



Col·legi Oficial de  
Psicòlegs de Catalunya

# El papel del psicólogo en los centros residenciales geriátricos

Revisión de la situación actual y propuesta  
de funciones para un desarrollo óptimo de la actividad



**Sergi Arenas i Guarch**  
**Esther Pratginestós Gonzalo**

**Grupo de Trabajo en Gerontología**





## EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN CENTROS RESIDENCIALES GERIÁTRICOS

Revisión de la situación actual y propuesta  
de funciones para un desarrollo óptimo de la actividad<sup>1</sup>

**Sergi Arenas i Guarch**  
**Esther Pratginestós Gonzalo**

1

<sup>1</sup> Este documento es realizó como trabajo final del máster universitario en gerontología social aplicada de la Universitat de Barcelona - Fundació Bosch i Gimpera.



## **PRÓLOGO**

---

Es una satisfacción comprobar que el esfuerzo en el ejercicio profesional de algunas personas, a lo largo de los últimos veinticinco años, impregna el deseo de saber, la motivación por el estudio y el interés para comunicar a otras personas, mucho más jóvenes, formadas en nuestras universidades, colegiadas ya en nuestro colegio profesional, que buscan en estos momentos, a través de los masters y de la práctica, hacerse un lugar en este panorama, a menudo poco llano, de la labor del psicólogo.

El trabajo que tengo el placer de prologar es el resultado de esta interesante combinación: dos autores (materiales) y un grupo de trabajo que respira de nuevo en la arquitectura del colegio, el GT de Gerontología, nos presentan un estudio panorámico de un sector emergente pero todavía poco valorado: el psicólogo en los centros residenciales geriátricos.

En el ámbito del envejecimiento y, de manera especial, en el sector de la dependencia el rol del psicólogo está en una clara expansión, ya sea en contextos institucionales o en el soporte a las familias y a las propias personas afectadas por múltiples carencias. Pero es cierto también que, más allá del tronco común que nos habilita para el ejercicio profesional en general, ante la complejidad de las exigencias del mundo actual, nuestra profesión ha de seguir con firmeza un itinerario ya perfilado, que resulta imprescindible. Ésta es la única manera posible de acreditar que nuestra presencia y nuestra labor mejora la salud de las personas, de los equipos y de las instituciones con que trabajamos, si lo hacemos de manera rigurosa y suficientemente transparente.

Es de destacar la valentía de un documento que revisa de manera descriptiva la situación de este perfil en el mercado laboral, que incorpora la legislación y el parecer de los que han de decidir la contratación de los servicios profesionales, al mismo tiempo que presenta la actual oferta formativa y formula algunas conclusiones y propuestas de mejora.

Confío en que esta publicación favorecerá y enriquecerá el debate dentro de nuestro colectivo, en el seno de nuestra institución colegial, en Catalunya y en el resto del Estado, donde también la preocupación por el reconocimiento de la labor del psicólogo en la etapa de la vejez es un reto vigente.

**Josep Vilajoana**  
Vicedecano del COPC

### **Sergi Arenas i Guarch**

Licenciado en Psicología, Máster en Gerontología Social Aplicada, coordinador técnico del programa «La Universitat a l'Abast» de la Universitat Autònoma de Barcelona, miembro del equipo docente de la Fundació Privada Amics de la Gent Gran, con experiencia en la intervención en residencias asistidas y formación de equipos

### **Esther Pratginestós Gonzalo**

Licenciada en Psicología, Postgrado en Neuropsicología, Máster en Gerontología Social Aplicada, con experiencia en la intervención en residencias asistidas y en formación de equipos. Miembro del equipo docente de la UNED.

**Miembros del Grupo de Trabajo en Gerontología del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya**

## **PRESENTACIÓN**

---

Con este documento pretendemos hacer una revisión de la situación del psicólogo<sup>1</sup> en el ámbito residencial geriátrico en el marco de la Comunidad Autónoma de Catalunya. Esta revisión nos permitirá presentar una propuesta de despliegue de las funciones que nos son propias.

Nuestra principal motivación se basa en que los dos autores somos psicólogos vinculados al ámbito residencial dirigido a la tercera edad, lo que evidencia el interés de ambos por el proceso de cambio que percibimos a partir de la implantación del actual modelo asistencial propuesto por el Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya (17, 18, 20).

Para hacer esta revisión del sector nos aproximaremos a algunos de los principales agentes implicados, como administración, ámbito universitario, directores y gestores de centros, y colegios profesionales, además de consultar a diferentes expertos en el sector y la bibliografía existente. Con ello pretendemos ofrecer una visión del objeto de estudio desde diferentes prismas.

A partir de los resultados obtenidos, presentaremos una propuesta de las funciones que corresponden al psicólogo en el ámbito residencial, con el fin de ofrecer guías que permitan un desarrollo óptimo de la actividad profesional.

<sup>1</sup> Por razones de hábitos aprendidos y costumbres sexistas en el aprendizaje y uso del idioma, utilizaremos el género masculino para referirnos a grupos o figuras genéricas tales como «psicólogo», «usuario», «director» u otros. Hemos tomado la opción de denominar un único género con el fin de no elaborar construcciones excesivamente cargadas, siendo este género el masculino por cuestión de hábitos





## **AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS**

---

Dados los objetivos que pretendíamos con este documento, ir allá donde se mostrara más o menos oculta, más o menos organizada, la situación del psicólogo en el ámbito residencial, queremos expresar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que nos han hecho más fácil el camino realizado. El orden en que aparecen se basa únicamente en el alfabeto:

**Miguel Ángel Calvo:** Director técnico de la *Asociación Benéfica Residencia Colonias Extranjeras de Barcelona*, Castelldefels

**Elena Fernández:** Psicóloga y directora de la asociación *Alzheimer Catalunya*

**María Ángeles del Hoyo:** Psicóloga experta en la intervención residencial geriátrica, copartícipe de este documento en su fase embrionaria. Su aportación fue definitiva para el diseño e inicio de elaboración de este trabajo

**Esperança Lupón:** Directora de *El Racó, Residència per a Gent Gran*, Sant Fost de Campcentelles

**Maria Àngels Morera:** Administradora de la *Residència Creu Alta*, Sabadell

**Mercè Pérez Salanova:** Responsable del área psicosocial y de participación de la *Fundació Institut Català de l'Envel·liment*

**Alicia Puig:** Directora de la *Residència, Centre de Día i Casal d'Avis Sant Cugat de Sanitas Residencial - ICASS*

**Ester Romero:** Coordinadora del Grupo de Trabajo en Gerontología del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya

**Susana Santillan:** Pedagoga. Coordinadora académica del Màster en Gerontologia Social Aplicada de la Universidad de Barcelona – *Fundació Bosch i Gimpera*.

**Josep Vila:** Psicólogo, responsable de programas para personas mayores de IPSS – *Institut per a la Promoció Social i de la Salut*. Representante del *Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya* en el grupo de *Gent Gran del Consell Municipal de Benestar Social* de Barcelona.



## ÍNDICE

---

1. De qué estamos hablando? El psicólogo en los centros residenciales geriátricos .....	13
2. El contexto sociodemográfico .....	16
3. ¿Qué hemos encontrado? La situación del psicólogo en el ámbito residencial geriátrico ...	23
4. Propuesta de funciones del psicólogo en el ámbito residencial geriátrico .....	36
5. Conclusiones .....	43
6. Recomendaciones / sugerencias .....	48
7. Consideraciones finales .....	54
8. Bibliografía .....	55



## **1. ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO? EL PSICÓLOGO EN LOS CENTROS RESIDENCIALES GERIÁTRICOS**

---

No pretendemos basar este trabajo en una defensa de la importancia del psicólogo en los centros residenciales geriátricos. Partimos de la base de que este profesional aporta una mayor calidad en el equipo asistencial. En vez de dedicarnos a exponer las virtudes de su práctica, hemos creído de mayor riqueza revisar cuál es su situación actual, lo que nos dará pie a la elaboración de un despliegue de funciones como propuesta para la mejora del desarrollo de su actividad.

### **¿Qué pretendemos con este documento?**

La razón que nos ha movido a realizar este documento ha sido el constatar que estamos en un momento de cambio, en el que percibimos un gran aumento de oferta formativa, de publicaciones y de demanda laboral, no siempre acompañada de un conocimiento suficiente de nuestra actividad, y por tanto, de nuestra potencialidad. Si tenemos en cuenta que la presencia del psicólogo empieza a generalizarse, fruto de su normativización, como se describirá posteriormente, nos planteamos que puede haber riesgo de que se entienda esta incorporación más como obligación que como una oportunidad de mejora asistencial.

Esta percepción del interés creciente en el desarrollo de la actividad del psicólogo en el ámbito residencial, más nuestro conocimiento directo del sector, nos ha llevado a plantearnos tanto la necesidad de revisar la situación de nuestro colectivo como las posibles medidas de mejora de nuestra práctica laboral, ya sea para psicólogos como para el resto de profesionales implicados en la atención asistencial dirigida a la tercera edad.

Los objetivos que nos propusimos fueron los siguientes:

- Revisar la realidad del sector mediante la aproximación a los principales agentes implicados (ámbito universitario, directores y gestores, colegios profesionales, etc.) y la revisión de la bibliografía existente.
- Elaborar una propuesta sobre de las funciones del psicólogo en el ámbito residencial.

## ¿Cómo lo hemos elaborado?

Como describíamos anteriormente, hemos querido centrarnos en los diferentes aspectos que consideramos abarcan a los principales agentes implicados a fin de obtener datos que describan la realidad del sector y que nos permitan conocer de cerca la percepción que se tiene de la actividad del psicólogo en el ámbito residencial. Nos centramos pues en los siguientes ámbitos:

### 1. Apoyo desde la administración:

Revisión de la normativa vigente en el ámbito catalán relativa a las condiciones funcionales en los centros residenciales geriátricos.

### 2. Situación laboral del colectivo

Estudios previos sobre implantación, percepción de los agentes implicados, convenio de referencia, etc.

### 3. Oferta formativa

Revisión de la oferta formativa de ámbito universitario, oferta privada, etc.

Asimismo, se han realizado entrevistas consultivas con profesionales referentes de los diferentes colectivos implicados: ámbito universitario, directores y gestores, colegios profesionales, etc. Son las siguientes:

#### Instituciones universitarias:

Mercè Pérez Salanova: Responsable del Área Psicosocial y de Participación de la *Fundació Institut Català de l'Enveliment*, vinculado a la Universitat Autònoma de Barcelona. Profesora de la asignatura *Psicologia de la vellesa* correspondiente a la titulación de Psicología en dicha universidad.

#### Entidades:

Elena Fernández: Directora de la Asociación Alzheimer Catalunya y miembro del Grupo de Psicólogos de dicha Asociación.

Josep Vila: Responsable de proyectos para personas mayores del *Institut de Promoció Social i de la Salut*. Representante del *Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya* en el grupo de *Gent Grant del Consell Municipal de Benestar Social de l'Ajuntament de Barcelona*.

### **Colegios profesionales:**

Grupo de Gerontología del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya.

### **Patronal i Sector Empresarial**

Esperança Lupon: Directora de *El Racó, Residència per a Gent Gran*, de Sant Fost de Campsentelles.

Alícia Puig: Directora de la *Residència Centre de Dia y Casal d'Avis Sant Cugat*, de Sanitas Residencial - ICASS

Maria Àngels Morera: Directora de la *Residència Creu Alta* de Sabadell.

