

EXPERIENCIAS

## El rol del psicólogo que trabaja con personas mayores. Definición y desarrollo profesional

## The role of the psychologist working with older persons. Definition and professional development

**Antonina MIELGO CASADO\***  
**M.ª Dolores ORTIZ MUÑOZ\***  
**Creonaile RAMOS NOEST\***

### RESUMEN

*El ritmo de crecimiento de la población mayor en España y las previsiones hasta el año 2010, (8.000.000 personas con más de 65 años, el 23.1% de la población mayor de 65 años, y 2.5 millones mayores de 80 años), constituyen un cambio histórico sin precedentes en la distribución de la pirámide de población. Estas variaciones poblacionales cuantitativas, conllevan un rápido cambio sociocultural que genera problemas nuevos, tanto de carácter funcional como social y psicológico de la población mayor. La intervención del psicólogo en este colectivo ya es un hecho. Las políticas de las tres administraciones españolas reconocen la importancia de este profesional, pero es la iniciativa privada la que lo contrata al constatar que su intervención incide directamente en la calidad del servicio que ofertan, e invertir en calidad es rentable.*

*La escasa implantación de la psicología en este campo viene determinada en gran medida, por la novedad del fenómeno del envejecimiento, pero sobre todo por la falta de clarificación conceptual y operativa del rol del psicólogo. En este trabajo, partiendo de la teoría del rol propuesta por Argyle, Furham y Graham (1981), se hace una aproximación al rol del psicólogo que trabaja en centros de mayores en el territorio de la Comunidad de Madrid, desde la perspectiva del propio psicólogo y la de las gerencias que lo contratan.*

### PALABRAS CLAVE

*Rol del Psicólogo especializado en Mayores. Rol Percibido. Rol Ejecutado. Psicólogos. Gerencias. Centros de Mayores. Residencias. Centros día. Servicio de Ayuda a domicilio.*

\* Psicólogas expertas en Gerontología. Grupo de Intervención Integral en Mayores. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. C/ Cuesta de San Vicente, 4 - 5º. 28008 Madrid. Tfno. 91 541 99 99.

### **ABSTRACT**

*The growth rate of the population of older persons in Spain and the projections for 2010 (8.000.000 persons over 65 years old, 23.1 % of the population over 65, and 2.5 millions over 85), represents an historical variation in the distribution of the population's pyramid. These quantitative variations in the population imply social and cultural changes generating new problems of functional, social and psychological characteristics in the older persons population. The role of the psychologists in this field is a fact. The policies of the three Spanish levels of Administration recognize the importance of the accomplishment of the psychologists working with older persons, but in general only the private sector engage them taking into account that their role directly influences the quality of the services, and to invest in quality is profitable.*

*The limited implementation of the psychology in this field is determined to a great extent, due to a lack of conceptual and operative clarification of the psychologist's role. In this work, starting from the theory of the role proposed by Argyle, Furham and Graham (1981), an approach is made to the psychologists role in nursing centers for older persons belonging to the Autonomous Community of Madrid, considering the perspectives of the psychologists and of the managers of the centers.*

### **KEY WORDS**

*Role of the Psychologist expert in older persons, perceived role, executed role, psychologists, centers management, older persons centers, nursing homes, day care center, home care service.*

#### **1. La incorporación del psicólogo al ámbito residencial**

El envejecimiento demográfico actual supone una novedad, cuyos efectos van muy por delante de las respuestas políticas que se adoptan para hacerle frente. Si tomamos en cuenta además, el efecto últimamente frecuente de la prejubilación laboral (personas entre 55 y 64 años), el fenómeno crece de forma exponencial.

Hoy en día, todas las políticas orientadas a dar una respuesta al fenómeno del envejecimiento y sus consecuencias, tienen el objetivo prioritario de mantener al mayor en su entorno habitual todo el tiempo posible. El ingreso en un centro se considera un recurso adecuado a utilizar únicamente cuando sea estrictamente

necesario. Pero el gran reto de la política social actual en mayores es la dependencia, no solo por su aumento en número, sino también por el debilitamiento que padece en España el soporte familiar y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y/o degenerativas. A título de ejemplo, se estima que el número de enfermos de Alzheimer se duplicará para el año 2020, (INSALUD, (1999)). Si bien la dependencia no es solo un problema de personas mayores, el envejecimiento le está dando una nueva dimensión al incidir en la extensión e intensidad de la misma en las edades más avanzadas. Esta situación va configurando un importante aumento en la demanda de todo tipo de servicios, sobre todo sanitarios y sociales. Para hacer frente a estas necesidades, diferen-

tes disciplinas, entre ellas la Psicología, tratan de dar respuestas mediante la aportación de nuevas líneas de investigación e intervención.

