ESTUDIO

sobre los profesionales de la Psicología en el ámbito de las demencias en la Comunidad de Madrid.

Situación actual y propuestas.

Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

AUTORAS DEL ESTUDIO:

Isabel Álvarez Sánchez (coordinadora Grupo de Trabajo)
Begoña Zuloaga Iglesias (coordinadora Grupo de Trabajo)
Adela Franco Gómez
Mª Luz Sáez de Vicente
Laura Espantaleón Rueda
Laura Escribano Martín
Marta Llavona Serrano
Mónica De Simone Paulillo.

COLABORADORAS DEL ESTUDIO:

Patricia de María Ureta
Esther Camacho Ortega

EDITA:

Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
Cuesta de San Vicente, 4 - 28008 Madrid
www.copmadrid.org

ISBN:

978-84-87556-53-1

DEPÓSITO LEGAL:

M-4879-2021

DISEÑO:

Gráficas Nitral, S.L.
C/ Arroyo Bueno 2 - 2ºC - 28021 Madrid
www.nitral.es

ESTUDIO

sobre los profesionales de la Psicología en el ámbito de las demencias en la Comunidad de Madrid.

Situación actual y propuestas.

Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

GRUPO DE TRABAJO PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO Y DE LAS DEMENCIAS

Resumen

Objetivo

Analizar la situación de los profesionales de la Psicología en la atención en centros especializados de intervención a enfermos de Alzheimer y otras demencias en la Comunidad de Madrid. Método: se recogen 201 cuestionarios on line de colegiados de Madrid, entre noviembre de 2017 y enero 2018. Resultados: Los participantes son mayoritariamente mujeres con una media de edad de 39 años y con más de 10 años de experiencia. Cerca del 50% trabajan en centros de día y/o residencias. El 98% poseen estudios de postgrado y el 82% están habilitados para la actividad sanitaria. La mitad posee contratos inferiores a 30 horas y el 57% compagina con otros empleos, de los que casi 3 de cada 4, no están relacionados. La figura del psicólogo se encuadra en otras actividades que no son propias, como actividades socioculturales, coordinación o formación del personal. El 40-50% de los psicólogos han visto modificadas sus funciones iniciales hacia otras como gestión y coordinación y el 50% no reciben formación por parte de la empresa. Conclusión: Se trata de profesionales especializados y habilitados para el ejercicio de actividades sanitarias, con contratos temporales y jornadas parciales, con pocas horas de dedicación a la semana a cada función. Existen profesionales que no realizan funciones propias del psicólogo. Las propuestas de mejora de los encuestados son: aumento de horas y de ratio, mayor contratación y mejora de la inestabilidad laboral, realización de funciones propias, mayor dotación de recursos, y formación.

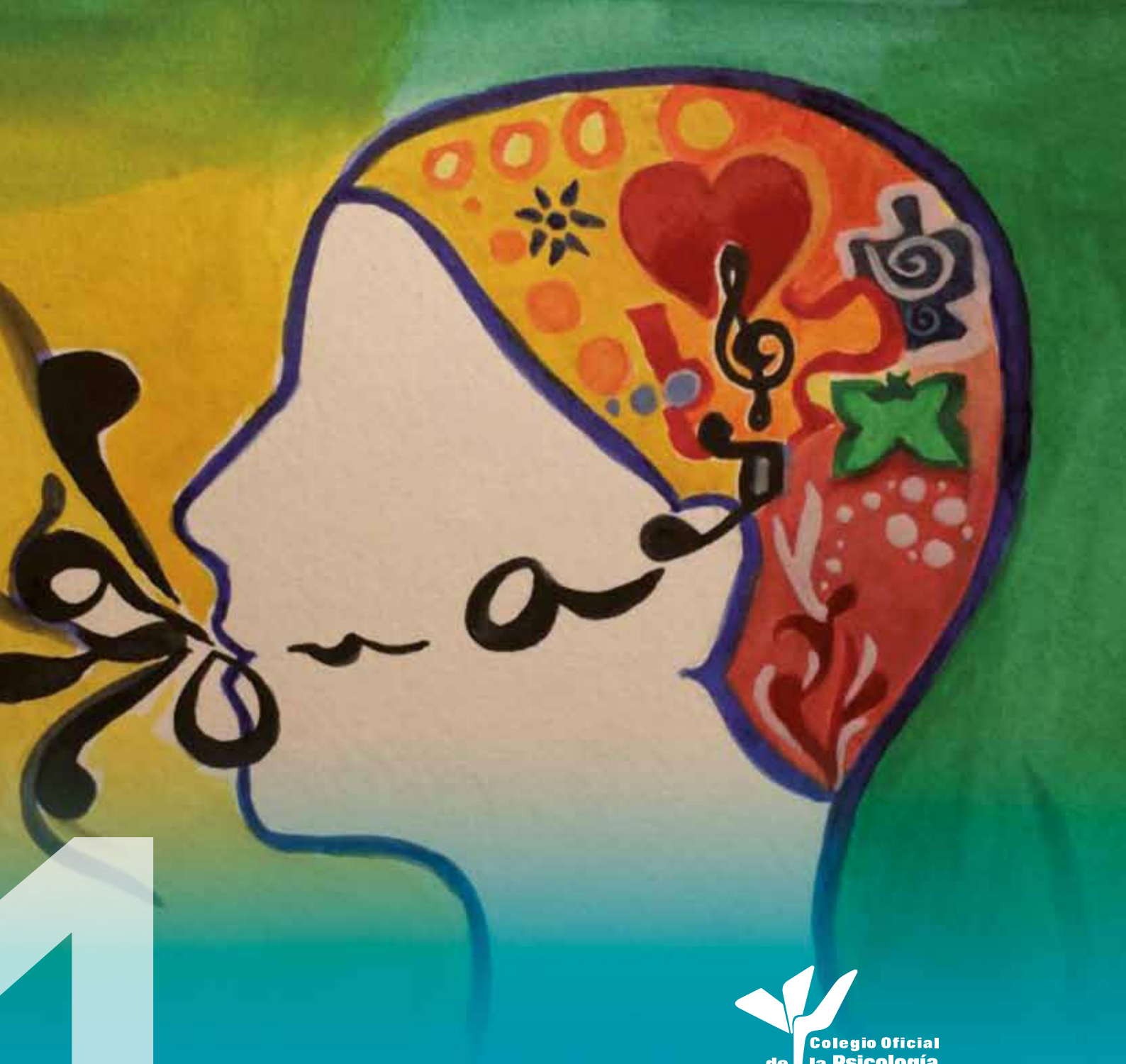
Palabras claves

Psicología, perfil laboral, demencias, Alzheimer, residencias, centros de día, Comunidad de Madrid.

Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

Índice

1. INTRODUCCIÓN 7
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS 11
3. MÉTODO 13
4. RESULTADOS 15
   4.1. Variables de edad, sexo y formación postgrado 16
   4.2. Habilitación para actividades sanitarias y organigrama . 16
   4.3. Situación laboral 18
   4.4. Funciones desarrolladas 24
   4.5. Modificación de funciones, grado de participación y acuerdo 41
   4.6. Percepción y valoración de los recursos disponibles, aspectos de mejora de la calidad de la atención psicológica y grado de satisfacción laboral 46
   4.7. Comentarios finales de los encuestados 50
5. CONCLUSIONES-DISCUSIÓN Y LIMITACIONES 53
6. PROPUESTA DE ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN 61
7. AGRADECIMIENTOS 65
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 67



Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

1 Introducción

Introducción

El proceso del envejecimiento es objeto de estudio de la Psicología desde hace ya varias décadas. Gracias a la producción científica de disciplinas como la Psicogerontología, la Psicología cognitiva o la Neuropsicología, se ha consolidado un cuerpo de conocimiento científico acerca de la evolución y el impacto de los cambios a lo largo del ciclo vital: cambios asociados a los aspectos emocionales y sociales, al bienestar, al comportamiento, a la personalidad, y a las capacidades cognitivas en el envejecimiento normal y patológico. [1, 2]

La importancia de la dimensión psicológica del envejecimiento se ve reflejada en las políticas y planes dirigidos a esta población en el marco internacional. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud, en el informe sobre el envejecimiento y la salud [3], hacen un llamamiento sobre la importancia del envejecimiento saludable, la salud mental de los mayores y la importancia de promover entornos facilitadores de bienestar.

Por su parte, respecto a la atención de las demencias, el Parlamento europeo estableció en la resolución del 19 de enero de 2011 [5], unas medidas para reforzar la atención en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento e investigación. Dentro de estas medidas se hizo hincapié en la importancia del enfoque psicológico del envejecimiento dentro de los tratamientos no farmacológicos tanto en el apoyo psicológico de los pacientes como de sus familias. En este sentido, la Sociedad Británica de Psicología [6], incide en el rol clave que desempeñan las intervenciones psicológicas en la mejora del bienestar tanto de las personas con demencia como de sus familiares y cuidadores. Asimismo, en España, el Plan Integral de Alzheimer (2019-2023), publicado en 2019 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el que ha participado el Consejo General de la Psicología de España entre otras entidades, menciona a la psicología como disciplina involucrada, junta a otras, en la administración de las terapias no farmacológicas [7].

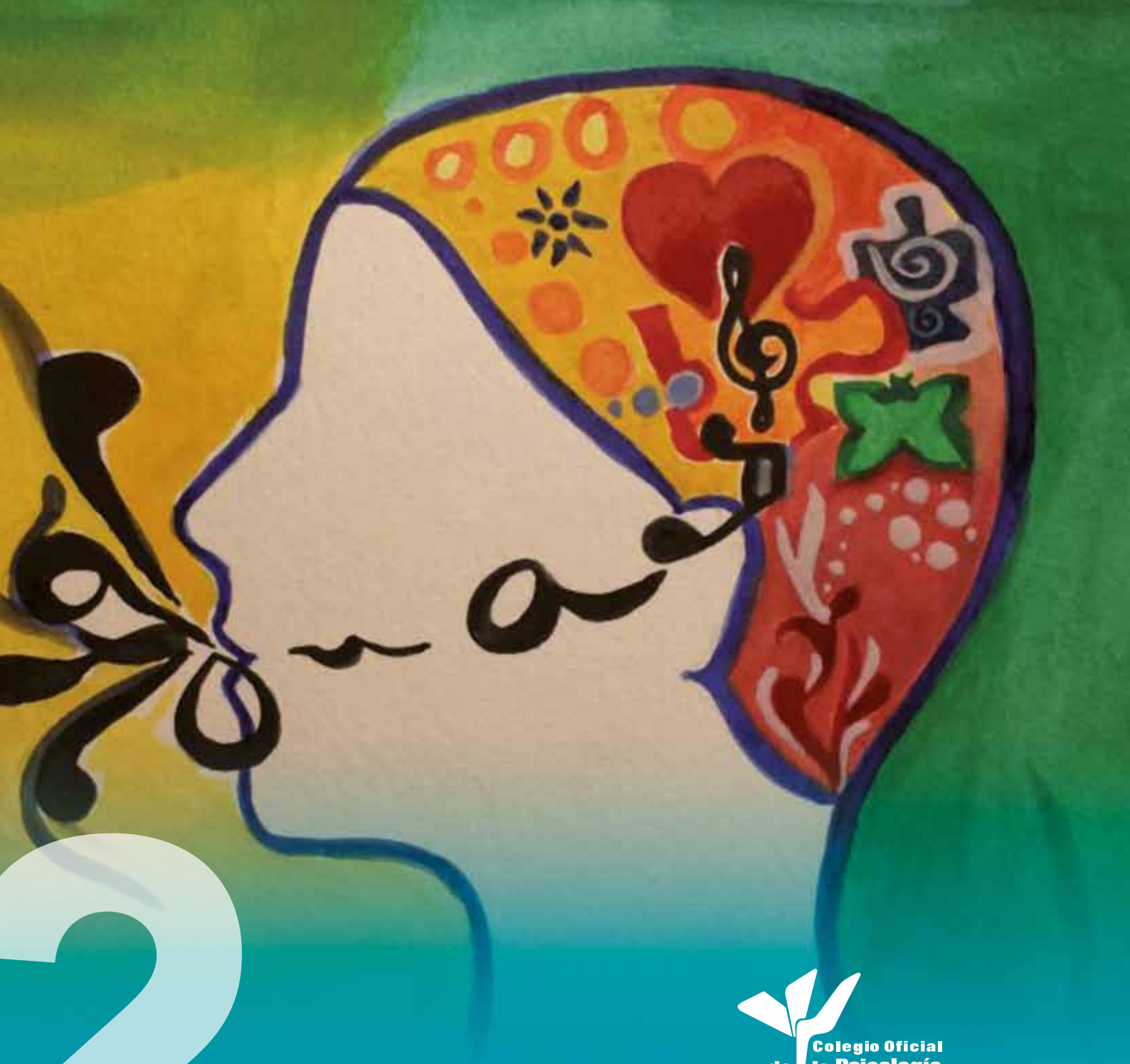
Los profesionales de la Psicología han desarrollado un conjunto de competencias en el ámbito aplicado para la población mayor y su entorno, propias de la esfera psicológica [8, 10, 12], que podrían resumirse a continuación:

- Evaluación psicológica: cognitiva, emocional y de conducta.
- Terapias psicológicas individuales y grupales.
- Asesoramiento, formación y apoyo psicológico a familias y cuidadores.
- Asesoramiento, formación y apoyo a los equipos de intervención: prevención de situaciones de burnout, manejo del duelo y cuidados psicológicos al final de la vida, control y alternativas a las sujeciones físicas y químicas, buen trato, promoción de la salud, entre otras.
- Investigación.

En el campo de las enfermedades neurodegenerativas, la contribución de los psicólogos es indiscutible en el abordaje multidisciplinar centrado en la persona afectada por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias [6, 9, 11, 13] en las áreas de prevención y manejo de alteraciones emocionales o de conducta, modificación ambiental, detección precoz del deterioro cognitivo e intervención no farmacológica, así como la atención a las familias cuidadoras, entre otras.

