
Manejo de tecnologías de apoyo	26		
Acompañamiento emocional/paliativo	50		
Cocina y gestión doméstica (ámbito domiciliario)	6		

TEMA PRINCIPAL	MENCIONES	% DE ENTREVISTAS	GRADO DE SATURACION
Desajuste del CdP	9	100%	Muy alto
Competencias emocionales	9	100%	Muy alto
Falta de vocación	6	67%	Medio alto
Brecha digital	7	78%	Alto
AICP: avances y límites	8	89%	Alto
Autonomía / reconocimiento	7	78%	Medio
Desgaste emocional	5	56%	Medio
Tecnificación del cuidado	4	44%	Medio Bajo

A continuación, se ofrece una síntesis interpretativa de cada uno de ellos, acompañada de sus frecuencias y citas representativas.

1. Desajuste del Certificado de Profesionalidad (CdP) y necesidad de actualización

Tema más recurrente en el conjunto del corpus. Las directoras insisten de forma unánime en que el certificado no responde a las necesidades reales del puesto. Se mencionan carencias en contenidos digitales, habilidades emocionales, intervención psicosocial y en general una falta de adecuación al modelo de atención contemporáneo.

Ejemplos:

- *“Hay mucho margen de mejora (...) hay que adaptarlo a la realidad de la evolución, del avance de la sociedad.”*
- *“La teoría se la saben muy bien... pero falta sensibilidad, empatía, el ponerse en el lugar del otro.”*
- *“Hay que adaptarlo a la realidad de la evolución, del avance de la sociedad, de los requerimientos de ahora mismo.”*
- *“El certificado se me queda corto... es una formación rápida a la que se incorpora mucha gente sin vocación.”*
- *“La formación inicial no se corresponde con lo que se requiere luego en el día a día.”*
- *“No basta con tener el título; eso solo acredita lo básico. Lo que marca la diferencia está fuera del CdP.”*

2. Importancia de las competencias emocionales y relacionales del auxiliar

Las entrevistadas subrayan repetidamente que la diferencia entre un auxiliar adecuado y uno excelente está en su competencia emocional, no en su parte técnica.

Ejemplos:

- *“Para mí es vital la parte emocional... es lo que más echo de menos.”*
- *“Tienen que ser muy empáticos, saber escuchar muchísimo.”*
- *“Lo que marca la diferencia es la sonrisa, la empatía, el lenguaje no verbal.”*
- *“La primera toma de contacto con el residente es emocional: saber escuchar, observar...”*

El discurso señala que estas habilidades no se enseñan suficientemente en la formación inicial.

3. Falta de vocación y necesidad de filtrado en el acceso

Una preocupación emergente es que el sector atrae personas motivadas únicamente por la inserción laboral rápida, sin vocación asistencial.

Ejemplos:

- *“Es gente que viene porque esto tiene paro cero (...) pero no les gusta lo que están realizando y se nota en el día a día.”*
- *“Deberíamos filtrar mejor a quienes realmente quieren trabajar en cuidados.”*
- *“Hay auxiliares que están porque necesitan trabajar, pero no porque les guste esta profesión.”*
- *“Lo que falta es vocación... y eso se nota muchísimo en el día a día.”*

4. Digitalización: avances desiguales y brecha competencial

Aunque las directoras reconocen avances, también detectan una brecha digital significativa, especialmente entre auxiliares mayores o con poca formación previa.

Ejemplos:

- *“Sin ninguna competencia digital, es complicado...y ahora ya no es opcional.”*
- *“Antes tocar un ordenador era un mundo para ellas... ahora tienen interés, pero cuesta.”*
- *“Se usan más protocolos, plataformas, tecnología... pero no siempre saben manejarlas bien.”*
- *“El avance digital exige habilidades que el certificado no contempla.”*

Este tema se vincula al desajuste del CdP, que no incluye contenidos obligatorios en TIC asistenciales.