La incorporación del psicólogo en los diferentes niveles de atención al mayor es ya una realidad con tendencia a ir en aumento. Las políticas que se están desarrollando en las distintas administraciones públicas, reconocen la importancia de la intervención de este profesional y están exigiendo su contratación; ejemplo de ello es su inclusión en plantilla en los centros sociosanitarios con plazas concertadas, en los programas municipales de prevención y educación para la salud, etc. (Comunidad de Madrid, (1998)).

Desde la iniciativa privada son cada vez más las residencias y centros día que cuentan en sus plantillas con psicólogo. Ahora otro nuevo campo de intervención profesional se está consolidando: el de las demencias. En el "Plan de Atención a Enfermos de Alzheimer y otras Demencias", que abarcará hasta el año 2005, se contempla a este profesional en diferentes niveles: Formación, Intervención sanitaria y social, apoyo a familias y cuidadores, así como en la investigación de terapias alternativas no farmacológicas.

En las últimas décadas, varios autores se han interesado y publicado sobre temas relacionados con el rol del psicólogo en diferentes campos de intervención, (Biddle, B. J. (1979); Borgos, A. (1989); Chacón F. (1987); Garau, J. (1995); Navarro, R. (1986); Navarro, R., Peiró, J. M. y Luque (1989); Perez, R., Crespo, T. y Dato, C. (1992); Quintanilla, I., Diaz, R. (1992); Rueda, J. M. (1991); Rueda, J. M. (1988). Desde otras disciplinas, como por ejemplo la Medicina (Grupo de Trabajo de Atención sanitaria en las residencias y centros geriátricos de la S.E.G.G. (1997)), también se han realizado esfuerzos por tratar de clarificar su Rol en el trabajo en Residencias. En esta línea, es importante la clarificación del Rol del Psicólogo espe-

cializado en Mayores en diferentes ámbitos de intervención, el establecimiento de perfiles profesionales y el diseño de contenidos curriculares formativos adecuados.

El estudio que aquí presentamos se centra en el análisis del *Rol del Psicólogo que trabaja en residencias* para personas mayores en el territorio de la Comunidad de Madrid, porque este fue el ámbito en el que se situaban los profesionales que participaron en nuestro estudio. Se inició en 1998, siendo presentado un avance del mismo en Junio del mismo año en el seminario "Intervención del Psicólogo en Mayores" incluido en el área de "Atención psicosocial a personas mayores", IV Semana Abierta de la Psicología organizada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Así mismo, la dinámica de definición de rol fue expuesta a modo de póster en Noviembre de 1998 en el "V Congreso de Intervención Social". Es ahora, una vez concluido el estudio y elaborados los resultados, cuando se exponen estos por escrito y en forma de artículo.

## 2. Descripción del estudio sobre el rol del psicólogo

El campo de intervención de un psicólogo es amplio: clínica, educativa, intervención social, industrial, recursos humanos, investigación, etc. En los últimos años la psicología ha investigado y propuesto modelos de intervención en un ámbito nuevo: el de las personas mayores, con aportaciones que inciden directamente sobre el nivel de calidad de la atención a este colectivo.

El psicólogo con formación especializada en mayores y con vocación hacia el trabajo interdisciplinar, es un profesional altamente cualificado en las áreas cognitiva, psicoafectiva, funcional y social, en la evaluación de las mismas, así como en la elaboración de programas de intervención en dichas áreas y para ámbitos como el comunitario (ej. programas municipales),

para residencias o servicios de otro tipo. Cabe destacar entre otros:

- Los programas preventivos (memoria, hábitos saludables, jubilación...).
- Los programas de apoyo a cuidadores informales.
- Los programas de integración en la comunidad.
- Los programas de adaptación al medio residencial.
- Los programas de formación del personal de atención directa.
- Los programas de trabajo con familias.
- Los programas de orientación espacio-temporal.
- Los programas de intervención en demencias (estimulación cognitiva).
- etc.

No debemos olvidar su labor más clínica: Trastornos de conducta, del lenguaje, cuadros depresivos, atención a enfermos terminales, etc.

La tendencia a ir en aumento la contratación de psicólogos queda patente al analizar el número de estos que han ido incorporándose en los últimos años, tanto en el sector público como en el privado, para la realización de tareas de planificación y gestión de servicios, de formación e intervención aplicada en el ámbito clínico y socio-comunitario entre otros. La investigación psicológica en mayores se está potenciando cada vez más, con resultados altamente positivos y esperanzadores.