Miguel Àngel Calvo: Director de la Asociación Benéfica Residencia Colonias Extranjeras de Barcelona, de Castelldefels.

Por otro lado, siguiendo la idea de aproximarnos al colectivo implicado, hemos consultado los diversos foros que aparecen en el portal de internet INFORESIDENCIAS.COM, uno de los portales de referencia en el sector residencial geriátrico. En estos foros participan tanto trabajadores del sector como directores y gestores de centros.



## 2. CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

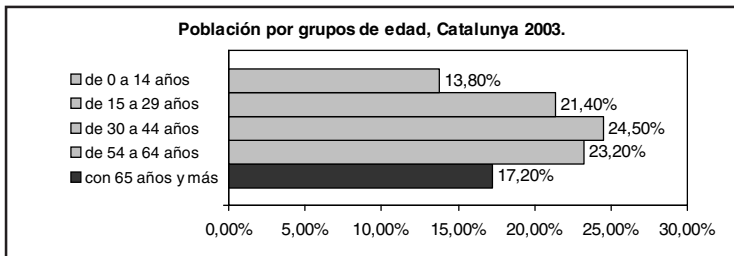
Centraremos el marco geográfico de nuestro trabajo en la Comunidad Autónoma de Catalunya.

Para la descripción de este territorio, hemos considerado oportuna la selección de algunos datos demográficos básicos, como poblaciones totales y relativas por grupos de edad, esperanza de población relativa, tasas de crecimiento, etc., así como algunos datos relativos al sector residencial geriátrico, por ejemplo número de centros, plazas, titularidad, índices de cobertura, etc.

Nos ha parecido conveniente destacar en este punto el hecho de que las competencias en materia de asuntos sociales son propias de la Comunidad Autónoma, como se comenta al final de este apartado.

### DATOS DEMOGRÁFICOS BÁSICOS

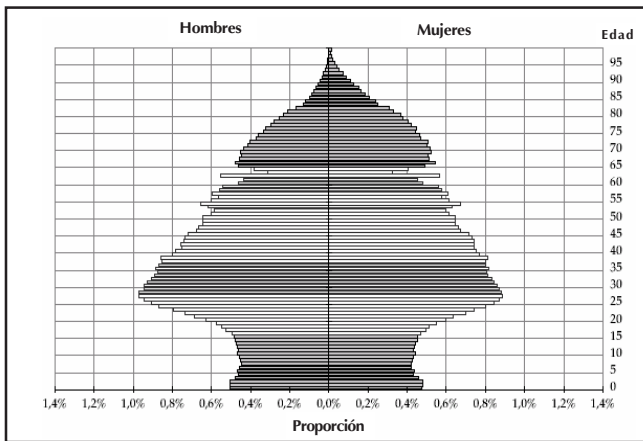
Las personas mayores se han convertido en un grupo muy numeroso en relación al resto de población catalana. La población registrada en Catalunya en enero de 2004, contabilizada a partir de datos del padrón, es de 6.813.319 personas (web Institut CATALA d'Estadística –IDESCAT-, [www.idescat.net](http://www.idescat.net)). El último censo de personas de 65 y más años, de enero de 2003, refleja una población de 1.149.771, lo que representa un 17,2% del total, según datos publicados por IDESCAT (29).



Fuente: Padrón 2003 publicado en [www.ine.es](http://www.ine.es), extraído de (21)

Actualmente nos encontramos con una población que envejece, tal como podemos apreciar en la pirámide de población de Catalunya en 2003. La base de ésta es considerablemente inferior a la población en edad adulta, llegando a su máximo en la población de entre 20 y 30 años, para descender de manera progresiva.

Según el *Anuari de l'Envel·liment. Catalunya 2004*, elaborado por la Fundació Institut CATALA de l'Envel·liment (21), si tenemos en cuenta la tasa de crecimiento acumulado de la población de 65 años y más y la comparamos con la tasa de crecimiento acumulado de la población de entre 0 y 64 años, nos haremos una idea del envejecimiento demográfico que se ha producido en Catalunya en los últimos años. Mientras la tasa de crecimiento acumulado de la primera es de un 28%, la segunda, proporcionalmente mayor en cuanto a número de edades que abarca, se queda en un escaso 0,8%.



Fuente: Web del Centre d'Estudis Demogràfics – UAB. [www.ced.uab.es](http://www.ced.uab.es)

Por otro lado, el incremento progresivo de la esperanza de vida genera un volumen de población creciente por encima de los 65 años. La esperanza de vida una vez llegados los 70 años es de 13,1 años para los hombres, y de 16,2 años para las mujeres, mientras que para las personas que llegan a los 80 años es de 7,4 años para los hombres y 8,9 años para las mujeres (29).

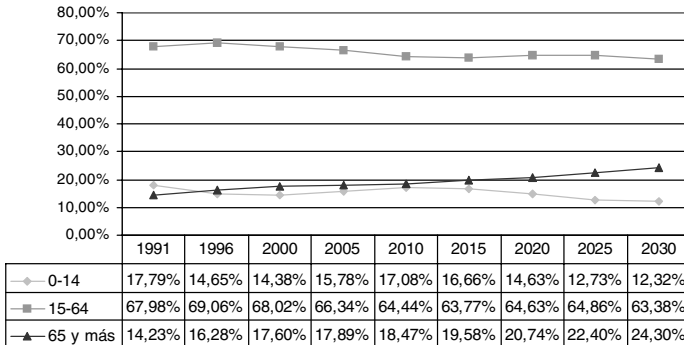
### Esperanza de vida de la población catalana de 70 y 80 años.

	Hombres	Mujeres
70 años	13,1 años	16,2 años
80 años	7,4 años	8,9 años

Elaboración propia a partir de datos extraídos de (29)

El gràfic següent exposa l'estructura de població dividida en grans grups (0-14/15-64/ de 65 anys en amunt). Veiem que els grups de 0 a 14 anys i de 15 a 64 anys presenten una evolució entre l'estancament i la minva de població en contraposició amb l'evolució del grup de 65 anys en amunt, que creix clarament.

**Estructura de la població por grandes grupos de edades  
Catalunya 1991-2030**



Gràfic i taula elaborats pels autors a partir dels censos i padrons de població i les projeccions de població de l'IDESCAT, extrets de la pàgina web del Centre d'Estudis Demogràfics de la UAB ([www.ced.uab.es](http://www.ced.uab.es)).

L'evolució de la població, doncs, mostra un procés en què aquesta envellaix, cosa que encara es reflecteix d'una manera més clara en el gràfic següent, en el qual a partir de les dades de la taula anterior s'ha elaborat l'índex de vellesa de cada any, calculat d'acord amb la relació següent: el nombre de persones de 65 anys en amunt per cada 100 persones de menys de 15.

**Indice de Vejez  
Catalunya 1991-2030**

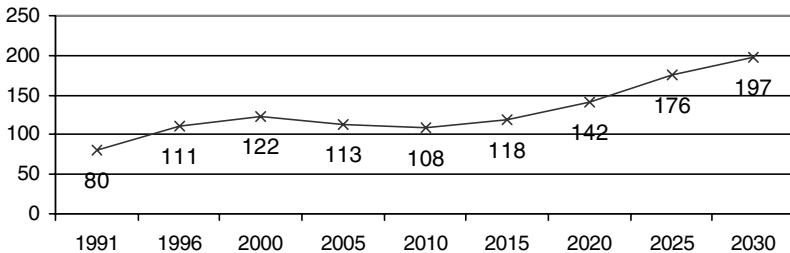
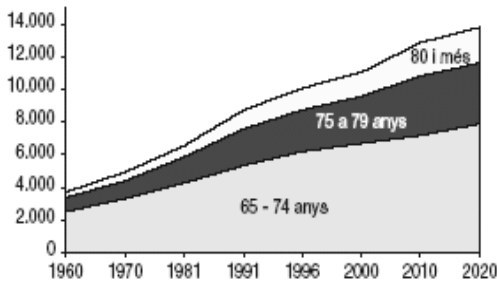


Gráfico y tabla de elaboración propia a partir de Censos y Padrones de población y Proyecciones de población del Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), extraídos de la página web del Centre d'Estudis Demogràfics de la UAB: [www.ced.uab.es](http://www.ced.uab.es).

En Catalunya, en el año 2000, las personas mayores de 64 años eran alrededor del millón, y las mayores de 74 años, sobre las 500.000 (29). La población de Catalunya mayor de 64 en 2015 se estima entre 1,280 y 1,406 millones. En 2030, este rango se sitúa entre los 1,565 y los 1,914 millones (Extraído de *dades demogràfiques i de qualitat de vida*, página web de l'Institut CATALA d'Estadística -IDESCAT). El siguiente gráfico acaba de dar cuenta de este envejecimiento demográfico que está experimentando la población catalana.

### Evolución de las personas mayores por grupos de edad. Catalunya. 1960-2020.



Fuente:  
Llibre blanc de la gent gran amb dependència. Generalitat de Catalunya (2002) (14).

### DATOS RELATIVOS AL SECTOR RESIDENCIAL GERIÁTRICO

A continuación mostramos una tabla con información referente a la Comunidad Autónoma de Catalunya extraída del estudio de indicadores sobre servicios sociales del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) realizado en enero de 2002 (22).

En dicho estudio se aprecia un perfil femenino de persona residente en centros geriátricos de alrededor de los 82 años de media.

<b>Usuarios</b>	
Número de usuarios	<b>21.664</b>
Índice de cobertura ( $[\text{Usuarios} / \text{población} > 65] * 100$ )	1,88
Número de usuarios >80 anys	19.931 (92%)
Edad media del usuario	82
Número de mujeres	16.248 (75%)

## Usuarios en centros residenciales públicos. Catalunya, enero 2002

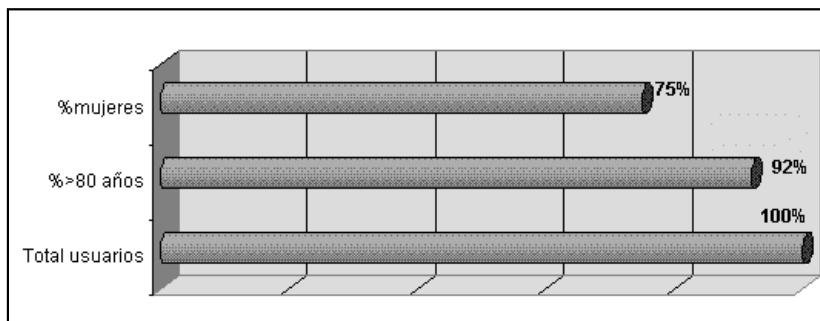


Gráfico extraído de Sancho, M.T. (coord.), 2002. (22)

Según este estudio, hay un relativo equilibrio entre los centros con algún grado de cobertura pública (propios de la comunidad autónoma, entidades locales, o en concierto con la administración) y los centros exclusivamente privados (616 frente a 590).

<b>NÚMERO TOTAL DE CENTROS</b>	
Propios (Comunidad Autónoma+Entidades Locales)	151
Concertados	465
Públicos (propios + concertados) (1)	616
Privados (2) (privados no concertados)	590
<b>NÚMERO TOTAL DE CENTROS (1+2)</b>	<b>1.206</b>

Tabla de elaboración propia a partir datos extraídos de Sancho, M.T. (coord.), 2002. (22)

Este equilibrio empieza a desaparecer cuando se pone atención a la titularidad de las plazas ofertadas. Mientras que las plazas privadas no concertadas abarcan un 60,51% del total, las plazas denominadas *públicas* (propias + concertadas) se limitan a un 39,49%, lo que nos describe un sector en el que la oferta privada está fuertemente asentada.