5. AICP: avance real, pero desigual y superficial

Las directoras describen progresos en la implantación de la Atención Centrada en la Persona, pero señalan dificultades para llevarla a la práctica con coherencia estructural.

Ejemplos:

- *“Ahora tratamos de adaptarnos más a los gustos, donde se puede ser flexible.”*
- *“Hay que trabajar más la relación, la mirada, el lenguaje no verbal... seguimos atrasados.”*
- *“Hace falta más trabajo humano, más conciencia de que acompañamos hasta el final de la vida.”*
- *“El modelo tiene que ser muy humano... eso es lo primero.”*

6. Autonomía del auxiliar y participación en decisiones

Las entrevistas coinciden en destacar que los auxiliares sí participan en reuniones y valoración inicial, pero la autonomía real es limitada y depende del centro.

Ejemplos:

- *“La opinión de los auxiliares es importante y la incluimos en las reuniones.”*
- *“Son quienes más tiempo pasan con el mayor y quienes detectan cambios primero.”*
- *“Son los primeros que ven si una persona está rara... su observación es clave.”*
- *“Pasan más tiempo con el mayor que nadie... el cuidado emocional es suyo.”*

7. Desgaste emocional, estrés asistencial y falta de apoyo

Este tema aparece especialmente en residencias con alta carga asistencial. El bienestar emocional del personal es un área crítica, poco abordada en los contenidos formativos actuales.

Ejemplos:

- *“No puedo seguir habiendo agresiones... estamos faltos de formación para manejarlas.”*
- *“El trabajo emocional es enorme y no hay suficiente preparación para sostenerlo.”*
- *“A veces no somos conscientes de lo que implica acompañar hasta el final.”*

3.2.3. Síntesis global del análisis cualitativo

El conjunto de entrevistas cualitativas muestra un patrón discursivo extraordinariamente consistente entre las directoras y responsables de centro, así como un valioso contrapunto aportado por la auxiliar entrevistada. En su conjunto, el corpus revela una visión compartida: el perfil del personal auxiliar está experimentando una transformación profunda, impulsada por cambios demográficos, organizativos, culturales y tecnológicos que tensionan significativamente los límites del Certificado de Profesionalidad vigente.

En primer lugar, se aprecia un desajuste estructural entre los contenidos del CdP y las exigencias reales del puesto de trabajo. Las directoras coinciden en que la formación reglada cumple una función de acceso básico, pero no desarrolla las competencias que realmente determinan la calidad del cuidado en los centros actuales: habilidades emocionales, capacidad relacional, intervención ante conductas complejas, digitalización o aplicación práctica del modelo AICP. Este desfase sitúa a los centros ante la necesidad de generar formación interna que compense las limitaciones del currículo oficial, generando desigualdades entre organizaciones, según sus recursos y capacidad pedagógica.

En estrecha relación con esta brecha formativa, emergen con fuerza las competencias emocionales y relacionales como elemento diferencial del rol. Las directoras narran que, más allá de la técnica, lo que impacta verdaderamente en la experiencia de la persona atendida es la capacidad del auxiliar para acompañar, escuchar, regular emociones, observar señales sutiles, y ofrecer una presencia cálida y humanizada. La parte emocional, coherente con el enfoque AICP, es percibida como “lo que falta” en la formación inicial, pero también como lo que más desgaste genera en el día a día cuando no se cuenta con herramientas adecuadas.

Otro eje recurrente es la vocación y adecuación profesional. Muchas directoras expresan preocupación ante la entrada al sector de personas motivadas más por la empleabilidad que por el deseo de cuidar. Esta falta de vocación tiene efectos concretos sobre la calidad del cuidado, la estabilidad de los equipos y la sostenibilidad emocional del personal. Surge así la demanda de establecer mecanismos de selección que no se limiten a acreditar la obtención del CdP, sino que permitan valorar competencias humanas y motivación intrínseca.