Una de las consecuencias de la reciente incorporación de Psicólogos en el campo aplicado de las personas mayores y que a su vez supone una dificultad para que esta incorporación se siga produciendo a mayor ritmo, es la falta de consenso a cerca de las funcio-

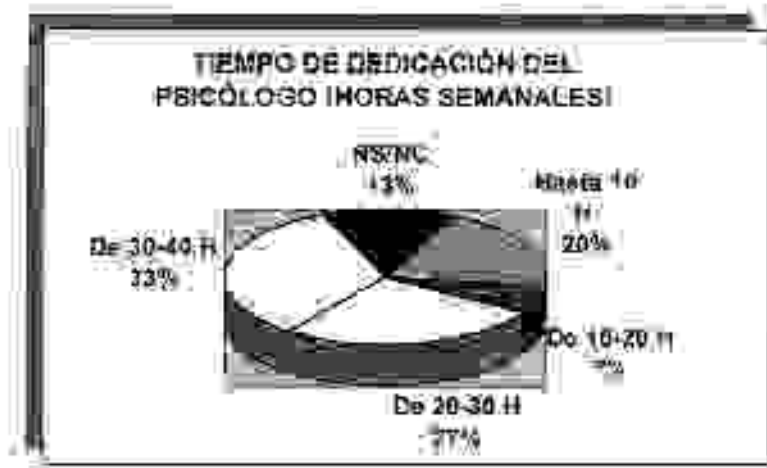
nes o desempeño de rol de este profesional. ¿Qué es lo que hace un psicólogo en una residencia?, ¿y en un centro día? ¿y en un servicio de ayuda a domicilio?. Como consecuencia de todo lo anterior es perentorio clarificar su rol profesional. Con la esperanza de contribuir a ello se realizó este estudio.

Se creyó más operativo partir desde la propia experiencia de psicólogos que trabajan con mayores en la Comunidad de Madrid, para así poder unificar criterios en los diferentes ámbitos de trabajo (Residencias, Centros día, Empresas de Ayuda a Domicilio). Como marco teórico se partió de la teoría del Rol de Argyle, Furhan y Graham (1981), que definen el Rol como "Un patrón de conductas con, o esperadas de las personas que ocupan una posición determinada". Sobre la base de esta definición diferenciamos entre Rol Percibido y Rol Ejecutado:

- *Rol Percibido*: "Un patrón de conductas posibles asociadas, o esperadas por una persona que ocupa una posición determinada".
- *Rol Ejecutado*: El patrón de conductas realizado por una persona que ocupa una posición determinada".

Siguiendo el procedimiento normal en la elaboración de un cuestionario (revisión bibliográfica, consultas con grupo de expertos, estudio piloto para validar los cuestionarios, etc.), se elaboraron dos cuestionarios diferenciados: uno para las Gerencias de los centros de mayores (Residencias, Centros Día y Ayuda a Domicilio), y otro para los psicólogos que trabajan en ellos, con la instrucción en ambos de valorar el Rol Percibido de los psicólogos. Además de los datos generales y algunas preguntas abiertas específicas para cada cuestionario, los dos grupos debían ordenar, según el criterio de mayor a menor importancia, 16 funciones propuestas sobre el Rol Percibido, diferenciando

**GRÁFICO 1**



únicamente entre las funciones que realmente está desempeñando el psicólogo del centro (Rol Ejecutado), y aquellas otras que podría realizar porque considera propias de su rol (Rol Percibido).

El cuestionario del psicólogo fue respondido por 15 de estos que trabajaban en 18 Centros de Mayores. Todos desarrollaban su trabajo en el ámbito privado (centros privados, centros privados concertados, centros públicos de gestión privada), siendo mayoría (un 73 %), los que trabajaban en Residencias (algunos a

tiempo parcial en varias residencias). En estos centros, la dedicación laboral podía ser completa o a tiempo parcial (Gráfico 1), siendo frecuente la modalidad de contratación como profesional independiente.

El cuestionario de Gerencias (Gráficos 2 y 3) fue respondido por 51 gerentes de Centros de Mayores (nº de cuestionarios enviados = 421, nº de cuestionarios respondidos = 51). De ellos, el 63 % gestionaban una residencia. Tanto si tenían en sus centros psicólogo (el 34.6 %), como si no (el 61.5 %), ordenaron las 16 funciones, obteniéndose así el Rol Percibido del Psicólogo por parte de las gerencias.

La realidad con la que nos encontramos en nuestro estudio fue la siguiente:

**1. - El número de Psicólogos que trabajaban en centros de mayores en el momento de la realización del estudio era relativamente bajo.** De los 51 Centros que participaron en el estudio, solo 18 contaban con psicólogo en sus plantillas. Estos profesionales se concentran mayoritariamente en residencias privadas y formando parte de los equipos interdisciplinarios. Este dato es revelador ya que pone de manifiesto que es la iniciativa

**GRÁFICO 2**



GRÁFICO 3



privada la que ha descubierto al psicólogo como un profesional polifacético, de perfil social y clínico, que eleva la calidad del servicio que oferta y le es rentable, por lo que decide contar con él. Este hecho hizo plantear la utilidad de conocer la idea que sobre el rol del psicólogo tienen las gerencias de estos centros, ya que son ellas las responsables de tomar la decisión de contratarlo.