<b>NÚMERO TOTAL DE PLAZAS</b>	
Propias (Comunidades Autónomas + Entidades Locales)	6.710 (14,35%)
Concertadas	11.753 (25,14%)
Públicas (propias+concertadas) (3)	18.463 (39,49%)
Privadas (4) (Privadas no concertadas)	28.292 (60,51%)
<b>NÚMERO TOTAL DE PLAZAS (3 + 4)</b>	<b>46.755</b>

Tabla de elaboración propia a partir datos extraídos de Sancho, M.T. (coord.), 2002. (22)

### Distribución de centros y plazas según titularidad. Catalunya, enero 2002

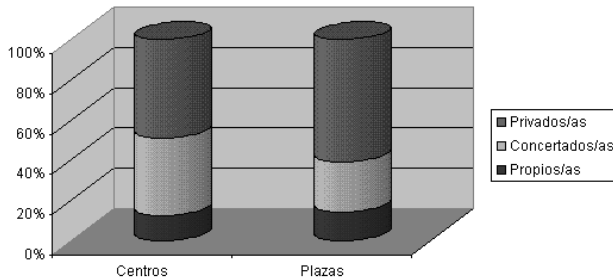


Gráfico extraído de Sancho, M.T. (coord.), 2002. (22)

Vemos también en el siguiente estudio que los centros descritos anteriormente están preparados para dar amplia cobertura a la población potencial a la que van dirigidos (4,07 -teniendo en cuenta el índice que resulta calculando el porcentaje de plazas por persona mayor de 65 años-), existiendo una mayor cobertura relativa de plazas privadas que de plazas públicas y concertadas (2,46 frente a 1,61).

<b>ÍNDICE DE COBERTURA</b> (Nº plazas/pop.>65)*100	
Públicas (propias + concertadas)	1,61
Privadas	2,46
<b>ÍNDICE DE COBERTURA (PLAZAS TOTALES)</b>	<b>4,07</b>

Tabla de elaboración propia a partir datos extraídos de Sancho, M.T. (coord.), 2002. (22)

## Índice de cobertura de plazas en centros residenciales. Catalunya, Enero 2002

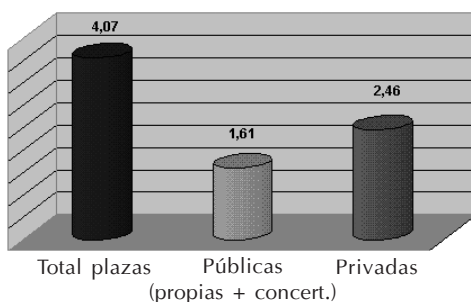


Gráfico extraído de Sancho, M.T. (coord.), 2002. (22)

### LEGISLACIÓN ESPECÍFICA

Se da el hecho de que las competencias en materia de bienestar social están transferidas a nuestra Comunidad Autónoma, siendo responsabilidad del Departament de Benestar i Família (anteriormente «Departament de Benestar Social») de la Generalitat de Catalunya.

Hemos querido citar en este apartado la normativa y modelos de referencia específicos en el ámbito residencial geriátrico, especialmente los que incluyen en sus apartados alusiones a los equipos profesionales y sus competencias. Más adelante haremos referencia a éstos a la hora de describir resultados, conclusiones y en la elaboración de propuestas:

- **Decreto 284/96**, de 23 de julio, de regulación del Sistema Català de Serveis Socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*.
- **Decreto 176/2000**, de 15 de mayo, de modificación del decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Català de Serveis Socials. Generalitat de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*.
- **Model d'atenció a les persones grans en residències assistides**, de junio de 2001. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya.
- **Model d'atenció a les persones grans en residències assistides. Relació d'activitats i programes assistencials i instruments de valoració**, de junio de 2001. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya
- **Orden BES/12/2002**, de 14 de Enero, Ordre de Convocatòria per a l'acreditació d'entitats col·laboradores del Programa de suport a l'acolliment residencial per a gent gran (...). *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*.

### **3. ¿QUÉ HEMOS ENCONTRADO? SITUACIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL GERIÁTRICO**

---

Con el fin de ofrecer una descripción amplia que abarque la situación del psicólogo en el ámbito residencial geriátrico desde diferentes perspectivas, hemos agrupado los resultados obtenidos por áreas, que hemos denominado:

#### **3.1. Apoyo desde la administración**

#### **3.2. Situación laboral del colectivo**

#### **3.3. Oferta formativa**

Junto a los resultados obtenidos en cada una de ellas, hemos querido incluir los obtenidos a través de las entrevistas realizadas a personas de referencia en el sector (citadas anteriormente), ya que éstas nos ayudan a enmarcar mejor la situación en cada una de las áreas descritas.

#### **3. 1. APOYO DESDE LA ADMINISTRACIÓN**

Hemos comprobado que, aun no siendo abundantes las referencias al psicólogo como profesional implicado en la atención a personas mayores en el ámbito residencial, existen ciertos documentos marco que avalan su presencia, así como normativas de reciente aparición.

En 1986 se crea en Catalunya el Programa *Vida als Anys*, que integra servicios sociales y sanitarios. En éste se contempla ya la presencia del psicólogo en los centros sociosanitarios con unidad de psicogeriatría. En 1988 se crea el Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya, que impulsa el Model Català d'Atenció als Usuaris.

Posteriormente, en el marco del *Pla Integral de la Gent Gran* (30), de 1993, aparece el interés por normalizar la actuación en residencias y centros sociosanitarios. A partir de aquí, se desarrollan diferentes normativas, como el decreto 284/96, de 23 de julio, de regulación del Sistema Català de Serveis Socials (7); y 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del decreto 284/1996 (8).

En éstos ya se exige *disponer de un programa anual de actividades con el objetivo de prevenir el deterioro y mantener aptitudes* que ha de contemplar *áreas funcional, cognitiva, motora, emocional, y de participación comunitaria*, o de la exigencia del *Plan Interdisciplinar de Atención Individualizada (PIAI)* sin establecer quien debe realizar las valoraciones pertinentes para adaptar los programas a las personas. Se



regula la protocolarización de los servicios (acogida y adaptación, entre otros). Se exige *disponer de personal técnico (...) suficiente*, sin nombrar en ningún caso al psicólogo.

Desde la administración también se realizan otras acciones, como la creación en 1996 del Consejo Asesor en Psicogeriatría, enmarcado en el Pla de Salut de Catalunya, impulsor de un modelo de atención que aboga por la consideración de los aspectos psicosociales de las personas mayores (10).

Actualmente, el marco de referencia para los centros que pretendan acogerse al concierto con la administración pública es el «Modelo de Atención a las Personas Mayores en Residencias Asistidas» (17, 18, 20), a implementar en el trienio 2001-2003<sup>1</sup>, desarrollado por el *Institut Català d'Assistència i Serveis Socials* (ICASS) siguiendo la línea de continuidad respecto a los propósitos recogidos en el Pla Integral de la Gent Gran (30) y en el Programa *Vida als Anys*.

Con este modelo se pretende «avanzar en la profesionalización del sector, en la calidad asistencial y en la calidad de vida de las personas que residen en los centros asistidos». Por primera vez se incluye al psicólogo en las residencias para personas mayores de la Generalitat y en las que ofrecen plazas concertadas con el Departament de Benestar Social, siendo de obligado cumplimiento.

En el citado modelo se describen valores, criterios conceptuales y elementos metodológicos básicos (trabajo interdisciplinar, atención individualizada, etc.), programas y servicios, así como profesionales responsables (entre ellos el de Psicología).

Según el modelo, son las siguientes (en función del momento del proceso):

1. En el momento de **acogida** o ingreso en la residencia se contempla la valoración psicológica del usuario, Integración al grupo y a la dinámica del centro, actividades de pre-ingreso, y elaboración del PIAI, en el que se tendrá en cuenta a la familia y al propio residente.

2. Durante la **estancia** o proyecto de vida en el centro, se prevé la atención a los problemas de salud (psíquica), la escucha activa y comunicación de soporte a los residentes, el soporte psicológico grupal (compartido con trabajador social), programas de soporte

3. En el momento de la **despedida** o final de la vida en el centro, se darán atenciones al residente en la fase final de la vida, y atención al duelo en el grupo de residentes, así como al equipo de profesionales.

<b>Acogida</b> <b>(ingreso en residencia)</b>	<b>Estancia</b> <b>(proyecto de vida en el centro)</b>	<b>Despedida</b> <b>(final de la vida en el centro)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración psicológica</li> <li>- Integración a la dinámica del centro</li> <li>- Actividades de pre- ingreso</li> <li>- Elaboración del PIAI</li> <li>- PIAI con familia y residente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención a los problemas de salud (psíquica)</li> <li>- Escucha activa/ comunicaciones</li> <li>- Soporte psicológico grupal (compartido con Trabajador Social)</li> <li>- Programas de soporte psicoafectivo individual</li> <li>- Atención a los trastornos de comportamiento</li> <li>- Programa de atención a personas con deterioro cognitivo</li> <li>- Seguimiento interdisciplinar del PIA</li> <li>- Participación en el programa de intervención con familias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención en la fase final de la vida</li> <li>- Atención al grupo de residentes en el duelo</li> <li>- Atención al equipo de profesionales en el duelo</li> </ul>

Fuente: Model d'atenció a les persones grans en residències assistides (17).

El nuevo modelo contempla la incorporación del psicólogo a partir de enero de 2003, a razón de 17 horas anuales por usuario de media y alta dependencia (17, 20).

En entrevistas mantenidas con representantes del Colegio Oficial de Psicólogos, aparece la queja de haber sido poco escuchados por la administración a la hora de desplegar funciones y competencias, y sugieren que sería conveniente realizar algunas modificaciones al respecto de cara a una posible revisión. Esta impresión está reforzada por algunas publicaciones, como la de Frutos, F. y Vila, J. (9).

Por otro lado, cabe decir que simultáneamente, desde la iniciativa privada se impulsan diferentes estudios como el de indicadores de calidad de la Fundación *Agrupació Mutua* (16), de referencia para las instituciones geriátricas catalanas. En él, el psicólogo aparece como indicador de excelencia, y su actuación debe dirigirse a formar parte del equipo, la atención individual de los residentes que lo necesiten, colaborar en la terapia ocupacional (trabajo de la motivación) y el soporte a los trabajadores y gestión del estrés.

Volviendo al modelo asistencial del que tratamos, es interesante destacar el marco de capacitación referente al director técnico de centro

geriátrico. El único requisito que se plantea en la normativa vigente para ejercer como director de residencia es haber cursado con éxito una titulación, como mínimo de grado medio. Esta es una condición de obligado cumplimiento, salvo los que se acogieron gracias a la nueva normativa a capacitarse a través de la suficiencia en estudios de dirección y gestión de centros geriátricos.