Sin embargo, cuando nos acercamos a la realidad laboral de nuestro país, y revisamos la normativa en vigor [14, 15, 16, 18], son escasos los decretos, las disposiciones, los pliegos de condiciones de concursos públicos, etc., donde se establezca la necesidad de contar con profesionales de la psicología en los equipos multidisciplinares en este sector.

Por otra parte, la figura del psicólogo no está presente de manera generalizada en las plantillas de las residencias públicas de la Comunidad de Madrid. De igual manera, ocurre en las residencias de ámbito privado. De este modo, su inclusión en los equipos depende fundamentalmente del modelo de intervención de los centros privados que se dedican al cuidado de personas mayores con enfermedades neurodegenerativas, y no como respuesta a una necesidad real de atender los aspectos psicológicos para la mejora de la calidad de vida de estas personas.



Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

2

Justificación y objetivos

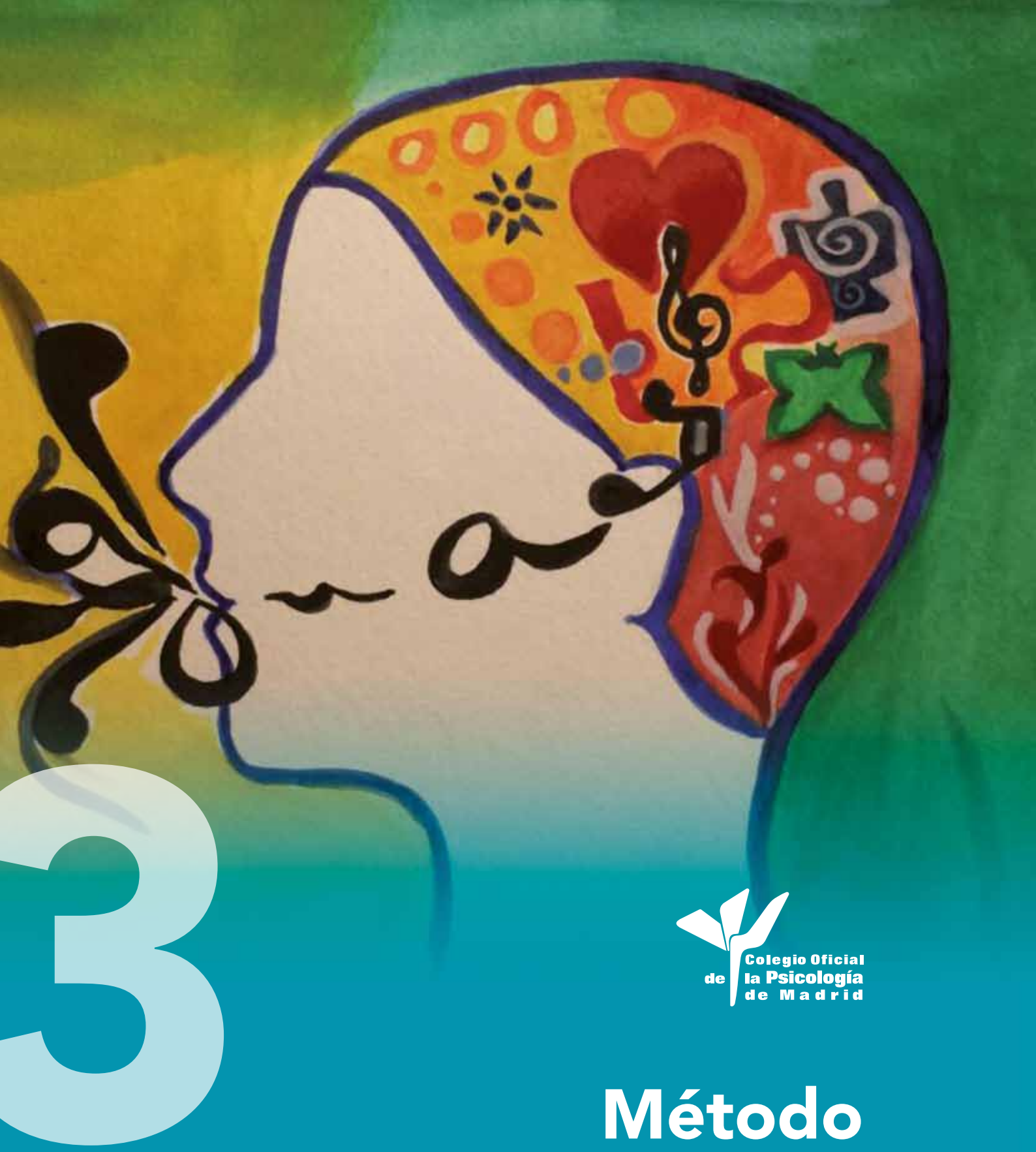
Justificación y objetivos

Desde esta perspectiva, el grupo de trabajo de Psicología del Envejecimiento y Demencias del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, en su afán de conocer la situación actual del psicólogo en este sector y debido a la escasez de datos sobre el perfil y la situación laboral de los profesionales que trabajan en este ámbito, se plantea llevar a cabo un estudio que arroje luz sobre esta cuestión.

El objetivo general de la investigación es conocer la situación laboral actual del psicólogo dentro de los centros especializados de intervención a enfermos de Alzheimer y otras demencias en la Comunidad de Madrid para dar visibilidad la profesional de la psicología en este sector.

Respecto a los objetivos específicos se señalan los siguientes:

- Describir el perfil del profesional de la psicología que trabaja en estos centros.
- Analizar las condiciones laborales de los profesionales de la psicología en los centros.
- Conocer la carta de servicios del área de psicología ofrecidos actualmente en los centros
- Valorar la calidad y adecuación del servicio a través del repertorio de actividades y las horas dedicadas a cada una de ellas.
- Conocer la percepción y valoración que los psicólogos poseen del papel que realizan en su ámbito laboral concreto.



3

Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

Método

Método

Para la recogida de la información, el grupo de trabajo confeccionó un cuestionario estructurado autoadministrado, en soporte *on line* que fue enviado a todos los colegiados de la Comunidad de Madrid por parte del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Se recogieron 201 formularios, siempre de manera anónima, entre noviembre de 2017 a enero 2018.

Este cuestionario constaba de 24 preguntas, de las cuales 20 eran cerradas (16 de ellas de opción única y 4 de opción múltiple). Las preguntas se dirigieron a analizar 6 bloques de contenidos relacionados con la figura del psicólogo en el área de trabajo con personas mayores con enfermedades neurodegenerativas, relativos a su nivel formativo, lugar de trabajo y situación laboral.

Dentro de las cuestiones relacionadas con las funciones que desempeña el psicólogo se analizaron las siguientes: evaluación, elaboración de informes, cumplimentación /seguimiento de programas de intervención individualizada, intervención cognitiva, atención psicológica a las personas usuarias y sus familias, tanto en su modalidad individual como grupal, coordinación, marketing, tareas de animación sociocultural, formación del personal y una opción abierta sobre la modificación de funciones, grado de participación y consenso para poder ser cumplimentada por parte de los encuestados. Por último, se añadió un bloque de cuestiones en el que los encuestados pudieran reflejar aspectos que no hubiesen sido explorados.