**2. La mayoría de los Psicólogos que trabajaban con personas mayores, lo hacían en Residencias.** (Gráficos 4 y 5). El 73% de psicólogos encuestados trabajaban en una o varias Residencias; el 77% de los Centros que cuentan con servicio de psicología son Residencias. En el resto de servicios para mayores la presencia del psicólogo era muy escasa; es por eso por

lo que únicamente nos referimos en este artículo al "Rol del Psicólogo que trabaja en Residencias".

### 3. Clasificación de funciones

El resultado final del estudio en lo que respecta al Rol Percibido y Ejecutado del psicólogo especializado en mayores, queda reflejado en la Tabla 1. Se recordará que en los cuestionarios se pedía que ordenar 16 funciones a realizar por un psicólogo especializado en mayores según el orden de importancia que se les atribuyera, diferenciando únicamente los psicólogos que contestaron al cuestionario entre lo que realmente estaban haciendo (Rol Ejecutado), y aquellas funciones que consideraban podrían o deberían desem-

GRÁFICO 4



GRÁFICO 5



**TABLA 1**

| Función  | Gerencias con/sin psicólogos |                   | Centros día |                   | Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD) |                   |
|--|------------------------------|-------------------|-------------|-------------------|--------------------------------------|-------------------|
|  | Media                        | Desviación típica | Media       | Desviación típica | Media                                | Desviación típica |
| 1. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona                                      | 1,2                          | 0,4               | 1,4         | 0,5               | 1,6                                  | 0,6               |
| 2. Valoración y diagnóstico de la situación de la familia                                      | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |
| 3. Valoración y diagnóstico de la situación de la comunidad                                    | 1,0                          | 0,4               | 1,2         | 0,5               | 1,4                                  | 0,5               |
| 4. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona, familia y comunidad                 | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |
| 5. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona, familia y comunidad (continuación)  | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |
| 6. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona, familia y comunidad (continuación)  | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |
| 7. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona, familia y comunidad (continuación)  | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |
| 8. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona, familia y comunidad (continuación)  | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |
| 9. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona, familia y comunidad (continuación)  | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |
| 10. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona, familia y comunidad (continuación) | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |
| 11. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona, familia y comunidad (continuación) | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |
| 12. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona, familia y comunidad (continuación) | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |
| 13. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona, familia y comunidad (continuación) | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |
| 14. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona, familia y comunidad (continuación) | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |
| 15. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona, familia y comunidad (continuación) | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |
| 16. Valoración y diagnóstico de la situación de la persona, familia y comunidad (continuación) | 1,1                          | 0,4               | 1,3         | 0,5               | 1,5                                  | 0,5               |

Nota: \* Funciones valoradas como prioritarias en los cuestionarios de los participantes.

peñar como propias (Rol Percibido) en su ámbito de trabajo. Este listado fue obtenido en un estudio piloto previo.

En esta tabla resumen se cruzan las 16 funciones con los cuatro grupos que manifestaron sus opiniones (Gerencias con/sin psicólogos, psicólogos que trabajaban en residencias o en Centros día y Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD)); en la casilla de cruce reflejamos el orden definitivo de cada función en cada clasificación realizada por cada grupo particular.

Comentar finalmente cómo se realizó el ordenamiento final para cada grupo.

Cada clasificación de funciones se obtuvo teniendo en cuenta el valor de la mediana, y en caso de igual puntuación, se optó por dar prioridad a la función con menor desviación típica. El orden presentado en la tabla coincide con el presentado en los cuestionarios, habiéndose obtenido éste simplemente por azar.

**4 Orden de funciones según grado de importancia atribuido**

Resulta curioso analizar comparativamente los aspectos considerados como prioritarios en el trabajo del psicólogo por

cada grupo (Gerencias con y sin psicólogo, psicólogos en activo en residencias o en centros día/SAD). Estas diferencias se ven reflejadas en el siguiente cuadro resumen en el que se facilita la comparación en el ordenamiento de las seis primeras funciones (tabla 2):

En la tabla anterior se puede observar cómo entre Gerencias con/sin psicólogo existen prioridades diferentes. Una posible explicación a estas diferencias podría residir en el hecho de que el contacto directo de las gerencias con este profesional, hace que estas descubran a los psi-

cólogos como profesionales que pueden desempeñar eficazmente otras funciones de carácter más genérico, como la organización y coordinación del equipo interdisciplinar y/o la coordinación de la animación sociocultural por ejemplo, además de gestionar mejor su tiempo atendiendo a más residentes en las terapias en grupo. El concepto del psicólogo realizando como tarea principal terapia individual, cambia hacia una visión más amplia, aunque sin obviar su labor clínica. Destacar la importancia atribuida, tanto por gerencias con o sin psicólogo, al trabajo con familias, pudiendo esto ser explicado por la natu-