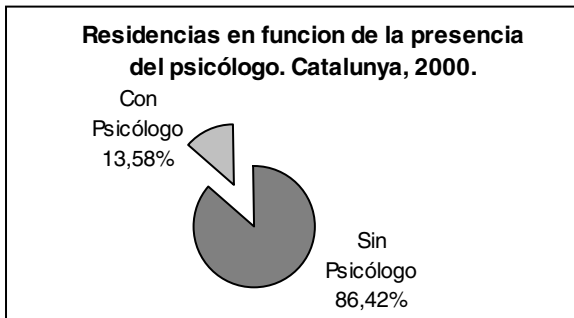
### 3. 2. SITUACIÓN LABORAL DEL COLECTIVO

Dividiremos este apartado en dos bloques: *Implantación laboral de los psicólogos en residencias geriátricas*, y *percepción de los agentes implicados en el marco laboral*. Esta última la dividiremos según sea la percepción del colectivo de directores, gestores, empresarios, etc. que nos permitimos llamar «parte contratante»; o del colectivo de profesionales de la psicología y sindicatos, que llamaremos «parte contratada»

#### **Implantación laboral de los psicólogos en residencias geriátricas**

El estudio más extenso hasta la fecha sobre la implantación del psicólogos en el sector residencial geriátrico es el realizado por la comisión de gerontología del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya (3).

En este estudio se recogía información en referencia a la figura del psicólogo en 525 centros para personas mayores de diferente tipología (residencias, centros de día, casales, asociaciones, centros sociosanitarios, UFISS, PADES, ayuda a domicilio, y viviendas tuteladas). De éstos, un 12,38% disponían de psicólogo (65 centros). De 265 residencias consultadas, 36 tenían psicólogo (13,58%), y de 18 centros sociosanitarios, 4 (22,22%).



De los psicólogos contratados, únicamente el 75% ejerce como psicólogo (12,5% como trabajador social, el resto: dinamizadores,

formadores, directores, terapeutas ocupacionales, etc.). Las instituciones que mayoritariamente contratan psicólogos son los centros privados y los centros privados colaboradores.

## **Percepción de los agentes implicados en el marco laboral**

### **a) Percepción de la «parte contratante»**

Empezaremos describiendo la percepción de los directores y empresarios del sector residencial geriátrico a partir de las entrevistas que hemos mantenido.

En dichas entrevistas se nos comenta que la normativización fue vivida por un gran número de directores y empresarios como una intrusión en el desarrollo del sector por parte de la administración. Aun existiendo previamente experiencias de centros que ya contaban con psicólogos en sus equipos (generalmente de calidad asistencial reconocida) muchos directores no acababan de entender la utilidad de este profesional. Argumentaban que la aportación económica de la administración no era suficiente para implementar el nuevo modelo, y que, en la distribución de gastos, preferían ampliar las horas de contratación en el equipo gerocultor. En todo caso, con una actitud más o menos constructiva, las consultas sobre nuestras funciones son frecuentes.

Respecto a los directores, cabe decir que todas las personas consultadas cuentan con psicólogo en sus centros. Los que lo adoptaron tras la normativización comentan que eran escépticos, pero tras observar el incremento en la calidad asistencial y en la satisfacción de residentes y familiares, no tienen duda sobre la conveniencia de nuestra figura en las residencias geriátricas. Comentan que un problema evidente es que la nueva normativa no fue acompañada de un aumento en la contraprestación económica por las plazas concertadas.

Otra queja frecuente entre los directores es la poca documentación sobre nuestras funciones. Comentan que en los nuevos cursos de dirección y gestión de centros geriátricos ya aparece formación al respecto, pero que en muchos casos las personas que dirigen o gestionan residencias no tienen la obligación de cursarlos, por lo que no todos accederán a estos contenidos.

En las entrevistas realizadas, refieren que sigue existiendo un amplio sector de directores que aduce prescindir de este profesional por diferentes razones: las tareas que le atribuye pueden ser cubiertas por otros profesionales, además de suponer un elevado coste, lo que le convierte en un profesional prescindible.

Los resultados que hemos obtenido a partir de estas entrevistas se ven reforzados por el estudio realizado por la Comisión de Gerontología del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya (3), que, siendo anterior a la aplicación de la nueva normativa, ya apuntaba en la dirección que actualmente encontramos.

En el citado estudio se obtuvieron los siguientes resultados: el 50,7% de los directores manifiesta que el psicólogo es necesario en el centro, pero generalmente no se tiene en cuenta porque ya se tiene suficiente personal (26,1%) o por el coste económico que supone (19,6%). Los directores que no consideran necesario el psicólogo se basan en que la intervención sobre patologías mentales debe ser tratada desde recursos externos. También manifiestan que sus funciones pueden ser asumidas por otros profesionales.

Por último, volviendo a las entrevistas realizadas a directores también destacaremos la queja que presentan por la baja calidad de los candidatos para cubrir la plaza de psicólogo a la hora de realizar una selección. De los muchos currículum vitae que reciben, una gran parte es de psicólogos que no han tenido ninguna aproximación a la gerontología, y que incluso en algunos casos argumentan no necesitarla. En este punto más de un director nos ha sugerido que el propio colectivo de psicólogos debería concienciar a sus profesionales de la práctica psicogeriátrica como actividad de primer orden en la intervención profesional.

Sobre este último punto, añaden que el bajo nivel de formación con el que se encuentran en ocasiones no es exclusivo del colectivo de psicólogos, sino de todos los ámbitos profesionales, incluido los cargos directivos. Aducen que debido a los bajos salarios que suelen ofrecerse, las ofertas dejan de ser atractivas para personas con el perfil solicitado, por lo que la «parte contratante» en muchas ocasiones no tiene alternativas en la contratación. Admiten que muchos directores que actualmente ejercen no provienen del ámbito asistencial, ni de gestión, pero frecuentemente son la única opción del empresario a la hora de «cumplir normativa» siguiendo la política de costes mínimos..

Cabe destacar que el convenio de referencia para las residencias geriátricas privadas, *III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio a Domicilio* (12), en vigencia de enero de 2003 a diciembre de 2005, no se refiere en ningún momento al psicólogo como profesional específico, equiparándolo al grupo profesional 1 (Titulados superiores). Por el contrario sí hace referencia explícita a otros profesionales, como al médico, enfermería, técnico en animación sociocultural o

trabajador social, describiendo el ámbito de sus funciones. El despliegue de actividad correspondiente al psicólogo no aparece descrito.

Siguiendo la referencia al convenio, los directores consultados reconocen que las remuneraciones suelen basarse en los salarios base, que consideran bajos. El salario base para Catalunya en el 2005 está establecido por convenio en 16.218,58 euros brutos anuales. Aun así, atribuyen esta precariedad al sector en general, y las soluciones que aportan pasan por ser genéricas, de «mejora del sector», que sitúan en un horizonte atemporal. Esta precariedad es también reconocida por la comisión negociadora del convenio laboral vigente, acordando incrementar los salarios anualmente un 1% por encima del IPC de referencia como medida compensatoria.

Hemos consultado a los directores sobre la remuneración que ofrecen a los psicólogos que trabajan en sus centros. Al darse diferentes jornadas laborales contratadas, expondremos estos resultados calculando los sueldos equivalentes en jornadas completas. Las remuneraciones encontradas, aplicando la equivalencia anterior, abarcan un rango de entre 16.218,58 euros brutos anuales (correspondientes al salario base) y 22.718,26 euros brutos anuales, lo que supone un coste para las empresas de entre 21.084,15 y 29.533,73 euros anuales

### **b) Percepción de la «parte contratada»**

Para captar la visión de los profesionales de la psicología implicados, nos reunimos con algunos miembros del GT de gerontología del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya.

La percepción principal de éstos es que la situación laboral de los psicólogos de residencias es precaria, y la resumen en salarios bajos, alta movilidad, y contratos de pocas horas semanales que obligan al pluriempleo. De hecho, consideran a los profesionales que ejercen a jornada completa como «afortunados».

Perciben a la «parte contratante» como poco conocedora de las funciones del psicólogo. Se les pide realizar actividades que no les corresponden (animación, tareas administrativas, etc.). También manifiestan que muchos directores les ubican únicamente en la psicoestimulación, demostrando un conocimiento muy parcial de sus funciones. Este «conocimiento parcial» también lo encuentran de forma frecuente en otros miembros de los equipos asistenciales, reconociendo que en ocasiones se han encontrado en situaciones conflictivas a la hora de definir los límites de la intervención de cada profesional.

En todo caso, matizan que la responsabilidad también la tiene el propio colectivo, que debería hacer una mayor labor pedagógica sobre su labor.

Siguiendo con la reflexión sobre su propio colectivo, comentan que su formación ha sido escasa, y que la mayoría de profesionales ha adquirido competencias una vez incorporados al puesto de trabajo. Ello demuestra el bajo nivel de exigencia con el que se suelen encontrar. De hecho, dicen que tras la normativización han recibido un grandísimo número de demandas de profesionales que, una vez contratados, consultan cuáles serían exactamente sus funciones.

En conjunto, sienten que no siempre son valorados, incluso en ocasiones por el propio colectivo de psicólogos dedicados a otros ámbitos de intervención. Reconocen que en ocasiones su labor es percibida como «poco relevante», aunque comentan que esta percepción sobre la intervención en el ámbito geriátrico también aparece en otros colectivos profesionales, como el médico, enfermería, educador social, etc.

Cabe decir que la precarización descrita, así como el bajo reconocimiento social percibido, coinciden con las conclusiones del estudio de reciente aparición *L'àmbit laboral d'atenció a la dependència*, editado por Comissió Obrera Nacional de Catalunya (Tuà, T., 2005) (24), sindicato mayoritario en Catalunya. En las conclusiones de dicho estudio, si bien no se centran en el colectivo de psicólogos, se describe una situación laboral del sector que resumen en: cargas de trabajo excesivas, retribución insuficiente, precariedad contractual, poco reconocimiento social, múltiples perfiles profesionales y mal definidos, política de formación inadecuada, y negociación colectiva heterogénea y dispersa.

### **3.3. OFERTA FORMATIVA**

Presentamos los resultados obtenidos respecto a la oferta formativa en función de la titularidad de la entidad formadora, estructurándolos así en formación universitaria, formación que ofrece el Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya, y formación que se ofrece desde el ámbito privado. Haremos también referencia al final de este bloque a otros espacios utilizados por los profesionales para encontrar y compartir recursos para la intervención.

#### **Formación universitaria**

Se ha revisado las titulaciones de psicología de las siguientes universidades: Universitat de Barcelona (UB), Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Universitat de Girona (UdG), Universitat Rovira i Virgili (URV) de Tarragona, Universitat Oberta de Catalunya (UOC) y la Universitat

Ramon Llull (URL), todas ellas enmarcadas en el ámbito geográfico en el que nos centramos (Comunidad Autónoma de Catalunya).

Ninguna de ellas cuenta en la titulación de psicología con asignaturas obligatorias -OB- ni troncales -TR- específicas sobre psicología y envejecimiento. La mayoría ofrece asignaturas que abarcan el tema desde un marco más amplio –que hemos denominado «próximas»-, como la UB (*Adolescència, maduresa i senectut* –TR-), la UAB (*Psicologia del Cicle Vital: de l'adolescència a la tercera edat* –OB-), la UdG (*Psicologia de l'adolescència, la maduresa i la vellesa*) o la URV (*Desenvolupament adult i vellesa* –OB-).

En la oferta de asignaturas optativas aparecen algunas de mayor especificidad, como *Psicogeriatría*, en la UB, *Intervenció psicològica en la gent gran*, en la UdG, o *Psicologia del desenvolupament III: Psicogerontologia*, en la URL.