En un primer análisis descriptivo cuantitativo y cualitativo de los datos, se tomó en cuenta la muestra total de las 201 encuestas recogidas. Posteriormente, en una segunda fase, se analizaron y compararon los datos procedentes de profesionales de residencias y/o centros de día (en adelante RyCD) y de profesionales que trabajan en otros centros como fundaciones, parroquias, asociaciones, unidades hospitalarias, ámbito de investigación, universidad, etc., (en adelante OC).

Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

4

Resultados

Resultados

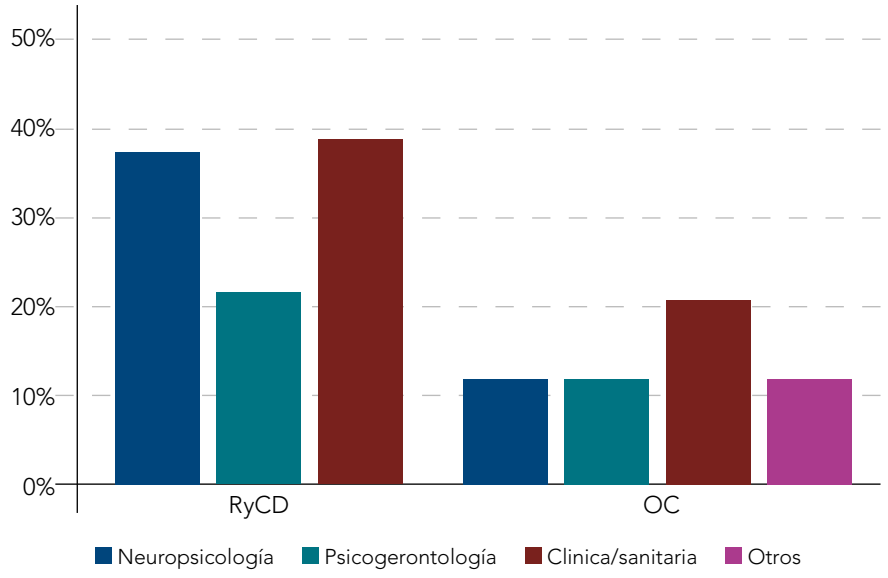
4.1. VARIABLES DE EDAD, SEXO Y FORMACIÓN POSTGRADO

A continuación, analizaremos los datos obtenidos respecto a las características de los participantes.

Los datos muestran que el 85% de los profesionales son mujeres, con una media de edad de 39 años. El 51,74% de ellos trabajan en RyCD, y el resto en OC. La titularidad de los centros en los que trabajan se distribuye de la siguiente manera: sector privado (61,8%), sector público (25%), y concertado (12%).

Respecto a la formación de posgrado (Gráfico4.1.1), el 99% de las encuestadas poseen este tipo de formación. Hay que destacar que el 18,9% de la muestra total, es decir casi dos de cada diez, posee dos o más postgrados. En la muestra de profesionales de RyCD, el 45,19% posee estudios de psicogerontología (envejecimiento, Gerontología social, demencias), el 38,46% de neuropsicología, y el 32,69% de estudios en el área clínica/sanitaria (Máster en psicología general sanitaria, especialista en psicología clínica, máster en psicología clínica y de la salud, máster en psicoterapia...). En la muestra de los encuestados que trabajan en OC, el 42,26% tiene estudios de neuropsicología, el 35,57 posee estudios del ámbito del área clínica/sanitaria y el 20,61% de psicogerontología. Además, en la muestra RyCD el 14,42% posee formación de psicogerontología y neuropsicología, mientras que sólo encontramos un 1% en la muestra de OC.

Gráfico 4.1.1.- Estudios de posgrado



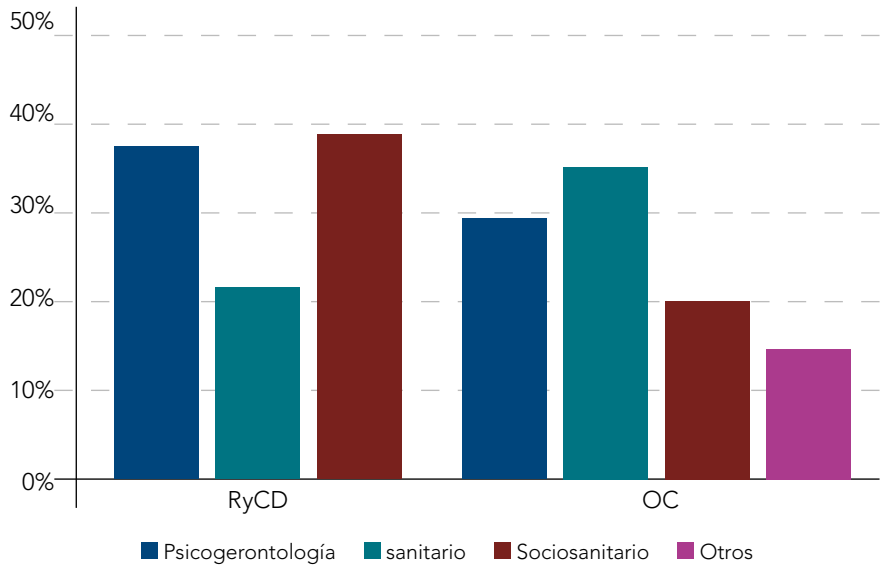
4.2. HABILITACIÓN PARA ACTIVIDADES SANITARIAS Y ORGANIGRAMA

Asimismo, el 82% de la muestra general están habilitados para el ejercicio de actividades sanitarias. Si atendemos a los datos de los profesionales que trabajan en

RyCD la cifra asciende al 90,1%, mientras que en la muestra que engloba OC es del 73,19%.

En cuanto al departamento al que pertenecen los psicólogos dentro del organigrama de sus centros (Gráfico 4.2.1.), los datos en la muestra de RyCD se distribuyen como sigue: el departamento psicosocial representa el 37,8%, el sanitario el 23,3%, y el sociosanitario el 38,9%. En la muestra perteneciente a OC, el 36,08 % pertenece al departamento sanitario, el 27,83% al psicosocial y el 20,61% al sociosanitario. A diferencia a la muestra de RyCD, el 15,48% de los OC pertenecen a otros departamentos: de investigación/formación del ámbito universitario (4,12%), de psicología/neuropsicología (3,09%) o departamentos no relacionados con los anteriores (8,27%), por ejemplo cultural, educativo, juzgado, o de prevención de riesgos laborales.