TABLA 2

| GERENCIAS   |   |
|---|---|
| GERENCIAS SIN PSICÓLOGO<br>NO INTERVENIENDO   | GERENCIAS CON PSICÓLOGO<br>NO INTERVENIENDO   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención individual</li> <li>2. Atención grupal</li> <li>3. Atención familiar</li> <li>4. Atención a la comunidad</li> <li>5. Atención a la gestión</li> <li>6. Atención a la coordinación</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención individual</li> <li>2. Atención grupal</li> <li>3. Atención familiar</li> <li>4. Atención a la comunidad</li> <li>5. Atención a la gestión</li> <li>6. Atención a la coordinación</li> </ol> |
| FUNCIÓN DE LAS GERENCIAS  |   |
| ROL RECONOCIDO  | ROL ATRIBUIDO   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención individual</li> <li>2. Atención grupal</li> <li>3. Atención familiar</li> <li>4. Atención a la comunidad</li> <li>5. Atención a la gestión</li> <li>6. Atención a la coordinación</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención individual</li> <li>2. Atención grupal</li> <li>3. Atención familiar</li> <li>4. Atención a la comunidad</li> <li>5. Atención a la gestión</li> <li>6. Atención a la coordinación</li> </ol> |
| FUNCIÓN DE LAS GERENCIAS  |   |
| ROL RECONOCIDO  | ROL ATRIBUIDO   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención individual</li> <li>2. Atención grupal</li> <li>3. Atención familiar</li> <li>4. Atención a la comunidad</li> <li>5. Atención a la gestión</li> <li>6. Atención a la coordinación</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención individual</li> <li>2. Atención grupal</li> <li>3. Atención familiar</li> <li>4. Atención a la comunidad</li> <li>5. Atención a la gestión</li> <li>6. Atención a la coordinación</li> </ol> |



raleza de una intervención que exige atender al binomio familia-mayor, especialmente cuidado en este tipo de centros.

Son también destacables las diferencias existentes entre los mismos psicólogos dependiendo de su ámbito laboral. En Residencias son prioritarias las funciones que tiene que ver con la intervención clínica (evaluación, terapias, informes...), mientras que en ámbito de la Ayuda Domiciliaria/Centros Día ocupan los primeros lugares funciones con carácter más comunitario (Asesoramiento a la dirección y órganos de representación de los mayores, asesoramiento y apoyo al personal de atención directa, prevención primaria, secundaria y terciaria). El rol del psicólogo de residencias bosquejado en este estudio, es más fiable que el de SAD/Centros Día ya que fueron mayoría los psicólogos que trabajaban en dichos centros. Es de destacar en estos dos últimos tipos de centros, las diferencias entre el Rol Percibido y Ejecutado por los psicólogos. La explicación puede estar en el tipo de demandas de las gerencias, que son quienes contratan, y en el tipo de jornada: en unos casos jornada completa y en otros a tiempo parcial.

##### 5. Comparaciones en el orden final de las funciones

Se realizarán ahora las siguientes comparaciones entre los diferentes ordenamientos, con el fin de destacar algunas otras conclusiones que podrían ser de interés.

- Comparación entre el ordenamiento de funciones del *Rol Percibido realizado por las Gerencias de Residencias con y sin psicólogo*.
- Comparación entre el ordenamiento de funciones del *Rol Percibido realizado por las Gerencias de Residencias con Psicólogo y la realizada por*

*propios Psicólogos que trabajan en residencias*.

- Comparación entre el ordenamiento de funciones del *Rol Percibido realizado por las Gerencias de Residencias sin Psicólogo y la realizada por los propios Psicólogos que trabajan en residencias*.
- Comparación entre el ordenamiento de funciones del *Rol Percibido y del Rol Ejecutado realizada por los propios Psicólogos que trabajan en residencias*.
- Comparación entre el ordenamiento de funciones del *Rol Percibido realizado por Psicólogos que trabajan en residencias y el realizado por los Psicólogos que trabajan en Servicios de Ayuda a Domicilio y/o Centros Día*.

Para cada pareja comparada enunciada anteriormente, se ha hallado el valor absoluto de las diferencias entre el orden asignado a cada una de las 16 funciones a desempeñar por un psicólogo. Por este procedimiento se han valorado:

- **Las máximas diferencias en la clasificación de funciones:** Funciones que más han alterado su orden.
- **Las máximas coincidencias en la clasificación de funciones:** Funciones que no han alterado su orden o lo han hecho muy poco.

El resultado de las cinco comparaciones anteriores queda resumido en la tabla 3. La información recogida dentro de las celdillas corresponde a:

1. *Los puntos de diferencia en valor absoluto, en el ordenamiento de esa función en concreto realizada por los grupos comparados en ese caso ("x" Ptos de diferencia en el ordenamiento de esa función en concreto).*
2. *Entre paréntesis y separados por coma, el orden que ocupa esa fun-*



como función propia la organización y coordinación del equipo interdisciplinar.