Un ejemplo del interés creciente por desarrollar la capacitación profesional en gerontología se encontraría en la UAB. En su Plan de Estudios de 2000 aparecen nuevas asignaturas como *Psicología Clínica i de la Vellesa* y *Psicologia de la Vellesa*. Anteriormente contaban con otras asignaturas optativas que se aproximaban parcialmente a sus programas, como *Psicologia de la Memòria: Camps d'aplicació*, o *Anàlisi funcional en Psicologia de la salut*, aunque como vemos, el plan de estudios de 1992 la UAB no contaba con asignaturas específicas al respecto.

Cabe decir que la UOC no ofrece ninguna asignatura específica ni troncal ni obligatoria ni optativa.

### Relación de asignaturas específicas y «próximas» sobre psicología y envejecimiento.

	Asignaturas Específicas	Asignaturas Próximas
<b>UB</b>	Psicogeriatría (OP)	Adolescència, maduresa y senectut (TR/OB)
<b>UAB</b>	Psicología clínica i de la vellesa (OP) Psicologia de la vellesa (OP)	Psicologia del cicle vital: de l'adolescència a la tercera edat (TR/OB) Psicologia de la memòria: camps d'aplicació (OP) Anàlisi funcional en psicologia de la salut (OP)



<b>UdG</b>	Intervenció psicològica en la gent gran (OP)	Psicologia de l'adolescència, la maduresa i la vellesa (TR/OB)
<b>URV</b>	No ofereix	Desenvolupament adult i vellesa (TR/OB)
<b>UOC</b>	No ofereix	No ofereix/se desconeix
<b>URL</b>	Psicologia del desenvolupament III: psicogerontologia (OP)	No ofereix/se desconeix

Como formación de tercer ciclo, la UB ofrece en formato no presencial el Máster en Gerontología Social Aplicada, y la UAB ofrece los Másteres Gerontología Clínica, Gerontogeriatría, y Psicogeriatría, este último conjuntamente con Sagrat Cor-Serveis de Salut Mental Martorell.

La persona experta consultada al respecto nos insiste en la voluntad creciente de aproximar la formación a las necesidades reales que tendrán los futuros profesionales, por lo que se debe ampliar la oferta en este sentido. Comenta que en un primer ciclo se ofrecen contenidos sobre gerontología en asignaturas que describen el proceso evolutivo del ser humano que deben ser cursados de forma obligatoria por todos los alumnos de la titulación de psicología. Añade que por ser la vejez el último estadio del ciclo vital, suele coincidir el estudio de ésta con el final del programa de la asignatura, por lo que reconoce que frecuentemente acaba no impartándose.

Apunta también en el sentido de la especialización. Comenta que en los planes de estudio el peso de la vejez no es el mismo que el que tienen otras etapas del ciclo vital, peso más equilibrado en otras universidades del resto de España, citando la Universidad de Salamanca y al impulso dado por el profesor José Luis Vega. Si bien es cierto que en el plan de estudios de 2000 aparecen asignaturas específicas, éstas son insuficientes para la dedicación profesional en el campo de la vejez, por lo que mientras no aparezca un mayor número de asignaturas que permitan la creación de un itinerario propio en psicología y envejecimiento, la formación de tercer ciclo se hace inevitable para una intervención de calidad.

### **Formación ofrecida por el Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya (COPC).**

Incluimos aquí el COPC, como entidad que entre otras acciones dirigidas al colectivo de psicólogos, ofrece formación específica en el ámbito de la gerontología.

En la reunión que se mantuvo con algunos miembros del grupo de gerontología, anteriormente citada, aparecieron algunas apreciaciones respecto a la formación. Consideran que ésta es escasa dada la gran demanda formativa que reciben. Comentan que en el propio grupo de trabajo se ha creado una comisión de psicólogos de residencias que tiene por fin la formación de sus miembros y el intercambio de recursos para la intervención.

Desde el área de formación del COPC se ha incluido recientemente en la oferta formativa cursos genéricos como *Psicogeriatría* o *El paper del psicòleg en una residència geriàtrica*, así como otros que inciden en habilidades específicas, como: *Com s'organitzen els tallers de memòria per a la gent gran?*, o *Psicoestimulació cognitiva per a malalts d'Alzheimer i ancians conservats*.

Creemos oportuno destacar la gran labor que realiza el Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya por el desarrollo de nuestra actividad profesional. Además de la oferta formativa citada, cuenta en su estructura con el ya citado Grupo de Trabajo en Gerontología, ubicado en la Sección de Intervención Social; y con la Comisión de Gerontología ubicada en la delegación de Girona. Desde ésta última se ha organizado diversas jornadas dirigidas a nuestro colectivo, como la *I Trobada de Professionals de Residències i Centres de Dia* (mayo de 2005) o encuentros periódicos como las *Trobades de Psicòlegs que treballen en Residències Geriàtriques*. El COPC también está presente en otros foros de referencia en el ámbito del envejecimiento, como en el *Grup de Gent Gran del Consell Municipal de Benestar Social* de Barcelona, o el recientemente aparecido *Forum Intercol·legial sobre la Gent Gran*.

### **Formación privada**

Para hacer la revisión de la oferta formativa para el sector privado, hemos buscado formación en psicología de la vejez y cursos específicos destinados a psicólogos que trabajan en centros residenciales.

Encontramos formación genérica en dos de las principales entidades formativas privadas catalanas, el Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP) y el Instituto de Sociología y Psicología Aplicada (ISPA) así como

formación en habilidades específicas necesarias para nuestra labor profesional, que, si bien no todas son específicas para psicólogos, presuponen un enriquecimiento en su labor asistencial. Esta formación dirigida a habilidades específicas también es ofrecida por otras entidades como el grupo asistencial Institut Pere Mata

### Oferta docente d'ISEP, ISPA e Institut Pere Mata

CENTRO	FORMACIÓN GENÉRICA EN PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ	FORMACIÓN EN HABILIDADES ESPECÍFICAS
ISEP	Máster en Geriatría, demencia y enfermedad de Alzheimer	Máster en Musicoterapia Postgrado en Rehabilitación cognitiva
ISPA	Trastornos psíquicos y cognitivos (en el ámbito de la psicogeriatría)	Psicomotricidad Técnicas de estimulación en Geriatría Acompañamiento a la muerte Intervención neuropsicológica en el deterioro cognitivo a través del programa de rehabilitación multimedia
INSTITUT PERE MATA	No ofrece/no se conoce.	Psicomotricidad en la tercera edad Intervención y estimulación en psicogeriatría Prevención del estrés por trabajo con tercera edad Acompañamiento a la muerte

### Espacios no propiamente formativos

Creemos oportuno acabar este bloque de resultados comentando que el interés creciente por la formación que percibimos tras el encuentro con los profesionales del grupo de trabajo citado anteriormente, se confirma al ver cómo muchos profesionales, supuestamente insatisfechos con su nivel formativo, acuden a otros foros con el fin de aumentar sus competencias.

El ejemplo que exponemos se basa en los *foros de debate* propiamente dichos que ofrece el portal INFORESIDENCIAS.COM, de referencia en el sector residencial geriátrico. Este portal cuenta a fecha de septiembre 2005 con 87 foros, de los que 6 superan las 50 entradas. Destacamos que uno de estos 6 hace plenamente referencia a nuestro colectivo, denominado «la

*situación del psicólogo», con 57 entradas desde su creación en marzo de 2003.*

Entre estos foros «mayoritarios» también encontramos otros foros en los que también se hace referencia a nuestra actividad, aunque en un marco más amplio, como el foro «*programa de estimulación cognitiva, memoria, orientación en realidad y talleres de terapia ocupacional*», con 148 entradas desde su creación en agosto de 2002.

En estos foros participan tanto psicólogos como otros profesionales, todos ellos implicados en el ámbito residencial geriátrico, incluyendo directores y empresarios. Sin entrar en un análisis exhaustivo de su contenido, distinguimos tres líneas de debate: las funciones propias del psicólogo, relacionado con límites de intervención con otras disciplinas; la utilidad percibida de este profesional, debatiendo su eficacia y necesidad; y las demandas de orientación por parte de psicólogos sobre diversos temas, fundamentalmente formación.

## **4. PROPUESTA DE DESPLIEGUE DE LAS FUNCIONES DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL GERIÁTRICO.**

---

La actividad del psicólogo en un centro residencial para personas mayores se centra en tres áreas de intervención, en función de a quién vaya dirigida: usuario, familia o institución. Su actuación se realizará como parte del equipo interdisciplinar, siendo importante la coordinación con el resto de profesionales, especialmente con el trabajador social, cuya información nos ayudará en la intervención referida a la familia y al ámbito social.

A continuación se describe cada una de las áreas de actividad, tras las que se presentan unas tablas en las que hemos intentado hacer un ejercicio de consenso entre lo que dicen algunas de las publicaciones incluidas en la bibliografía (1, 2, 3, 4, 9, 10, 14, 15, 16, 23) y la práctica profesional que constatamos en nuestro entorno, así como la nuestra propia.

### **4. 1. INTERVENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO**

Los objetivos se basarán en la adaptación al centro, la planificación del programa interdisciplinar de atención individualizado (PIAI) y la atención psicológica preventiva y terapéutica.

La intervención centrada en el usuario tendrá los siguientes objetivos:

#### **1. Conseguir una buena adaptación al centro**

Con el fin de lograr una buena adaptación al centro, deberemos realizar una evaluación completa de la persona (cognitiva y neuropsicológica, psicopatológica, conductual y afectiva). Realizaremos los informes correspondientes que nos servirán para orientar y asesorar al residente, familia y equipo interdisciplinar, que a la vez servirá como base para realizar el posterior seguimiento. *i l'equip interdisciplinari, i que també serveixen de base per al seguiment posterior.*

Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Competencias	Habilidades
<b>1. Conseguir una buena adaptación al centro.</b>	<b>Evaluar a la persona</b> (Fase de recogida de información)	Evaluación	Valoración cognitiva, neuropsicológica, psicopatológica conductual y afectiva
	<b>Analizar</b> (Fase de análisis de la información)	Impresión diagnóstica	Realización del informe
	<b>Informar</b> (Fase de devolución)	Orientación y asesoramiento	Entrevistas y/o reuniones iniciales de seguimiento con usuario, familia y equipo
	<b>Realizar seguimiento</b> (Fase de seguimiento)	Facilitación de la adaptación al cambio  Soporte al usuario, familia y equipo	

## **2. Planificar y coordinar el Plan Interdisciplinar de Atención Individualizada (PIAI)**

Tras la valoración inicial, participaremos en la planificación y asesoramiento del programa terapéutico que se establezca en el PIAI, elaborado con el resto del equipo interdisciplinar. Los aspectos del PIAI que nos son propios son la rehabilitación/mantenimiento de capacidades cognitivas, afectivas y relacionales.

Las reuniones interdisciplinares en que se enmarca la elaboración del PIAI pueden ser dirigidas por el psicólogo. Para ello, este profesional debe estar capacitado para la conducción de grupos.

Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Competencias	Habilidades
<b>2. Planificar y coordinar el PIAI (Plan Interdisciplinar de Atención Individualizada)</b>	Fomentar y mantener la máxima calidad de vida del cliente.	Planificación y/o asesoramiento del programa terapéutico. Coordinación. Programación y dirección de grupos.	Diseño del programa. Valoración individual de los usuarios. Participación en la elaboración del plan de actuación individualizado. Rehabilitación/mantenimiento de capacidades cognitivas, afectivas y relacionales Aplicación de conducción de grupos.