La digitalización aparece como un vector de cambio transversal. Aunque los centros avanzan hacia sistemas electrónicos de registro, domótica, teleasistencia y uso de tecnologías de apoyo, las directoras coinciden en que existe un gap significativo en las competencias digitales de buena parte del personal auxiliar. Este déficit no solo dificulta la implantación de herramientas digitales, sino que amenaza con aumentar desigualdades generacionales, ralentizar procesos y limitar el potencial transformador de la tecnología en el sector. De nuevo, estas carencias remiten a la falta de contenidos digitales en el CdP.

En cuanto al modelo AICP, el discurso directivo expresa un optimismo prudente: se perciben avances notorios hacia la personalización, la flexibilidad y el respeto a biografías y preferencias, pero también se reconoce que la implantación es todavía superficial en algunos casos. El reto está en llevar la filosofía del modelo a una práctica sostenida, lo cual exige nuevas competencias para el personal auxiliar, mayor trabajo en equipo interdisciplinar, y cambios organizativos que permitan adaptar rutinas y estructuras.

Finalmente, las entrevistas ponen de manifiesto las barreras que impiden la actualización competencial del personal auxiliar, entre las que destacan la falta de tiempo, ratios ajustadas, desgaste emocional, ausencia de acompañamiento psicológico y resistencia al cambio. Estas barreras no pueden abordarse únicamente desde la formación, sino que requieren un enfoque integral que combine mejora competencial, rediseño organizativo, apoyo a los equipos y cultura de bienestar.

En conjunto, el análisis cualitativo ofrece una imagen clara: las competencias técnicas tradicionales ya no son suficientes; el futuro del cuidado pasa por un auxiliar más preparado emocional y digitalmente, más implicado en la personalización del cuidado, más integrado en equipos interdisciplinarios y con un rol profesional más reconocido y valorado.

3.3. Conclusiones generales

El análisis integrado de la información cuantitativa y cualitativa permite ofrecer una visión global, coherente y estructurada del estado actual del perfil competencial del personal auxiliar en los centros asociados a AESTE, así como de los desajustes existentes respecto al marco formativo del Certificado de Profesionalidad (SSCS0108 y SSCS0208). En su conjunto, los resultados convergen en señalar que el sector se encuentra en un momento de transición profunda, tanto en los modelos de atención como en las expectativas competenciales del personal.

Desde el plano cuantitativo, las valoraciones medias de los ítems competenciales reflejan un desempeño moderado-alto en ámbitos nucleares del modelo de Atención Centrada en la Persona (AICP), especialmente en el dominio de material de apoyo y en el registro sistemático de intervenciones. No obstante, las puntuaciones revelan carencias persistentes en competencias digitales, formación en terapias no farmacológicas, habilidades emocionales y protocolos de autocuidado. Estas cuatro áreas se configuran como brechas competenciales transversales, particularmente relevantes en un contexto donde la digitalización, la humanización de los cuidados y el bienestar profesional constituyen pilares estratégicos.

Los análisis diferenciales muestran que estas brechas no se distribuyen homogéneamente. Por tipo de centro, los centros de día presentan mejores resultados en digitalización, terapias no farmacológicas y registro, mientras que las residencias destacan en participación interdisciplinaria y en implantación del modelo AICP. Por cargo, la brecha digital y formativa se amplifica: auxiliares y gerocuidadores son quienes presentan las medias más bajas, mientras que responsables de formación, equipos técnicos y coordinación exhiben puntuaciones notablemente superiores. Estos patrones indican que la desigualdad competencial está influida tanto por factores estructurales del centro como por el posicionamiento funcional dentro de la organización. En este sentido, el conocimiento experto del personal técnico y de coordinación no se traduce necesariamente en una transferencia efectiva de competencias al personal auxiliar, lo que sugiere limitaciones en los modelos internos de formación y acompañamiento.