3) Trata con su trabajo de hacer ver a las gerencias la importancia de la evaluación integral de la persona mayor y la planificación de programas de intervención psicosocial.

4) Deja relegadas en sus prioridades las funciones relacionadas con los Recursos Humanos, quizás al sentirse más vinculado a la intervención directa con el mayor, en esto coincide con la posición de las gerencias y de sus colegas del SAD/Centros Día.

5) Coincide con sus colegas del SAD/Centros Día, en relegar a los últimos puestos de sus prioridades laborales la investigación y la difusión de su trabajo en la sociedad.

**6. El psicólogo en residencias**

El psicólogo ha ido incorporándose a las plantillas como parte de los equipos

interdisciplinares. El orden definitivo de las funciones a desempeñar, en cuanto al Rol Percibido como "Psicólogo en Residencias", se refleja en la tabla 4.

Es durante el curso mismo de la relación laboral entre las gerencias y los psicólogos, donde se van definiendo claramente las funciones o rol del psicólogo que interviene en residencias. En preguntas abiertas añadidas al cuestionario, los psicólogos aportaron los siguientes datos: Todos ellos admitieron un desconocimiento propio y del resto de sus colegas, acerca del "Rol del Psicólogo en Residencias", lo cual pensaban que añadía dificultades al desempeño de sus funciones. Entre estas dificultades destacaron:

- Intrusismo Profesional.
- Falta de recursos materiales específicos.
- Resistencias a la función del Psicólogo como coordinador del equipo interdisciplinar.

**TABLA 4**

- Resistencias al reciclaje del personal.

Ante las preguntas relacionadas con el intrusismo profesional, obtuvimos los siguientes resultados, reflejados en los gráficos 6 y 7.

La dedicación laboral de los psicólogos variaba desde la dedicación a jornada completa, hasta la modalidad de dos horas a la semana. Esto explica buena parte de las diferencias encontradas entre el Rol Percibido y el Rol Ejecutado del psicólogo en Centros de Mayores, diferencia mediatizada también por las demandas concretas realizadas desde las Gerencias que son quienes deciden la contratación.

**El Rol Ejecutado** por el psicólogo en Residencias, responde al tipo de necesidades más urgentes de la atención directa, anteponiéndose las intervenciones en grupo y el trabajo con familias a las evaluaciones y a la misma planificación de la intervención. Sin embargo, el **Rol Percibido** se muestra más organizado y coherente, dando prioridad a las actividades de evaluación y planificación para después intervenir grupal o individualmente en el marco del equipo interdisciplinar.

No se nos escapa que estas diferencias existentes entre el Rol Percibido y el Rol Ejecutado, son una fuente de conflicto que puede llevar a la insatisfacción laboral. Esta situación en la mayoría de los

casos se ve compensada, tanto por la satisfacción que supone el reto profesional y la conciencia de abrir campo, como por el reconocimiento de las gerencias a su labor, la cual lógicamente está directamente modulada por el número de horas de la jornada laboral.

## 7. El punto de vista de las gerencias

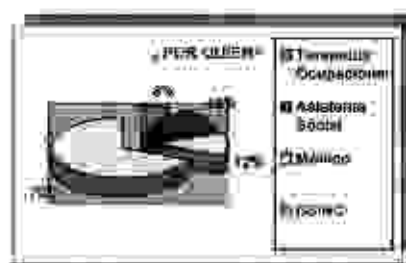
El punto de vista de las Gerencias es primordial, ya que son ellas y desde la iniciativa privada, las pioneras en la contratación de Psicólogos. Como ya se ha comentado, existen claras diferencias en el ordenamiento de funciones entre las gerencias CON /SIN Psicólogo.

**Las gerencias sin psicólogo** perciben la intervención de este profesional con un carácter más clínico e individual, seguido por el apoyo a las familias y al personal de atención directa. **Las gerencias con psicólogo** lo percibe como un profesional polifacético, capaz de asumir otras funciones (ej. programación de la animación sociocultural, la coordinación del equipo interdisciplinar), prevaleciendo los tratamientos grupales a los individuales. **Ambos tipos de gerencias coinciden** en dar igual valor al trabajo con familias, pudiendo esto ser explicado por la importancia que tiene el binomio Familia-Mayor, especialmente cuidado en los centros privados.

GRÁFICO 6



GRÁFICO 7



Los puntos de vista en los que difieren las gerencias (con/sin psicólogo), podrían ser explicados por la existencia o no de un contacto directo con el trabajo de este profesional especializado en mayores. Aquellas que apuestan laboralmente por este profesional (la iniciativa privada), comprueban cómo su intervención contribuye al aumento de la calidad de la atención, sobre todo en el campo de las demencias, además de cubrir otras necesidades de intervención, organización y formación. Es por ello que la presencia del psicólogo se percibe como rentable, siendo cada vez más numerosas las demandas de las gerencias en cuanto a las funciones a desarrollar y al tiempo de dedicación laboral. Es con la eficacia demostrada de su propio trabajo como el psicólogo se está abriendo las puertas laborales en este campo.