### 3. Proporcionar atención psicológica

El objetivo de nuestra atención psicológica será prevenir y facilitar la resolución de conflictos personales. El plan de intervención debe contemplar el área específica referida a la rehabilitación y mantenimiento de las capacidades cognitivas, afectivas y funcionales. Para ello utilizará técnicas como la reminiscencia, la orientación en realidad (OR), la psicoestimulación, ejercicios para el mantenimiento de las funciones cognitivas, etc. La intervención podrá realizarse a nivel individual o a nivel grupal, generalmente a demanda del equipo asistencial, de la familia, o del propio residente.

Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Competencias	Habilidades
<b>3. Proporcionar Atención Psicológica</b>	Prevenir y facilitar la resolución de conflictos personales	Intervención terapéutica en casos específicos: por demanda propia del usuario, familia o equipo asistencial	Acción terapéutica individual o grupal. Modificación del comportamiento a nivel cognitivo-afectivo-comportamental

### 4. 2. INTERVENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA

La labor del psicólogo irá en la línea de acompañar en el proceso, con el objetivo de favorecer el bienestar emocional y afectivo del cuidador principal

y resto de familiares de referencia. Para ello, se hace imprescindible el trabajo en estrecha colaboración con el área de trabajo social.

Nuestras competencias serán informar, ofreciendo contenidos que les permitan comprender, prevenir y actuar ante la problemática que presente el usuario; orientar y asesorar, ofreciendo técnicas concretas de actuación; dar apoyo emocional, mediar en posibles conflictos y participar en acciones formativas. La intervención centrada en el usuario tendrá la siguiente finalidad:

### 1. Acompañar en el proceso de institucionalización

Será importante en este punto que la familia conozca las características del recurso. Esto facilitará su vinculación tanto al equipo asistencial, como a la dinámica organizacional en general.

### 2. Favorecer el bienestar emocional y afectivo del cuidador principal.

Dentro de nuestra intervención, debemos ayudar a redefinir el nuevo rol que adopta la familia tras el ingreso del residente. Será importante conocer la situación familiar, y de manera especial la del cuidador principal. El psicólogo también facilitará la resolución de los conflictos personales que se puedan presentar.

### 3. Favorecer la adaptación al cambio dentro del sistema familiar

Atenderemos a la familia informando, asesorando y dando soporte emocional.

Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Competencias	Habilidades
<b>1. Acompañar en el proceso de institucionalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar a conocer el centro a la familia</li> <li>- Vincular al cuidador principal dentro del equipo.</li> <li>- Ayudar a redefinir el nuevo rol</li> </ul>	<p><b>Información:</b> ofreciendo contenidos que les permitan comprender, prevenir y actuar ante la problemática que presente el usuario</p> <p><b>Orientación y asesoramiento:</b> ofreciendo técnicas concretas de actuación</p> <p><b>Apoyo:</b> ofreciendo el apoyo psicológico necesario</p> <p><b>Mediación:</b> en situaciones de conflicto familiar</p>	
<b>2. Afavorir el bienestar emocional i afectiu del cuidador principal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer la situación familiar y de manera especial la del cuidador principal</li> <li>- Facilitar la elaboración de conflictos personales</li> </ul>		<p>Reuniones de equipo</p> <p>Entrevistas con diferentes miembros del sistema familiar</p>
<b>3. Afavorir l'adaptació al canvi en el sistema familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atender a la familia: informando, asesorando y dando soporte emocional.</li> </ul>		<p>Acción terapéutica</p>



### 4. 3. INTERVENCIÓN CENTRADA EN LA INSTITUCIÓN

En este caso, la intervención del psicólogo podrá ir dirigida a tres agentes: equipo, dirección y el propio espacio ambiental:

#### **Intervención dirigida al equipo**

Nos propondremos los siguientes objetivos:

#### **1. Aportar calidad en la labor asistencial**

#### **2. Facilitar el rendimiento continuado asistencial**

La atención al equipo irá dirigida a favorecer un buen clima de trabajo, paliar el efecto de «burnout» y dar apoyo emocional. Ofreceremos apoyo formativo en cuestiones de salud y envejecimiento, y de trabajo en equipo.

También será interesante en este punto favorecer el desarrollo de la cultura institucional y facilitar el cambio organizativo, implicando al equipo en el proyecto asistencial y en los objetivos de la organización.

Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Competencias	Habilidades
<b>1. Aportar calidad en la labor asistencial.</b>  <b>2. Facilitar el rendimiento continuado asistencial</b>	Favorecer un buen clima laboral.  Paliar el efecto «burnout».  Dar soporte al equipo profesional.  Formar en: - aspectos de salud mental y envejecimiento - trabajo en equipo  Desarrollar la cultura de la institución  Facilitar el cambio organizativo	<b>Soporte organizacional:</b> como un sistema completo.  <b>Soporte instrumental:</b> asesorando, coordinando y formando en habilidades de intervención  <b>Soporte emocional:</b> asesorando y dando soporte psicológico, ante situaciones generadas en el desarrollo del ejercicio profesional.  <b>Soporte institucional:</b> optimizando el clima laboral, detectando e interfiriendo ante conflictos relacionales.	Dinámica de grupos  Conducción de grupos

### ***Intervención dirigida a dirección***

El psicólogo también puede apoyar a la dirección en su actividad. Sus objetivos serán los siguientes:

#### **1. Apoyo en la gestión de recursos humanos y materiales**

Nuestra actuación irá dirigida a conseguir una organización interna adecuada, con el fin de optimizar al máximo los recursos humanos y materiales disponibles.

#### **2. Participar en la definición de visión, misión y objetivos de la organización**

Intervendremos en la definición de la filosofía, en los objetivos (alcanzados y no alcanzados) a corto, medio y largo plazo y en la estructura interna del centro.

Será también importante participar en la optimización de las vías de intercomunicación institucional.

<b>Objetivos Generales</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Competencias</b>	<b>Habilidades</b>
<b>1. Conseguir una organización interna adecuada, con el fin de poder optimizar al máximo los recursos humanos y materiales disponibles.</b>	Participar en la filosofía, objetivos (alcanzados y no alcanzados) a corto, medio y largo plazo y en la estructura interna del centro.	Creando canales de recogida, análisis y transmisión a dirección de demandas, quejas, sugerencias... surgidas de los clientes, familia y equipo asistencial.	Análisis organizacional
<b>2. Facilitar la definición de visión, misión y objetivos de la organización</b>	Facilitar el proceso de intercomunicación institucional entre el equipo	Soporte a dirección.	

### ***Intervención centrada en el espacio ambiental***

Nuestro objetivo principal será::

#### **1. Valorar y modificar el impacto en el usuario de diversas variables ambientales**

La intervención irá dirigida a satisfacer algunas de las necesidades básicas de los usuarios respecto al entorno físico. Participaremos en la

planificación del espacio, estudiando su adecuación teniendo en cuenta diferentes variables tanto a nivel físico (confort, seguridad, orientación), como psicológico (intimidad y comunicación).

<b>Objetivos Generales</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Competencias</b>	<b>Habilidades</b>
<p><b>1. Valorar y modificar el impacto en el usuario de diversas variables ambientales</b></p>	<p>Conseguir un espacio adecuado con el fin de poder satisfacer las necesidades del cliente tanto físicas (confort, seguridad, accesibilidad, orientación) como psicológicas (intimidad, comunicación, control)</p>	<p>Planificación y estructuración del espacio físico. Estudio de la adecuación de entorno en función del uso que hagan los clientes.</p>	<p>Observación inicial y permanente del entorno físico. Presentación de propuestas en relación al diseño y utilización del espacio físico.</p>

## **5. CONCLUSIONES**

---

Consideramos que la información que hemos mostrado ayuda a retratar la situación del psicólogo en el sector residencial geriátrico en gran medida. Es de esta información descrita de donde hemos extraído nuestras conclusiones, sobre las que apuntaremos las recomendaciones y sugerencias que aparecerán en el siguiente apartado.

Siguiendo el criterio de coherencia estructural, presentaremos nuestras conclusiones agrupadas por áreas tal como se expusieron en el apartado de resultados: Apoyo desde la administración, situación laboral del colectivo, y oferta formativa.

### **5. 1. APOYO DESDE LA ADMINISTRACIÓN**

1.La inclusión del psicólogo en el nuevo modelo asistencial supone un gran avance en la implantación y reconocimiento de nuestra profesión. Es importante que la administración reconozca la importancia de la labor de los psicólogos en los centros residenciales asistidos dentro de un marco interdisciplinar.

2.El nuevo modelo de referencia (17, 18, 20) es un gran paso, aunque de acuerdo con las funciones que entendemos propias del psicólogo, queremos destacar las siguientes consideraciones:

2.1. Que el modelo no asume una visión preventiva de nuestra labor. En realidad, nuestra tarea no está tanto encaminada a resolver problemas como a mejorar la calidad de vida.

2.2. Que no contempla la atención a usuarios de «baja dependencia». Ésta se mide en función del estado cognitivo y funcional, sin tener en cuenta posibles alteraciones emocionales y afectivas.

2.3. Que no implica al psicólogo en algunas tareas que le serían propias, por ejemplo, la participación en el programa de mantenimiento de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), en el que el psicólogo debería trabajar conjuntamente con el fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y resto del equipo, en tanto que participar en tareas rehabilitadoras, reeducativas y preventivas: trabajo de la memoria, orientación en la realidad, etc., fundamento de las ABVD y AIVD..

2.4. Que en la relación de distribución de responsabilidades deja puntos en los que no queda claro si el responsable debe ser el psicólogo o el trabajador social, e incluso deja a cargo de este profesional tareas propias del área de intervención psicológica.

2.5. Que en las tareas que indica a compartir con el trabajador social, se contemplan el soporte psicológico grupal y la atención al duelo en la familia, cuando entendemos que éstas deberían recaer sobre el psicólogo.

2.6. Que quedan vacíos de intervención que no se describen en el modelo y serían propios del psicólogo:

2.6.1. En el marco del programa de participación con familias no contempla el soporte psicológico, aprendizaje psicoeducativo, asesoramiento, etc.

2.6.2. Tampoco contempla la intervención sobre grupos de riesgo de dependencia psicoafectiva (desarrollo de habilidades sociales, imagen personal, autoconcepto, etc.).

2.6.3. La formación y soporte psicoafectivo del personal sería otro aspecto a reforzar en el modelo. Teniendo en cuenta el riesgo de *burnout* derivado de labor asistencial geriátrica, esta línea de intervención se hace imprescindible.

3.El colectivo aprecia que apenas ha podido participar de la elaboración de programas y funciones derivadas de nuestro rol.

4.Se detecta una escasa labor pedagógica por parte de la administración en lo que se refiere a la figura del psicólogo. Esta poca definición tiene efectos que aún perduran, vistas las demandas del colectivo de directores, gestores, etc.

5.Posible acompañamiento económico insuficiente para implementar las medidas que implica el nuevo modelo asistencial, entre las que figura la inclusión del psicólogo.

6.El decreto 176/2000, de 15 de mayo, avanza en la línea de la profesionalización del sector, exigiendo unos mínimos de capacitación en la persona que ocupe el cargo de director técnico. Aun valorando esta voluntad de mejora de la calidad asistencial en los centros, esta medida nos parece insuficiente. El decreto permite el acceso a la dirección de centros únicamente bajo la premisa de disponer de una titulación de grado medio, lo que da pie a la aparición de personas en ámbitos de decisión que no tienen por qué estar formadas en el ámbito asistencial.