Los resultados de las competencias técnicas prioritarias aportan un matiz adicional, las competencias más seleccionadas: movilización (79 menciones), intervención ante alteraciones conductuales (72), estimulación cognitiva y física (69) y acompañamiento emocional (50), evidencian que el rol auxiliar combina exigencias físicas de alta intensidad con competencias psicosociales cada vez más relevantes. El manejo de tecnologías de apoyo (26) aparece como una prioridad emergente, todavía por desarrollar, y cocina y gestión doméstica (6) se mantiene como competencia residual por ser específica del ámbito domiciliario. Este patrón confirma la necesidad de un perfil profesional híbrido, con capacidades tanto técnicas como relacionales, y subraya que las exigencias del puesto han aumentado sin una actualización equivalente del CdP.

El componente cualitativo permite comprender en profundidad estos resultados y contextualizarlos desde la experiencia diaria de directivas y auxiliares. De manera unánime, las entrevistadas describen un desajuste estructural del certificado de profesionalidad, percibido como insuficiente, desactualizado y limitado para preparar a los auxiliares ante los desafíos reales del puesto. Destacan tres grandes lagunas: la falta de formación emocional y relacional; la ausencia de un módulo robusto en digitalización; y la escasa presencia de contenidos prácticos en terapias no farmacológicas, intervención conductual y herramientas derivadas del modelo AICP.

Asimismo, el discurso cualitativo enfatiza que las competencias emocionales constituyen el principal determinante de la calidad del cuidado. La capacidad de acompañar, observar, escuchar, anticipar cambios y sostener emocionalmente a las personas atendidas es descrita como el auténtico diferencial del rol auxiliar, y al mismo tiempo como el ámbito más deficitario en la formación reglada. Este déficit se asocia a un fenómeno adicional: el desgaste emocional, la sobrecarga asistencial y la falta de protocolos de autocuidado, aspectos que también aparecen reflejados en las puntuaciones medias del cuestionario.

Otro elemento crítico que emerge con fuerza es la vocación profesional. Tanto directoras como auxiliares coinciden en que la motivación intrínseca y el compromiso con el cuidado son esenciales para un desempeño competente. La ausencia de vocación en parte del personal se asocia a la rapidez con la que puede obtenerse el CdP, a la alta empleabilidad del sector y a procesos de selección insuficientemente orientados a las competencias humanas.

La brecha digital, señalada tanto en el análisis cuantitativo como cualitativo, se presenta como una de las tensiones principales para el futuro inmediato del sector. Aunque los centros avanzan hacia el registro digital, la domótica y las tecnologías de apoyo, el nivel de preparación del personal auxiliar es limitado y desigual, lo cual dificulta una implantación efectiva y sostenida.

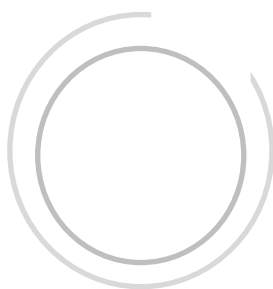
Finalmente, el análisis cualitativo matiza que la implantación del modelo AICP ha avanzado, pero de manera desigual y a menudo superficial. La personalización se reconoce como un objetivo compartido, pero su concreción depende de la estabilidad de los equipos, de la formación relacional recibida y de la existencia de estructuras organizativas que permitan flexibilizar rutinas.

En conjunto, la integración de ambos enfoques, cuantitativo y cualitativo, permite concluir que el sector afronta un escenario en el que las competencias técnicas tradicionales ya no son suficientes. El futuro del cuidado exige un perfil auxiliar:

- más preparado emocionalmente,

- más competente en digitalización,
- con mayor capacidad de intervención psicosocial,
- integrado en equipos interdisciplinares,
- con más autonomía en la aplicación del AICP,
- y con un reconocimiento profesional acorde al peso real de su trabajo.