### 8. Dinámica de definición de rol

Teniendo en cuenta los resultados del presente estudio, hemos postulado un modelo explicativo de definición de rol del psicólogo en centros residenciales (principalmente privados).

La definición de rol va configurándose mediante un proceso dinámico en el que participan de forma activa, tanto las gerencias como los psicólogos. Es en la toma de contacto y el establecimiento de una interrelación entre las dos partes, donde se van definiendo las funciones desempeñadas por el psicólogo o *Rol Ejecutado*. A medida que con su trabajo demuestra eficacia y rentabilidad como profesional, se va modificando la percepción de rol que tienen las gerencias. La tendencia es a irse acercando paulatinamente el Rol Ejecutado demandado por las gerencias al Rol Percibido por los psicólogos, hasta que en un momento ideal lleguen a coincidir.

La existencia de una definición con-

sensuada de rol es imprescindible para ir abriendo brecha profesional en el campo de los mayores, a la vez que se combate el intrusismo profesional existente. Se debe ir más allá de los enfrentamientos y reivindicaciones "per se", haciéndose necesaria la presencia del psicólogo por la contribución que desde su disciplina realiza a la calidad de atención a los mayores y a la calidad de la intervención del equipo interdisciplinar como tal.

En el gráfico 8 se refleja el proceso de definición de rol.

### 9. Conclusiones generales

1. La gran mayoría de los psicólogos que trabajan en la intervención con personas mayores, lo hacen en centros residenciales de carácter privado.

2. La incorporación a este campo de la actividad profesional es relativamente reciente, con una tendencia creciente a seguir produciéndose.

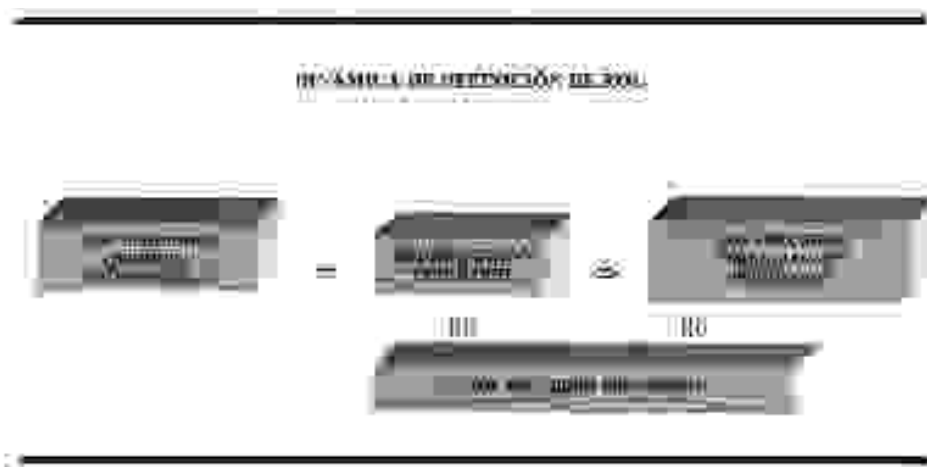
3. El psicólogo se encuentra formando parte de los equipos interdisciplinarios.

4. Es la iniciativa privada la que está descubriendo y valorando al psicólogo como un profesional polivalente, de perfil social y clínico, cuya intervención incide notablemente y de forma directa en la calidad de la atención que se ofrece en el centro y por esta razón, se valora rentable su contratación.

5. La modalidad predominante de contratación del psicólogo en residencias es la de profesional independiente a tiempo parcial.

6. Se constata una falta de consenso entre los propios profesionales respecto al "Rol del Psicólogo de Residencias", así como un desconocimiento general del mismo, lo que conlleva, además de dificultad para ser contratado, otras dificultades añadidas al desempeño de sus fun-

## GRÁFICO 8



ciones en este medio (ej. intrusismo profesional).

7. Son evidentes las diferencias en cuanto a la definición de rol del psicólogo entre aquellas gerencias que cuentan con psicólogo y las que no.

8. La consolidación del rol se va produciendo a medida que la relación laboral entre gerencia y psicólogo se inicia y evoluciona hacia la estabilidad.

9. Las diferencias entre el Rol Percibido y el Ejecutado del psicólogo en residencias, están directamente determinadas por el tipo de demandas que las gerencias le plantean como prioritarias y el número de horas de dedicación semanal.

### 10. Consideraciones finales

De todo lo hasta aquí expuesto cabría concluir con las siguientes propuestas para la reflexión:

- Sería interesante contrastar este estudio con otro más reciente en el que la muestra fuese más amplia y que abarcase a aquellos otros profesionales de la psicología que se han ido incorporando al

ámbito residencial, tanto en la Comunidad de Madrid cómo en otras Comunidades Autónomas.