Gráfico 4.2.1. Departamento adscrito de la figura del psicólogo. Muestras RyCD y OC



Respecto al organigrama del centro en el que trabaja la muestra de RyCD, el 93,26% lo conoce. La supervisión del trabajo de la psicóloga (Gráfico 4.2.2) la realiza en el 65,38% de los encuestados el director del centro, en el 19,23% el coordinador, el 3,84% el médico, el 3,84%, el gerente o jefe de personal, el 3,84% el mismo psicólogo y un 0,96% de casos en los que no hay ninguna figura de supervisión. En OC, el 86,59% conoce el organigrama de su centro. La figura que se encarga de la supervisión del trabajo del psicólogo (Gráfico 4.2.3.) es el coordinador (30,92%), el director (26,8%), el médico (17,52%) y el gerente (10,3%). Además, hay que señalar que el 8,24% afirma ser ella misma la responsable del programa, el 4,12% dice no tener ninguna figura de supervisión y el 2,1% señala a otras figuras como supervisores (P.e.: juez o investigador principal).

Gráfico 4.2.2. Supervisión del trabajo del psicólogo en muestra de RyCD

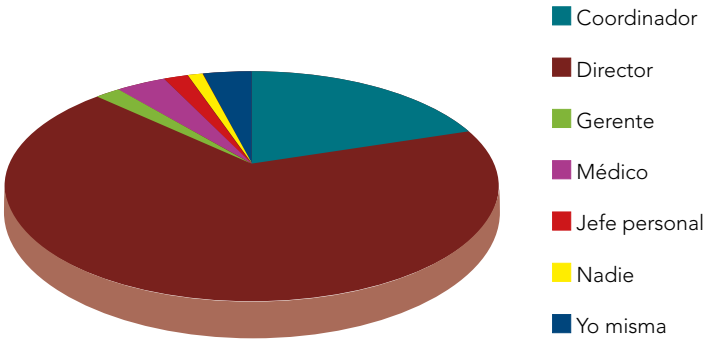
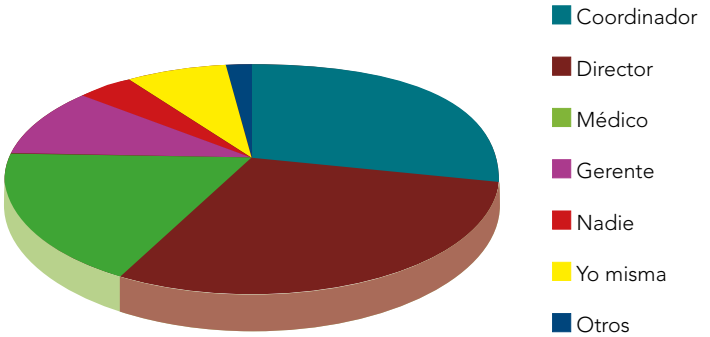


Gráfico 4.2.3. Supervisión del trabajo del psicólogo en muestra OC



4.3. SITUACIÓN LABORAL

En este apartado analizamos las condiciones laborales, es decir, el tipo de contrato y tipo de jornada, años de experiencia laboral y remuneración salarial.

En relación a las condiciones laborales, en la tabla 4.3.1., se recogen los datos del tipo de contrato, horas semanales contratadas y el tipo de centro:

Tabla 4.3.1. Datos cruzados de tipo de contrato, horas semanales y tipo de centro

	INDEFINIDO		TEMPORAL		AUTONOMO		OBRA O SERVICIO		
HORAS SEMANALES	RyCD	OC	RyCD	OC	RyCD	OC	RyCD	OC	MUESTRA TOTAL
< 20 HORAS	8	2	5	4	7	13	3	8	50 (25%)
20-30 HORAS	19	2	7	8	4	9	3	4	56 (28%)
> 30 HORAS	35	30	9	7	2	7	3	3	95 (47%)
TOTAL	61	34	21	19	13	29	9	15	
MUESTRA TOTAL	95 (47%)		40 (20%)		42 (21%)		24 (12%)		201 (100%)

En cuanto al **tipo de contrato** (Gráficos 4.3.1. y 4.3.2.), los datos indican que el 47% de los psicólogos de la muestra general posee contratos por cuenta ajena indefinido, el 20% por cuenta ajena temporal, el 21% es profesional autónomo y el 12% por obra o servicio. Cuando comparamos el tipo de contrato y el número de horas, observamos que los contratos indefinidos son aquellos de más de 30 horas de trabajo, los temporales menos de 30 y los autónomos y los de obra o servicio son los de mayor porcentaje de contratos de menos de 20 horas.

Gráfico 4.3.1.
Tipos de contrato en muestra RyCD

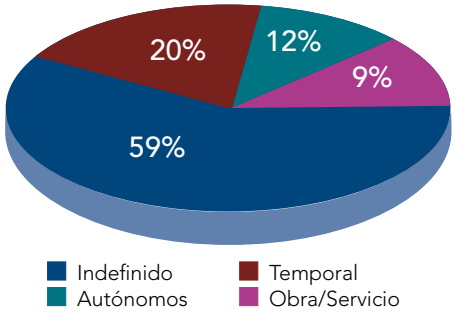
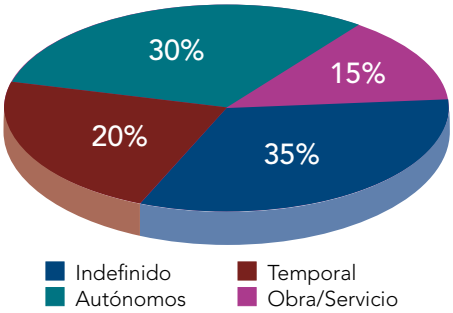


Gráfico 4.3.2.
Tipos de contrato en muestra OC



Hay que señalar que el 85,7% de los profesionales en régimen de autónomos, en ambas muestras, cobran por horas, siendo la tarifa más frecuente alrededor de 20€/hora.

En relación con **el número de horas contratadas** (Gráficos 4.3.3 y 4.3.4), los datos de la muestra de RyCD reflejan que el 53,85% de los psicólogos no llegan a una jornada completa, y de ellos el 58,92% trabaja entre 20 y 30 horas y el 41 % trabaja menos de 20 horas.

En la muestra de OC el 51,55% no tiene jornada completa, de los cuales el 46% trabaja entre 20 y 30 horas y el 54 % trabaja menos de 20 horas.

Gráfico 4.3.3.
Horas contratadas muestra RyCD

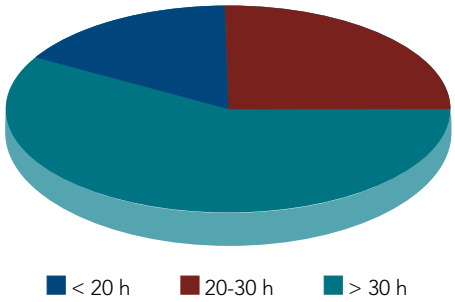
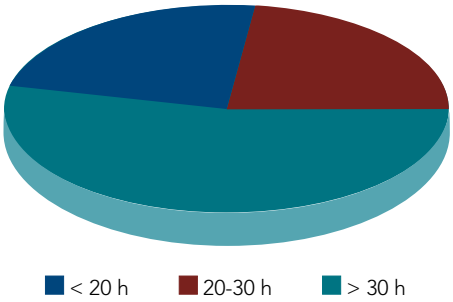