Este análisis integrado fundamenta de forma sólida la necesidad de revisar en profundidad el Certificado de Profesionalidad, incorporando contenidos actualizados, itinerarios más prácticos, formación emocional y digital obligatoria, y un enfoque pedagógico que prepare al auxiliar para un modelo de cuidados que es ya hoy más complejo, más relacional, más tecnológico y más orientado a la autonomía de las personas atendidas.



5. Diagnóstico sobre los factores de retención y fuga de talento en el sector sociosanitario

El análisis integrado de datos cuantitativos y cualitativos pone de manifiesto que la retención y pérdida de talento en el sector sociosanitario no responde a un único factor, sino a la interacción de variables estructurales, emocionales, formativas y organizativas que condicionan de manera directa la experiencia profesional del personal auxiliar y técnico. Este capítulo sintetiza los elementos clave que explican la permanencia o el abandono del puesto, aportando evidencias empíricas y orientando las líneas de actuación necesarias.

4.1. Conclusiones generales

Los resultados identifican cuatro grandes impulsores positivos que favorecen la permanencia del personal en los centros sociosanitarios:

a) Identidad profesional y significado del trabajo

El principal elemento que sostiene la permanencia en el rol es el alto valor emocional y vocacional atribuido al cuidado. Las entrevistas evidencian que quienes cuentan con un fuerte componente vocacional experimentan el trabajo como significativo, generador de sentido y vinculado a valores personales.

- “Es muy humano, es un trabajo precioso... acompaña hasta el final.”
- “Cuando hay sensibilidad y vocación, el trabajo fluye.”

Este significado profundo actúa como **amortiguador emocional** ante la dureza del puesto y se convierte en el principal motor de retención.

b) Equipos cohesionados y entornos de apoyo

Las directoras resaltan que los equipos cohesionados, donde existe colaboración y confianza, mejoran la satisfacción y reducen la rotación.

- “Las buenas relaciones entre compañeras hacen que el trabajo sea más llevadero.”
- “Lo más importante es cómo funciona el equipo.”

La calidad del entorno social tiene un impacto mayor que las propias condiciones estructurales.

c) Formación interna y oportunidades de desarrollo

La posibilidad real de aprender, mejorar y evolucionar dentro del centro contribuye significativamente a la retención.

Los análisis cuantitativos muestran que las personas con roles de coordinación o formación —perfiles que han tenido oportunidades de desarrollo— puntúan más alto en motivación, participación y reconocimiento.

La formación percibida como útil, práctica y transferible favorece la permanencia y refuerza el compromiso organizacional.

d) Reconocimiento y participación en decisiones

Aunque las medias cuantitativas del ítem de reconocimiento no son elevadas, cuando existe reconocimiento explícito, las entrevistadas describen un fuerte impacto positivo en la motivación.

- “Valorarles más, darles voz... eso fideliza.”

Centros donde el auxiliar participa en reuniones interdisciplinarias y es escuchado en la planificación del PAP muestran mejores indicadores de satisfacción.

4.2. Factores de fuga de talento

Paralelamente, el estudio identifica cinco motores críticos de abandono, que se repiten de forma consistente entre los datos cuanti y cuali.

a) Sobrecarga asistencial y falta de tiempo para cuidar

Este es el factor más citado y uno de los que más fuertemente impacta en la decisión de abandonar el sector.

- “Los ritmos son demasiado rápidos para hacer cuidados de calidad.”
- “Falta tiempo... y eso quema.”

La presión asistencial dificulta la implantación real del modelo AICP y deteriora la experiencia laboral.

b) Desgaste emocional y ausencia de apoyo psicológico

El trabajo emocional, cuando no está acompañado de formación adecuada ni de estructuras de apoyo, genera desgaste acumulado.

- Agresiones verbales, deterioro cognitivo de usuarios, duelo y final de vida.
- La formación actual no dota al personal de repertorios suficientes para manejar estas situaciones.