- Así mismo, se debería ampliar el estudio sobre rol a otros ámbitos de la intervención con personas mayores no recogidos suficientemente en este estudio debido a la escasa significación de su presencia cuando se inició el mismo (centros de día, de enfermos de Alzheimer, asociaciones de familiares, grupos de ayuda mutua, etc.), tanto en la Comunidad de Madrid como en otras Comunidades Autónomas.

- Mientras el propio psicólogo no consensue una buena definición conceptual y operativa de su rol en la intervención con las personas mayores, no será posible que, tanto la administración pública como la privada, dispongan de una información real que les sirva de base para poder contemplar su integración de forma estable en el diseño de políticas y planes de intervención en el colectivo de mayores.

- La constante incorporación de este profesional viene motivada principalmente por la constatación, allí donde ya está

trabajando, de un aumento de la calidad de la atención prestada al mayor. Tanto en el sector público, pero sobre todo en el privado, está suficientemente demostrada la optimización de su intervención con respecto a la relación coste-beneficio de su actividad profesional.

- La intervención con mayores, sea cual fuere el nivel de la misma, se perfila como un área importante para la psicología considerando las características que el fenómeno del envejecimiento presenta, así como por la demanda especializada de un colectivo tan heterogéneo como el de los mayores. Un aspecto importante a tener en cuenta es el carácter interdisciplinar del campo de actuación por parte del psicólogo de

mayores, lo que hace que tenga que colaborar con profesionales de otras disciplinas con una asiduidad muy superior a lo que es habitual en otras áreas de la intervención. Esta característica es compartida en general por los psicólogos de los servicios sociales.

- Se debe potenciar la investigación aplicada por los psicólogos de mayores así como la difusión social de esta.

- En definitiva, el planteamiento que se hace desde este trabajo es el papel relevante que puede hacer, y de hecho ya está desarrollando, el psicólogo especializado en personas mayores; un "rol de calidad", sea cual fuere el lugar y nivel de intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

- Argyle, M., Furnhan N. y Graham, J. A (1981). *Social Situations*. Cambridge: Univ. Press(Ed).
- Biddle, B. J. (1979). *Rol theory: Expectations, Identities and behaviors*. London: Academic Press (Ed).
- Borgos, A. (1989). *Rol del psicólogo ante el envejecimiento de hoy*. *Actas XXII Congreso Interamericano de Psicología*. (54).
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid, (1998). *Plan de Mayores*. Madrid.
- Chacón, F. (1987). «El papel del psicólogo en los Equipos de Intervención social». *Papeles del Colegio* (nº 31), 47-49.
- Ferullo, A. G. (1995). «Psicología comunitaria e identidad profesional del psicólogo». *Actas XXV Congreso Interamericano de Psicología*, (205-206).
- Garau, J. (1995). «El rol del psicólogo de la Intervención social». *Papeles del Psicólogo Epoca III*, ( nº 63), 37-49.
- Grupo de trabajo de Atención sanitaria en las residencias y centros geriátricos de la S.E.G.G. (1997). «Rol del médico en las Residencias de Ancianos y próximo futuro de ellas». *Rev. Española de Geriatria y Gerontología*. 32. (4), 238-241.
- INSALUD (1999). *Programa de atención a las personas mayores*. Madrid.
- Martín, E. y Olite, M. J. (1988). «El psicólogo en el INSERSO, actividades y funciones». *Actas Primeras Jornadas de Psicología en Navarra*, (26-30).
- Navarro, R. (1986). «El desempeño del rol del psicólogo en los Equipos Base de Servicios Sociales». *Información psicológica*, (26), 45-49.
- Navarro, R., Peiró, J. M. y Luque, O. (1989). «El rol del Psicólogo en los Equipos de Atención Primaria de Servicios Sociales: las actividades que lo conforman». *Papeles del Psicólogo, Epoca II*, (41,42), 47-59.
- Pérez, R., Crespo, T. y Dato, C. (1992). «Actuación psicológica en Tercera Edad.» *Revista de Intervención Psicosocial Vol. I*,(3), 91-98.
- Qintanilla, I., Díaz, R. (1992). «El psicólogo de los Servicios Sociales. Práctica y perfil socioprofesional». *Revista de Intervención Psicosocial, Vol. I*, (1), 41-50.
- Rueda, J. M. (1984 a). «La formación del psicólogo de la Intervención social». *Papeles del Colegio, Epoca III*, (16,17), 57-60.
- Rueda, J. M. (1988 b). «El psicólogo y la Intervención comunitaria. Problemas a debate». *Apuntes de Psicología* (24), 13-17.
- Rueda, J.M.(1991). «Descripciones para un rol.» *Papeles del Psicólogo, Epoca II*, (50), 53-59.