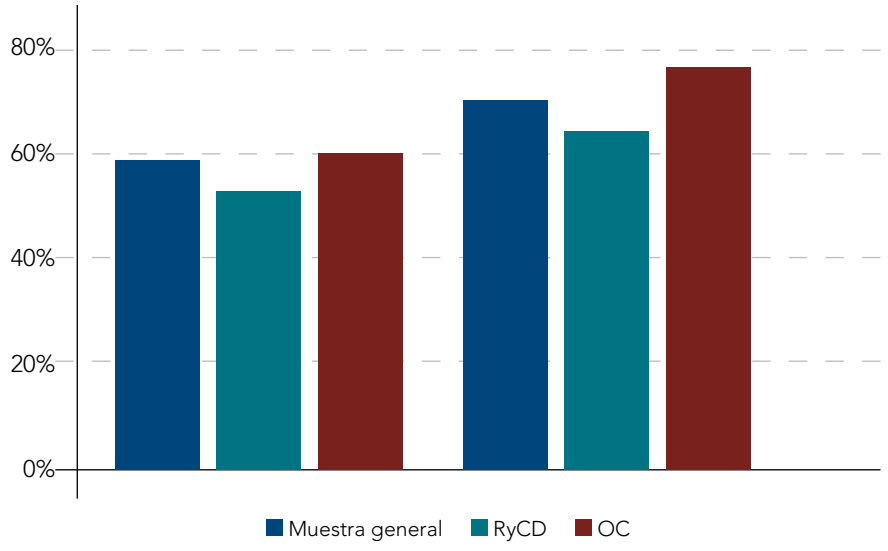
Gráfico 4.3.4.
Horas contratadas muestra OC



Si nos fijamos en el **tipo de jornada**, el 63,82% de los contratos indefinidos, pertenecen a la muestra de RyCD. Cuando hablamos del tipo de contrato temporal, las proporciones se igualan en ambas muestras en todas las jornadas. Y si el tipo de contrato es en régimen de autónomos, se observa que el 72,5% corresponden a la muestra de OC. Lo mismo ocurre con el contrato por obra o servicio, ya que el 62,5 % de estos contratos pertenece a esta muestra.

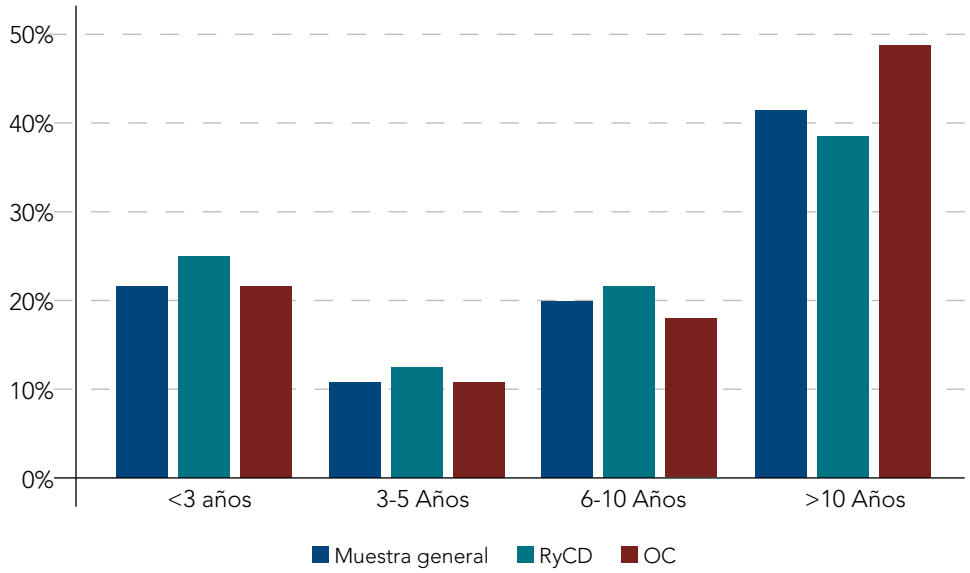
Se da la circunstancia de que el 56,21% de los encuestados de la muestra general afirma compaginar este trabajo con otra actividad profesional y de ese porcentaje, el 71,68% asevera que no tiene relación con el ámbito de las demencias. En el caso de los profesionales que trabajan en RyCD, es el 52,88% el que manifiesta que deben compaginar su trabajo, y en esta ocasión el 65% no tiene relación con el ámbito de las demencias. Los datos encontrados en la muestra de OC muestran un aumento de esta circunstancia, ya que el 60% combina con otros trabajos de los que el 75,86% no tienen relación. (Gráfico 4.3.5).

Gráfico 4.3.5. Otros empleos si/no relacionados con el ámbito de las demencias



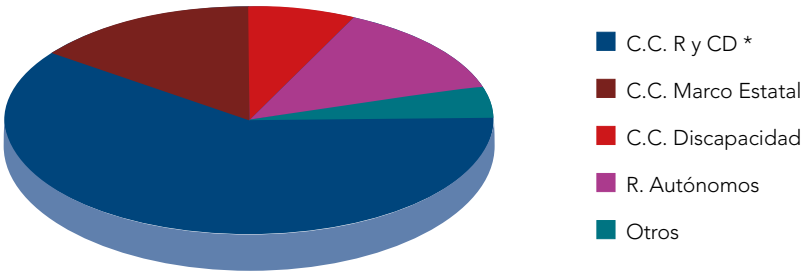
Por último, respecto a los **años de experiencia laboral** (Gráfico 4.3.6.), los datos de la muestra de las psicólogas que trabajan en RyCD expresan que el 25,97% posee hasta 3 años de experiencia laboral, el 14,42% de 3 a 5 años, el 22,11% de 6 a 10 años y el 37,5% llevan trabajando en el sector desde hace más de 10 años. Respecto a la muestra de OC, el 22,68% tiene hasta 3 años de experiencia, el 12,37% entre 3 y 5 años, el 17,52% entre 6 y 10 años, y el 47,43% posee más de 10 años de experiencia. Como se aprecia, la mayor diferencia entre ambas muestras se encuentra en el intervalo de más de 10 años, que aumenta en diez puntos el de los profesionales que trabajan en OC, donde se encuentra cerca de la mitad de la muestra.

Gráfico 4.3.6. Años de experiencia laboral



En relación con **el salario** que cobran los psicólogos (Gráfico 4.3.7 y 4.3.8), cuando hablamos de los psicólogos que trabajan en RyCD encontramos que el 78,74% de los encuestados reciben una remuneración según el anterior convenio colectivo de residencias y centros de día para personas mayores de la Comunidad de Madrid (66,34%) y el vigente convenio colectivo Marco estatal de servicios de atención a personas dependientes (12,5%). Por otro lado, el 6,73% cobra según el convenio colectivo de atención a personas con discapacidad, y el 10,58% no están adscritos a ningún convenio y cobran por horas. Finalmente, sólo un 3,85% pertenece a otros convenios.