El autocuidado profesional aparece como una de las brechas más significativas tanto en el CdP como en el día a día.

c) Baja valoración externa y escaso reconocimiento formal

Tanto auxiliares como directoras coinciden en que el rol no está socialmente reconocido y que esta falta de prestigio afecta a la retención.

- “No se reconoce lo que hacemos... parece que cualquiera puede hacerlo.”
- “Son el corazón del cuidado, pero eso no se visibiliza.”

Esto se combina con expectativas crecientes sin un equivalente aumento en reconocimiento, desarrollo profesional o autonomía.

d) Brecha digital y sensación de incompetencia tecnológica

Las dificultades con herramientas digitales generan frustración especialmente en perfiles con menor formación previa.

- “Es complicado si no tienes competencias digitales... te hace sentir insegura.”

La digitalización acelerada, sin formación suficiente, actúa como un factor de abandono indirecto.

e) Desajuste del Certificado de Profesionalidad

La formación reglada insuficiente provoca una transición brusca entre la formación y la realidad laboral. Esto incrementa la sensación de sobrecarga, incompetencia percibida y desmotivación, especialmente entre nuevas incorporaciones.

4.3. Factores estructurales que condicionan ambos procesos

El estudio permite identificar dinámicas que influyen simultáneamente en la retención y la fuga, dependiendo del modo en que se gestionen:

a) Implementación del modelo AICP

Cuando se implanta de manera coherente y con formación adecuada, mejora la satisfacción profesional y da sentido al trabajo.

Cuando falta tiempo o formación, genera frustración por la imposibilidad de aplicar el modelo.

b) Liderazgo y clima organizativo

Direcciones que promueven participación, apoyo emocional, comunicación clara y coherencia en las decisiones contribuyen a la retención.

Liderazgos rígidos, jerarquizados o poco accesibles facilitan la fuga.

c) Formación continua

Centros con itinerarios formativos internos y figuras de referencia (formadoras internas, coordinación pedagógica) retienen talento de manera más efectiva.

Centros sin estructura formativa provocan estancamiento competencial.

4.3. Modelo integrador de retención y fuga en el sector sociosanitario

A partir de los datos, puede definirse un modelo de cuatro capas:

Figura 1. Figura conceptual del modelo de retención y fuga de talento

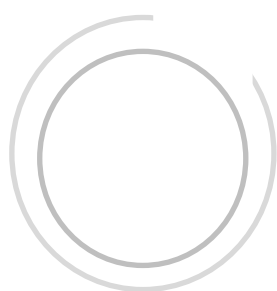
1. Capa emocional:	1.vocación, desgaste, habilidades relacionales.
2. Capa competencial:	1.digitalización, estimulación, intervención conductual, AICP.
3. Capa organizativa:	1.ratios, liderazgo, participación, reconocimiento.
4. Capa sistémica:	1.CdP desactualizado, escasa profesionalización social del rol.

La retención ocurre cuando las cuatro capas están alineadas; la fuga emerge cuando varias de ellas fallan simultáneamente.

4.4. Conclusión del diagnóstico

La investigación muestra que el sector sociosanitario está en un punto crítico: el talento auxiliar se retiene cuando existe un equilibrio entre vocación, apoyo emocional, reconocimiento, formación actualizada y condiciones organizativas adecuadas, pero se pierde cuando estos elementos se erosionan.

Las evidencias señalan que la renovación del CdP, el refuerzo formativo, la digitalización acompañada, la mejora del reconocimiento profesional y la creación de estructuras de apoyo emocional no son medidas accesorias, sino condiciones necesarias para la retención sostenible del talento en el sector.