## **5. 2. SITUACIÓN LABORAL DEL COLECTIVO**

### **Parte «contratante»**

7. Se practica de forma frecuente las contrataciones de jornadas mínimas obligatorias (a razón de 17 horas por usuario con media y alta dependencia), y la demanda de realización de tareas que no le corresponden al psicólogo (animación, tareas administrativas, etc.), lo que demuestra desconocimiento sobre las posibilidades de actuación del psicólogo en los centros residenciales geriátricos.

8. Algunos directores manifiestan que sus funciones las pueden asumir otros profesionales. Entendemos que el problema va más allá de tener más o menos recursos, ya que un amplio número de directores no comparte esta opinión.

9. Algunos directores, aun teniendo la visión de que el psicólogo aporta calidad asistencial, piensan que su implantación es excesivamente costosa a nivel económico, y que el esfuerzo que les supone estaría mejor invertido en reforzar la plantilla gerocultora. Esta apreciación nos parece que se debe más a una posible visión sesgada sobre la nuestra labor que a los presupuestos del centro. En todo caso, el argumento de preferir la contratación de personal gerocultor en vez de psicólogo nos parece negativo, ya que da pie a pensar que la contratación del psicólogo supone una reducción en el equipo gerocultor.

10. Algunos directores consideran la normativización como una intrusión de la administración en el sector, no creyendo que la presencia del psicólogo sea tan necesaria como para ser impuesta por decreto.

11. Algunos directores que consideran prescindible la presencia del psicólogo en sus centros se basan en que la intervención sobre patologías mentales debe ser tratada desde recursos externos. Si bien es cierto que la residencia no debe desvincularse de los recursos de la comunidad, deducimos que consideran al psicólogo sólo en su ámbito de intervención sobre patologías mentales. Una vez más, se muestra un conocimiento parcial de nuestras posibilidades.

12. Otros en cambio, y fomentado en ocasiones por el propio colectivo de psicólogos, exigen únicamente la realización de actividades centradas en la psicoestimulación con personas que presentan deterioro cognitivo, lo que vuelve a demostrar un escaso conocimiento alrededor de nuestra potencialidad.

13. Las ofertas que aparecen desde el sector buscando candidatos para cubrir la plaza de psicólogo son generalmente precarias. Suelen contratarse jornadas laborales muy por debajo de la jornada completa, lo que unido a los generalizados bajos salarios, obliga a intervenir en más de un centro, reduciendo así las posibilidades formativas y de conciliación de la vida familiar y laboral.

### **Parte «contratada»**

14. No existen datos que aporten luz al impacto que ha tenido la normativa en cuanto a nivel de contratación, grado de satisfacción del equipo, del director, horas contratadas, salarios, etc.

15. El propio colectivo en muchas ocasiones refuerza la confusión en torno a su labor, no teniendo claro qué ofrecer a la hora de presentarse candidato a una oferta laboral, o acudiendo a éstas sin una formación previa. Además de confusión, a través de estas situaciones se fomenta una imagen de baja valoración que no ayuda al reconocimiento social de nuestro colectivo.

16. El bajo reconocimiento también se sustenta en la precarización laboral del sector. Las remuneraciones se perciben como muy inferiores a cualquier otro ámbito de intervención del psicólogo (el salario base que establece el convenio de referencia para Catalunya en el 2005 es de 16.218,58 euros brutos anuales), y las horas contratadas en raras ocasiones completan la jornada laboral en un único centro, lo que una vez más nos lleva a una situación generalizada de pluriempleo, mayor inseguridad laboral, disponibilidad para la movilidad, y alta inversión en tiempo de traslado entre centros. Además de distar de ser un escenario óptimo para la conciliación familiar y laboral, este esfuerzo de movilidad, unido a la precarización salarial, sitúa al colectivo ante un bajo nivel de tiempo y posibilidades para ampliar su formación.

17. En muchas ocasiones se pide al psicólogo que realice tareas que no le son propias, lo que atribuimos a la difusión en los límites descrita, el desconocimiento o conocimiento parcial de nuestra labor, y/o a cubrir carencias asistenciales de otro tipo.

18. El convenio de referencia en el sector de residencias privadas (12) no despliega las funciones del psicólogo, lo que da pie a posibles conflictos entre las partes, y a cierto margen de desamparo ante la demanda por parte de la «parte contratante» de actividades que no le son propias.

### **5.3. OFERTA FORMATIVA**

19. Existen contenidos óptimos en las titulaciones ofrecidas por las universidades catalanas de asignaturas de forma obligatoria y troncal, lo que permite que cierto contenido en el área de la gerontología se dé de manera universalizada. Por otro lado, la oferta optativa es escasa. Aunque, al aparecer nuevas asignaturas, se aprecia la voluntad de adecuarse a la demanda real de formación del colectivo, éstas siguen siendo insuficientes a la hora de capacitar realmente al profesional en el ámbito de la actuación gerontológica, lo que obliga al curso de programas de tercer ciclo.

20. El COPC, al ofrecer formación especializada, ha sabido responder a la demanda del colectivo. De todas formas, no nos consta que haya un sistema de detección de necesidades, por lo que puede que haya áreas formativas que no se estén ofreciendo por desconocimiento del sentir de los profesionales.

21. La oferta que se ha revisado basa en gran parte sus contenidos en la neuropsicología y la psicoestimulación, en el marco de la intervención con personas con deterioro cognitivo. Percibimos una oferta deficiente en lo que respecta a programas dirigidos a promoción de la salud, envejecimiento activo, y prevención en general. Tampoco encontramos programas sobre intervención psicopatológica en geriatría, cuando la oferta dirigida a la intervención con otros grupos etarios es amplia.



## 6. RECOMENDACIONES

---

Para acabar de dar cuerpo a nuestro documento, expondremos las recomendaciones y sugerencias que se derivan de las conclusiones realizadas a partir de los resultados. Éstas aparecen numeradas de forma consecuente con la conclusión de la que se deriven, pudiendo hacer una breve referencia a ésta.

### 6. 1. APOYO DESDE LA ADMINISTRACIÓN

1.El nuevo modelo asistencial hizo dar un gran paso hacia la universalización de nuestra actividad. Apoyamos la normativización como vía de normalización teórica, y animamos a la administración a seguir realizando acciones que permitan una normalización real.

2.Recomendamos una revisión del modelo asistencial en la que se asuma las siguientes sugerencias:

2.1. Que indique como derivadas de la actividad del psicólogo acciones de tipo preventivo, siguiendo la línea del envejecimiento saludable y promoción de la calidad de vida.

2.2. Sobre la omisión del psicólogo en la intervención con personas que presentan «baja dependencia», nuestra recomendación es doble:

2.2.1. Que el grado de dependencia no sea un discriminante a la hora de planificar la posible intervención del psicólogo. Algunas personas que residen en centros geriátricos y que muestran un grado de baja dependencia según los baremos del *Institut Català d'Assistència i Serveis Socials* tienen alteraciones de tipo afectivo o emocional, y/o presentan alteraciones del comportamiento. Siendo candidatas a recibir asistencia psicológica, no disponen *a priori* del recurso.

2.2.2. Que se redefina el criterio de aplicación del grado de dependencia. Como comentábamos en las conclusiones, únicamente se contempla el grado de autonomía para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD) junto al estado cognitivo. Proponemos un nuevo criterio de valoración que tenga en cuenta otros factores que también afectan a la dependencia y son obviados, como el estado emocional/afectivo y los trastornos del comportamiento.

- 2.3. Que se considere al psicólogo en el diseño del programa de ABVD y AIVD, conjuntamente con el resto de equipo.
- 2.4. Que se delimite con mayor claridad las funciones entre el psicólogo y el trabajador social.
- 2.5. Que se trasladen los aspectos referentes a la atención al duelo y al soporte psicológico grupal al ámbito de intervención del psicólogo.
- 2.6. Que se corrija la omisión de diferentes aspectos de la intervención:
  - 2.6.1. Dentro del marco del programa de participación con familias: Soporte psicológico, aprendizaje psicoeducativo, asesoramiento, etc.
  - 2.6.2. Intervención sobre grupos de riesgo de dependencia psicoafectiva: desarrollo de habilidades sociales, imagen personal, autoconcepto, etc.
  - 2.6.3. Formación y soporte psicoafectivo del personal

3. En futuras revisiones del modelo, se debería seguir una línea de trabajo que atendiera en mayor grado la opinión del colectivo profesional, a través de la implicación del colegio oficial de referencia.

4. La administración debería realizar un mayor esfuerzo pedagógico que atenúe la inquietud del colectivo de directores ante el escaso conocimiento del nuevo profesional que se incorpora a sus equipos. Recomendamos la elaboración de documentos, sesiones formativas, y otras acciones dirigidas a paliar la desinformación.

5. Por ser una inquietud frecuente por parte de los directores y gestores, recomendamos una revisión del sistema de conciertos que permita detectar si ciertamente afecta a la viabilidad de los proyectos empresariales.

6. Con el fin de garantizar una mayor calidad asistencial, la capacitación mínima exigida por la administración debería estar más orientada a la actividad que posteriormente se ejercerá. Además de la titulación ya exigida, proponemos que se exija formación en cursos de capacitación en los que cursar áreas relativas al proceso asistencial, gestión, calidad, etc. Se acompañaría de una tabla de homologaciones que permitiera convalidar formación efectuada de forma previa.

## **6. 2. SITUACIÓN LABORAL DEL COLECTIVO**

### **Parte «contratante»**

7.Recomendamos la generación de herramientas que favorezcan buen criterio en la contratación, gestión de los equipos y exigencia de tareas. En la elaboración de éstas debería estar implicado el propio sector a través de sus plataformas patronales. Entendemos que esto mejoraría las condiciones de adopción del psicólogo en los equipos.

8.Ante el desconocimiento que aún sigue mostrando parte del sector, mantenemos la recomendación anterior.

9.Recomendamos un cambio de criterio en la valoración de costes/beneficios en la apreciación del psicólogo como «excesivamente caro», ya que únicamente se tiene en cuenta el coste económico que supone el profesional a la empresa. Ante este posicionamiento, recomendamos una revisión de la organización de los recursos humanos. Posiblemente se estén atribuyendo funciones al psicólogo que le serían propias a otros profesionales de inferior categoría salarial (animación, tareas administrativas, etc.), lo que nos llevaría a recomendar, lejos de la reducción de horas contratadas, que estas horas sean dedicadas por el psicólogo a la realización de intervenciones de tipo preventivo. A su vez, este tipo de intervenciones tendrá un efecto reductor de costes: reduciendo niveles de dependencia que supondrán una menor carga de trabajo al equipo asistencial, disminuyendo el estrés laboral, mejorando el clima organizacional, aumentando la satisfacción percibida por familiares y residentes.

10. Sobre la vivencia de la normativización como una amenaza, mantenemos la recomendación de que los agentes implicados (el propio colectivo de directores/gestores/empresarios, administración y psicólogos) deben seguir generando iniciativas que permitan una mejora en el conocimiento de nuestra labor.

11.Ante la visión parcial de la posible actividad profesional del psicólogo, volvemos a constatar la necesidad de que los psicólogos realicemos una labor pedagógica y de difusión de cuál es nuestra labor.