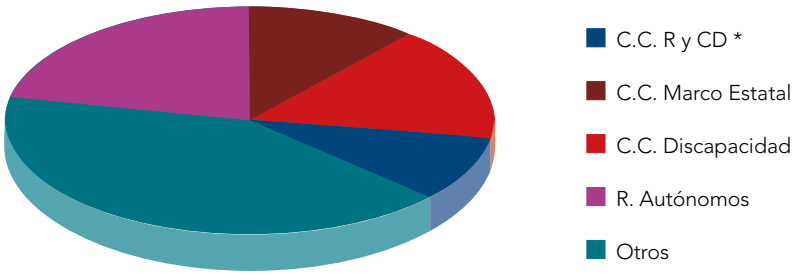
Gráfico 4.3.7. Tipos de convenio colectivo adscritos en la muestra RyCD



(*): C.C.R y CD: Convenio colectivo de residencias y centros de día para personas mayores de la Comunidad de Madrid

Sin embargo, en la muestra de OC, la distribución de la pertenencia a los distintos convenios queda según el siguiente gráfico:

Gráfico 4.3.8. Tipos de convenio colectivo adscritos en la muestra OC



(*): C.C.R y CD: Convenio colectivo de residencias y centros de día para personas mayores de la Comunidad de Madrid

El 7,22% de los profesionales reciben una remuneración según el anterior convenio colectivo de residencias y centros de día para personas mayores de la Comunidad de Madrid, el 12,37% según el vigente convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a personas dependientes. Por otra parte, el 13,4% pertenece al convenio colectivo de centros y servicios de atención a personas con discapacidad, y el 27,83% no están adscritos a ningún convenio y cobran por horas. Hay que destacar que en esta muestra encontramos que en la opción "otros convenios" se encuentra la mayoría de la muestra que representa el 39,18%, y donde no hay ningún convenio mayoritario sino un listado muy dispar, en el que se incluyen convenios propios de empresa, de asociación u ONG, de personal laboral de la Comunidad de Madrid, convenio de facultativos especialistas de centros hospitalarios, de profesorado de universidades, de contact center, condiciones según proyecto, de integración de extranjeros, o becas de investigación, entre otros.

Respecto **al número de usuarios** que atienden los psicólogos encuestados, hay que diferenciar entre aquellos que trabajan en RyCD y los que lo hacen en OC, ya que en estos segundos es donde observamos que los datos presentan una mayor dispersión.

Tabla 4.3.2. Número de usuarios y número de horas contratadas. Muestra RyCD

N° USUARIOS	< 20 HORAS	20-30 HORAS	> 30 HORAS	TOTAL	TOTAL %
Hasta 50	7	3	3	13	12,5
51-100	9	12	7	28	26,93
101-150	6	5	7	18	17,3
151-200	1	8	17	26	25
SUBTOTAL	23	28	34	85	81,73
201-250	0	2	7	9	8,66
251-300	0	0	4	4	3,85
> 300	0	2	3	5	4,8
VACIAS				1	0,96
TOTAL	**23**	**32**	**48**	**104**	**100**

En el caso de la muestra de RyCD se observa que en el 81,73% se sitúan aquellos que trabajan en centros de hasta 200 usuarios, siendo el 26,93% en centros de 51 a 100 usuarios, donde predomina la jornada de 20-30 horas, y el 25% de 151 a 200. Por encima de 300 usuarios sólo se sitúan el 17,31% de la muestra, en el que el límite máximo es de 456 usuarios. Cuando hablamos de muestra de RyCD, destacamos el dato de la media que es de 142,39 usuarios.

Se observa una relación entre el número de usuarios y horas contratadas, ya que a medida que aumenta el número de usuarios predomina la contratación de más de 30 horas.

Tabla 4.3.3. Número de usuarios y número de horas contratadas. Muestra OC

N° USUARIOS	< 20 HORAS	20-30 HORAS	> 30 HORAS	TOTAL	TOTAL%
Hasta 50	7	7	11	25	25,77
51-100	3	3	3	9	9,27
101-150	1	0	1	2	2,07
151-200	2	1	4	7	7,21
SUBTOTAL			19		44,32%
201-250	0	0	0	0	0
251-300		1	1	2	2,07
> 300					
301-500	1	2	2	5	5,15
1000	0	1	4	5	5,15
1200	0	0	1	1	2,07
1500	0	0	1	1	1,03
2000	0	1	2	3	3,09
5000	0	0	1	1	1,03
36000	0	0	1	1	1,03
1000000	0	0	1	1	1,03
SUBTOTAL				18	18,55
VACIAS				34	35,05
TOTAL	**14**	**16**	**33**	**97**	**100**

Por su parte, en el caso de la muestra de OC, lo primero que hay que señalar es el número importante de celdas vacías, no respondidas por los encuestados, que representa el 35,05% del total de la muestra, el más predominante, lo que puede suponer que los datos se puedan ver afectados. La mayoría de las psicólogas atienden hasta 200 usuarios, que corresponde al 44,32%, en el que predomina el intervalo de más de 30 horas contratadas en general.

Por último, se observa que los datos se encuentran dispersos más allá de 300 usuarios, que corresponde al 18,55% de la muestra, con número de usuarios muy disperso como se observa en la tabla 4.3.3.

En cuanto a la **formación que reciben**, aproximadamente el 50% de los profesionales de la psicología reciben formación por parte de las entidades en las que trabajan. De ellos, los datos de la tabla indican que el 14,71% recibe formación interna, el 26,47% recibe formación de entidades externas a la propia entidad y por último, el 52,94%, recibe ambos tipos de formación. Los datos muestran que apenas existen diferencias entre la muestra general y la de RyCD y la muestra que trabaja en otros tipos de centros

Tabla 4.3.4. Tipo de formación recibida

TIPO FORMACIÓN	OC	RyCD	TOTAL
Interna	8 (17,02%)	7 (12,73%)	15 (14,71%)
Externa	13 (27,66%)	14 (25,45%)	27 (26,47%)
Ambas	22 (46,81%)	32 (58,18%)	54 (52,94%)
Vacias	4	2	6 (5,88%)
TOTAL	**47**	**55**	**102**

Respecto al número de horas de formación recibidas al año, no ha sido posible conocer ese dato debido a la escasez de respuestas y a la falta de especificidad.

4.4. FUNCIONES DESARROLLADAS

A continuación se analizan los datos recogidos de las funciones que realizan las psicólogas encuestadas en sus centros de trabajo.

En este apartado con modalidad de respuesta abierta, se pedía a los profesionales que asignaran el número de horas que dedicaban a cada función que se les indicaba. Se observó que los datos estaban poco agrupados, ya que el rango de valores era de 20 o más puntos y la desviación estándar indicaba un alto grado de dispersión en promedio, lo que implicó emplear la moda como medida más representativa de tendencia central en este caso, es decir, el valor que más se repite.

Para el análisis descriptivo de los datos, no se utilizaron los datos de manera agrupada ya que se observó que en el tramo de 1 a 5 horas se concentraba el 70%- 80% de los datos en casi todas las funciones y en ambas muestras. Además, se comprobó que ninguna hora por encima de cinco, tuviera mayor frecuencia que las descritas. De esta manera, casi todos los datos quedaban en esa franja, excepto en algunas funciones que no llegaron al 70% como fueron, en la muestra de RyCD, tareas de evaluación (69,06%), intervención cognitiva individual (67,84%) y cognitiva grupal (42,02%). En la muestra de OC ocurrió de igual forma en las funciones de evaluación (48,83%) e intervención cognitiva individual (69,22%) y grupal (56,76%), y además en la realización de informes (62,64%), y en la intervención psicológica individual (50,84%). En estos casos, en los que el porcentaje era inferior al 70%, se recogieron los datos agrupados a partir de 10 horas, con los intervalos de 11 a 15, de 16 a 20 y de más de 20 horas.