6. Recomendaciones diferenciadas por nivel (estructural, organizativo, competencial, emocional).

Los resultados del estudio evidencian la existencia de un desajuste entre las competencias actuales del personal auxiliar y las necesidades emergentes del sector sociosanitario, derivadas de la transformación del modelo de cuidados, la digitalización, el envejecimiento poblacional y el avance del enfoque AICP. Este capítulo formula recomendaciones orientadas a distintos niveles de actuación, estructural, organizativo, competencial y emocional, con el fin de fortalecer la profesionalización del sector, mejorar la calidad asistencial y favorecer la retención del talento.

5.1. Recomendaciones a nivel estructural

Este nivel abarca las actuaciones de carácter sistémico, vinculadas a cambios normativos, revisiones curriculares y estrategias de profesionalización sectorial.

1. Actualizar el Certificado de Profesionalidad (SSCS0108 y SSCS0208)

Los resultados muestran un desajuste significativo entre el CdP vigente y las necesidades reales del sector. Se recomienda:

- Incorporar un **módulo obligatorio de competencias digitales**, orientado al manejo de tecnologías asistenciales, plataformas de registro y herramientas de apoyo.
- Introducir un **módulo de competencias emocionales y relacionales**, con contenidos sobre comunicación, acompañamiento emocional, duelo, gestión de conflictos y habilidades interpersonales avanzadas.

- Incluir formación sistemática en **terapias no farmacológicas (TNF)**: estimulación cognitiva, sensorial, física y social.
- Reforzar el enfoque **AICP** como eje vertebrador del currículo, con contenidos prácticos, observación significativa, uso de historial de vida y adaptación personalizada del cuidado.
- Actualizar los contenidos de ergonomía, movilización y ayudas técnicas, orientándolos a la prevención avanzada de riesgos.

2. Definir itinerarios de especialización profesional

El sector requiere perfiles diferenciados dentro del rol auxiliar. Se recomienda desarrollar itinerarios oficiales en:

- atención psicosocial,
- cuidados paliativos,
- tecnologías aplicadas al cuidado,
- intervención en demencias y conductas complejas,
- atención domiciliaria.

3. Profesionalizar el acceso al sector

Los datos cualitativos muestran problemas de vocación y adecuación profesional. Se recomienda:

- Establecer **pruebas de idoneidad** previas a la formación reglada (competencias emocionales, motivación, habilidades comunicativas).
- Crear un **marco nacional de competencias** para personal auxiliar, con niveles progresivos de certificación.

4. Impulsar incentivos sectoriales a la formación continua

La retención aumenta cuando los centros disponen de oportunidades de desarrollo interno. A nivel estructural:

- Fomentar **programas acreditados de formación continua**, financiados parcialmente por organismos públicos.
- Reconocer oficialmente las horas de formación en AICP, digitalización o TNF.

5.2. Recomendaciones a nivel organizativo

Incluyen acciones que dependen directamente de los centros y sus modelos de gestión.

1. Crear estructuras de liderazgo pedagógico

La formación interna es un predictor claro de retención. Se recomienda:

- Incorporar figuras de **referencia formativa** dentro de los centros (mentores, formadoras internas, equipos de apoyo AICP).
- Establecer reuniones periódicas interdisciplinarias con participación real del personal auxiliar.

2. Mejorar los sistemas de reconocimiento profesional

Los datos revelan percepciones bajas de reconocimiento entre auxiliares. Se recomiendan:

- Protocolos de reconocimiento formal
- Retroalimentación positiva sistemática
- Visibilización interna del rol auxiliar
- Participación en la toma de decisiones del PAP

3. Fortalecer la cultura del AICP

Para pasar de la teoría a la práctica:

- Revisar rutinas para permitir mayor flexibilidad.
- Fomentar el uso del historial de vida como herramienta diaria.
- Consolidar equipos estables para garantizar continuidad emocional del cuidado.

4. Facilitar el acceso a la digitalización

La brecha digital es una barrera transversal. Los centros deben:

- Garantizar espacios de formación en el puesto de trabajo.
- Designar personas de apoyo digital.
- Proveer herramientas intuitivas y acompañar su implantación.