12.Aunque irá vinculado a las características e idiosincrasia de cada centro, se debería encargar al psicólogo tareas que no se vean reducidas a la psicoestimulación, como observamos de forma frecuente.

Recomendamos que en la creación de equipos se contemple la intervención del psicólogo de forma global. Un ejemplo poco frecuente pero realmente ilustrativo del interés por intervenir sobre todo el espectro psicológico de la población residencial sería el practicado en el centro especializado de personas afectadas de demencia AIDAR, de Barcelona. En este centro se cuenta con dos psicólogos, uno experto en neuropsicología y otro en la intervención afectivo-emocional en residentes, familiares y equipo. Aun así, si encontramos de forma frecuente la queja del alto coste que supone la contratación de un psicólogo, las innovadoras propuestas de contar dos psicólogos nos parecen, dejando de lado la enorme calidad potencial que suponen, poco más que anecdóticas.

13. Recomendamos medidas que atenúen el grado de precariedad que presenta gran parte del colectivo de psicólogos en sus contrataciones, y permitan así el buen ejercicio profesional. La contratación no se debería limitar al mínimo número de horas legal. Deben aplicarse medidas que favorezcan la conciliación familiar y laboral, tales como ofrecer flexibilidad en el cumplimiento de la jornada laboral. No se trata de determinar un número exacto de horas, ya que éste irá en función de las características de cada centro, pero sí de tomar medidas en la línea de reducir el alto pluriempleo. Con ello, se dotaría al profesional de espacios temporales

### **Parte «contratada»**

14. Recomendamos replicar el estudio realizado en 2000 por el grupo de gerontología del *Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya* sobre la implantación del psicólogo en residencias geriátricas. Ello nos mostraría el impacto del nuevo modelo desde el punto de vista de los aspectos laborales. Nos consta que hay un gran interés por replicarlo desde el grupo de gerontología actual, iniciativa que animamos..

15. El propio colectivo debe formar y sensibilizar a sus miembros. Con este fin deberá elaborar propuestas que faciliten el conocimiento de las tareas que se derivan del psicólogo en residencias. Mayor activismo del colegio oficial de referencia, y de sus grupos de trabajo en gerontología, hacia la dignificación de la imagen del psicólogo trabajador en residencia geriátrica. Creemos que la base está en que se conozca mejor nuestra actividad, por lo que proponemos acciones de tipo pedagógico ante el propio colectivo y la sociedad en general, como la generación de *inputs* positivos en los medios de comunicación, en las publicaciones propias, y

en general todas aquellas acciones que permitan un acercamiento al conocimiento de nuestra función.

16. A fin de proteger el «mal uso» del colectivo, el colegio oficial de referencia debería vetar todas aquellas ofertas por debajo de un estándar.

17. Los propios psicólogos no deberían aceptar tareas que no les son propias, ya que ello ayuda a mantener una percepción errónea, creando confusión en los límites profesionales y fomentando el bajo reconocimiento del colectivo. Una mayor exigencia de formación a la hora de acceder al puesto de trabajo de psicólogo evitaría una mala praxis, así como el ejercicio de prácticas no correspondientes a este profesional. Nuestro trabajo requiere una formación específica.

18. El convenio laboral de referencia (12) debe recoger el despliegue de funciones que configura la actividad del psicólogo en residencias geriátricas. Implicación del colegio oficial de referencia en la elaboración del convenio colectivo. Deberían determinarse las tareas que se desprenden de nuestra categoría laboral, con el fin de prevenir la mala práctica y posibles situaciones de conflicto laboral. La cuarta edición de nuestro convenio de referencia va a ser negociada en los próximos meses. No podemos saber que pasará, pero quizás se esté aún a tiempo de incluir medidas que favorezcan el desarrollo profesional.

### **6.3. OFERTA FORMATIVA**

19. Desde el marco universitario se debería ampliar la oferta de asignaturas optativas relativas a psicología y envejecimiento con el fin de formar profesionales preparados para la intervención. Nuestra recomendación está lejos de la voluntad de eliminar la formación de tercer ciclo, pero entendemos que ésta debe ir dirigida a ampliar conocimientos, habilidades y competencias, pudiendo haber adquirido anteriormente un nivel básico en éstos.

En otro contexto recomendaríamos enfáticamente una revisión del plan de estudios de la titulación de psicología que acogiera un posible itinerario en «psicogerontología». Entendemos que este planteamiento no sería práctico a la vista de la próxima revisión global de las titulaciones universitarias que implica la convergencia hacia el Espacio Europeo de Educación Superior, en el marco conocido como proceso de Bologna.

20. El COPC debe seguir tomando el pulso de las necesidades del colectivo. Hasta ahora se ha desarrollado una línea en la planificación de

la formación que consideramos óptima. Recomendamos un análisis sistematizado de la demanda real. Ésta puede ser una buena acción a liderar por los grupos de trabajo en gerontología.

21. Ampliar la oferta formativa privada, debe abarcar todas las áreas de la intervención gerontológica, especialmente las referentes a la intervención psicopatológica y la prevención, donde se han detectado carencias a nivel de programas ofertados.

## **7. CONSIDERACIONES FINALES**

---

Ya para finalizar, hemos querido realizar algunas reflexiones que van más allá de los contenidos que se han ido aportando.

La finalidad de nuestro trabajo era en un principio realizar una revisión de la situación actual de los psicólogos en el ámbito residencial geriátrico que nos permitiera desarrollar propuestas dirigidas a mejorar el desarrollo de su actividad. Para ello, hemos aportado un modelo de despliegue de sus funciones.

A medida que hemos avanzado en el conocimiento de la realidad descrita, se nos ha hecho evidente la necesidad de que se dé un cambio de percepción, tanto en el propio sector (directores, gestores, empresarios, etc.), como en el colectivo de psicólogos. Esta nueva percepción debe permitir una adecuación del profesional a un puesto de trabajo que debe estar claramente desglosado en sus competencias, además de normalizado en sus condiciones contractuales.

Ponemos para ello especial énfasis en la formación de todos los agentes implicados, desde el psicólogo que ofrece su candidatura a una oferta laboral, hasta los responsables de negociar los convenios laborales que afectarán al sector, pasando por directores, gestores, empresarios, y resto de profesionales implicados.

Los psicólogos, en el marco de una atención interdisciplinar, podemos ayudar a ofrecer altas cotas de calidad asistencial. En ello tendrá gran importancia la labor que los colegios profesionales, mediante sus grupos de trabajo en gerontología, hagan en la dirección de clarificar, divulgar y dignificar la actividad profesional que tanto nosotros como el resto de profesionales podemos ofrecer a las personas mayores en los centros residenciales. Por nuestra parte, creemos que tanto las recomendaciones que hemos descrito como el modelo de actividad presentado pueden ayudar en este sentido.

Esperamos que este documento haya servido, y pueda servir en el futuro, para motivar la reflexión, que facilite la generación de propuestas y medidas que aporten una mayor calidad en la atención, de la que nos beneficiaremos tanto los psicólogos como los directores, empresarios, y sobre todo las personas mayores que escriben su historia de vida desde los centros residenciales.

Barcelona, septiembre de 2005.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Acebal, R., Andaluz, M., Bruña, M. A., Carrasco, J., Doménech, M. et al. (2004) *Una nova concepció en l'atenció a la gent gran*. Barcelona: Premi ACRA a la qualitat en l'atenció a la gent gran 2004.

2. Arenas, S., *El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinar de un centro residencial geriátrico*. Ponencia en el marco de la VI Jornada sobre *Derechos y Obligaciones en Centros Sociosanitarios y Residencias. Presente y futuro del servicio*. Màster en Gerontologia Social. Universitat de Barcelona/Fundació Bosch i Gimpera. Barcelona, 9 de julio de 2002.

3. Ballester, D. (coord.) *Estudi del rol del Psicòleg en el camp de la gerontologia*. Materials del COPC, núm 10. COPC, 2000.

4. Bohórquez, A (coord.) (2004). *100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en Residencias de Personas mayores*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia.

5. Buendía, José (Comp.) (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España.

6. Erickson, E. (reed. 2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ed. Paidós.

7. *Decret 176/2000*, de 15 de mayo, de modificació del decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials. Generalitat de Catalunya. DOGC.

8. *Decret 284/96*, de 23 de julio, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials. Generalitat de Catalunya.

9. Frutos, F. y Vila, J., *El paper del psicòleg dins el nou model d'atenció a les persones grans en residències assistides*. Full Informatiu del COPC. COPC. Abril 2002– núm. 146, pp. 9 y 10.

10. Grup de treball del Consell Asesor en Psicogeriatria (1998). *Els trastorns cognitius i de la conducta en l'atenció sociosanitària*. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya.

11. Havighurst, R. J. (1967). *Adult education and human development*. Centro Social (an international issue), núm. 14, 12.



12. *III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio a Domicilio*. CCOO, UGT, LARES, FNRPTE, FEDERTE, ACRA.

13. Lemon, B.W; Bengtson, V.L; y Peterson, J. A. (1972). *An exploration of the activity theory of aging. Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community*. Journal of Gerontology, 27, 511-523.

14. López, E., *¿Es necesario el psicólogo en centros de personas mayores?*. Revista Infocop. Publicaciones del COP. Enero-marzo 2004, pp. 70-74.

15. Martín, M (Coord.) (2000). *Las Personas Mayores y las Residencias*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

16. Montserrat, J. y Valls, M. (1999). *Indicadors de qualitat en el funcionament i en la gestió de les residències per a persones grans*. Barcelona: Fundació Agrupació Mutua.

17. *Model d'atenció a les persones grans en residències assistides*, de juny de 2001. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya.

18. *Model d'atenció a les persones grans en residències assistides. Relació d'activitats i programes assistencials i instruments de valoració*, de juny de 2001. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya

19. Moragas, R. (1991). *Gerontologia Social*. Barcelona: Ed. Herder.

20. *Ordre BES/12/2002*, de 14 de Gener, Ordre de Convocatòria per a l'acreditació d'entitats col·laboradores del Programa de suport a l'acolliment residencial per a gent gran (...). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya.

21. Salvà, A. (coord..) (2004). *Anuari de l'envelliment. Catalunya 2004*. Barcelona: Agrupació Mutua – Fundació Institut Català de l'Envel·liment.

22. Sancho, M. T. (Coord.) (2002). *Las personas Mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Observatorio de Personas Mayores - Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

23. Síndic de Greuges de Catalunya (2004). *Informe extraordinari: L'atenció a la gent gran dependent a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya

24. Tuà, T. (2005). *L'àmbit laboral d'atenció a la dependència*. Barcelona: Comissió Obrera Nacional de Catalunya.

25. Vega, J.L. y Bueno, B. (1995) *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid. Síntesis.

26.VV.AA. (2001). *Documentación clínicoasistencial para centros asistidos y sociosanitarios*. Barcelona: Ed. Herder - Fundación SAR, Fundación Avedis Donabedian.

27.VV.AA. (2002). *Gestión asistencial de residencias para mayores: Manual práctico*. Ed. ARS médica – Eulen Servicios Sociosanitarios.

28.VV.AA. (1998). *Las residencias son para vivir*. Vitoria: Ed. Social Services Inspectorate. British Dep. of Health – Dep. de Bienestar Social. Diputación Foral de Álava.

29.VV.AA. (2002). *Llibre Blanc de la Gent Gran amb Dependència*. Barcelona: Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya.

30.VV.AA. (1993). *Pla Integral de la Gent Gran*. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya.