5. Abordar el problema de las ratios y la sobrecarga asistencial

Aunque estructural, a nivel organizativo se puede:

- Redistribuir tareas
- Introducir apoyos en horas punta
- Establecer pausas protegidas
- Priorizar intervenciones significativas frente a tareas burocráticas

5.3. Recomendaciones a nivel competencial

Dirigidas a reforzar las capacidades del personal auxiliar y su alineación con el nuevo modelo de cuidados.

1. Competencias emocionales y relacionales

Se recomienda desarrollar itinerarios formativos centrados en:

- comunicación terapéutica,
- escucha activa,
- validación emocional,
- acompañamiento en final de vida,
- intervención ante comportamientos difíciles,
- trabajo con familias.

Estas competencias son el núcleo de la calidad asistencial según los hallazgos.

2. Competencias psicosociales

El análisis evidencia la necesidad de profesionalizar:

- estimulación cognitiva, sensorial y física,
- actividades significativas,
- intervención ante alteraciones conductuales,
- promoción de la autonomía cotidiana.

3. Competencias digitales

El CdP debe incorporar:

- alfabetización digital básica,
- registro electrónico de cuidados,
- uso de plataformas clínicas,
- tecnologías de apoyo y domótica social.

4. Competencias técnicas avanzadas

Incluyendo:

- movilización segura con ayudas técnicas modernas,
- prevención avanzada de riesgos,
- ergonomía aplicada,
- intervención funcional.

5.4. Recomendaciones a nivel emocional

Este nivel recoge las medidas destinadas a proteger el bienestar profesional y prevenir la fuga de talento.

1. Crear espacios de apoyo emocional y supervisión

El desgaste emocional aparece como uno de los principales factores de fuga. Se recomienda:

- Programas de acompañamiento psicológico interno o externo.
- Supervisión emocional periódica en grupos reducidos.
- Diseño de protocolos frente a situaciones emocionalmente complejas.

2. Incorporar el autocuidado en la cultura del centro

Debe promoverse como parte del rol profesional, no como responsabilidad individual:

- pausas protegidas,
- dinámicas de descompresión,
- talleres de gestión emocional,
- habilidades de protección frente al desgaste.

3. Estabilizar equipos y promover vínculos saludables

Las entrevistas muestran que la estabilidad del equipo influye directamente en la calidad del cuidado y la satisfacción profesional. Se recomienda:

- fomentar la continuidad de los equipos,
- evitar rotaciones excesivas,
- reforzar dinámicas de cohesión interna.

5.5. Conclusiones

La retención y el desarrollo del talento auxiliar requiere un enfoque integral que actúe simultáneamente sobre el **marco normativo**, los **modelos organizativos**, las **competencias profesionales** y el **bienestar emocional**. La actualización del Certificado de Profesionalidad, junto con estrategias de formación continua, digitalización acompañada, reconocimiento profesional y apoyo emocional, son palancas esenciales para garantizar un sector sociosanitario sostenible, cualificado y orientado a la excelencia en el cuidado.

6. Referencias bibliográficas

Feng, K., Altinay, L. y Alrawadieh, Z. (2023). Social connectedness and well-being of elderly customers: Do employee-to-customer interactions matter? *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 32(2), 174-195.

Leiva, M., López, L. C., Fernández, L., Berrios, E., Aldaz, E. y López Gómez, A. (2024). Contenidos y competencias destacadas a incorporar en la formación técnica para el cuidado de personas mayores en Colombia, Costa Rica y Uruguay. *Actualidades Investigativas en Educación*, 24(1), 97-131.

Lim, J. (2021). Understanding caregiver stress and turnover in long-term care: A qualitative study. *Healthcare*, 9(259).

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS.

Selander, K., Nikunlaakso, R. y Laitinen, J. (2022). Association between work ability and work stressors: cross-sectional survey of elderly services and health and social care service employees. *Archives of Public Health*, 80(1), 83.