Asimismo, los porcentajes representados en la columna con el signo %, que se señalan con asterisco (*), están calculados sobre el total de encuestados, excluyendo aquellos que informaron que en su caso no realizaban la actividad.

4.4.1. Realización de evaluaciones

La evaluación es una función que realiza el 91% de la muestra general. En el contexto de RyCD alcanza el 93,26% y en el OC el 88,65%.

Tabla 4.4.1. Funciones de evaluación

EVALUACIÓN							
RyCD				OC			
HORAS	Fi	%	% ACUMULADO	HORAS	Fi	%	% ACUMULADO
0	7	6,74		0	11	11,35	
1	5	5,15(*)	5.15	1	6	6,98(*)	6,98
2	22	22,68(*)	27,83	2	8	9,3(*)	16,28
3	13	13,40(*)	41,23	3	8	9,3(*)	25,58
4	12	12.37(*)	53,6	4	8	9,3(*)	34,88
5	15	15,46(*)	69,06	5	12	13,95(*)	48,83
6	5	5,17(*)	74,23	6	7	8,13(*)	56,96
7	3	3,09(*)	77,33	7	1	1,18(*)	58,15
8	3	3,09(*)	80,41	8	5	5,81(*)	63,96
9	0	0	80,41	9	2	2,32(*)	66,28
10	16	16,5(*)	96,91	10	10	11,62(*)	77,9
11-15	0	0	96,91	11-15	6	6,98(*)	84,88
16-20	2	2,06(*)	98,97	16-20	5	5,81(*)	90,7
+ 20	1	1,03(*)	100	+20	8	9,3(*)	100
	97 (93,26%)				**86 (88,65%)**		

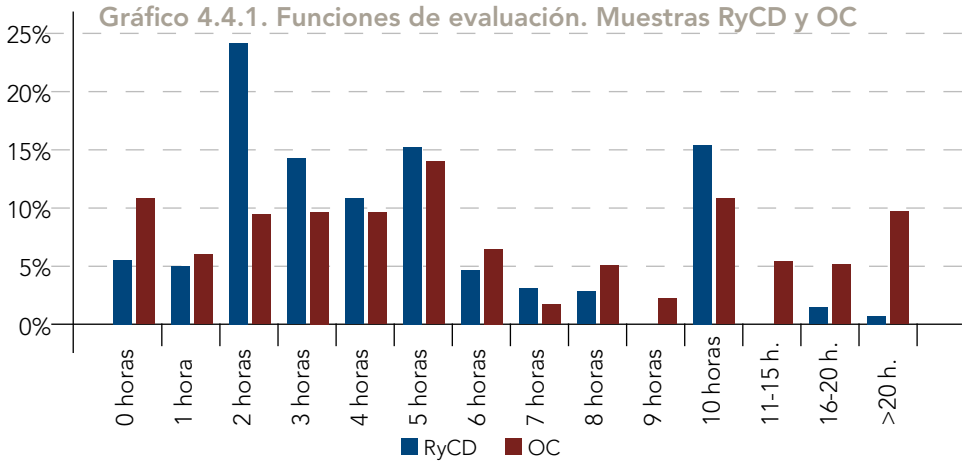
Como se observa en la muestra de RyCD (Gráfico 4.4.1.), la mayor frecuencia en tareas de **evaluación** corresponde a 2 horas semanales, que representa el 22,68% de la muestra, seguido de un 16,5% de los que emplean 10 horas.

En la muestra OC, se observa una gran dispersión de los datos en esta función. Se alcanza el mayor porcentaje en 5 horas, con el 13,95% seguido de 10 horas, con el 11,62%.

Por tanto, en ambas muestras, la gran mayoría de los profesionales realizan tareas de evaluación, ligeramente superior la muestra de RyCD. Sin embargo la muestra

de RyCD emplea en comparación con la muestra de OC, menos horas a la semana, ya que hasta 5 horas lo explica casi el 70% mientras que en la muestra OC, no llega a la mitad.

Gráfico 4.4.1. Funciones de evaluación. Muestras RyCD y OC



4.4.2. Realización de informes

La realización de informes es una función que realiza el 87,06% de la muestra general. En el contexto de RyCD alcanza el 88,46% y en el OC el 85,56%.

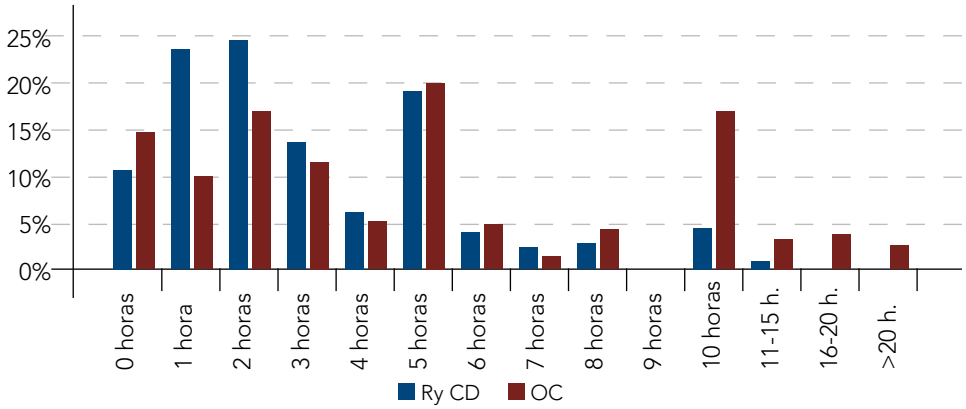
Tabla 4.4.2. Funciones de realización de informes

INFORMES							
RyCD				OC			
HORAS	Fi	%	% ACUMULADO	HORAS	Fi	%	% ACUMULADO
0	12	11,54		0	14	14,43	
1	21	22,82(*)	22,82	1	8	9,64(*)	9,64
2	22	23,91(*)	46,73	2	14	16,87(*)	26,51
3	12	13,04(*)	59,77	3	9	10,84(*)	37,35
4	6	6,52(*)	66,29	4	5	6,02(*)	43,37
5	17	18,48(*)	84,77	5	16	19,28(*)	62,65
6	4	4,35(*)	89,12	6	4	4,82(*)	67,47
7	2	2,17(*)	91,29	7	1	1,2(*)	68,67
8	3	3,27(*)	94,56	8	4	4,82(*)	73,49
9	0	0	94,56	9	0	0	73,49
10	4	4,35(*)	98,91	10	14	16,87(*)	90,36
11-15	1	1,09(*)	100	11-15	3	3,61(*)	93,97
16-20	0	0	0	16-20	3	3,61(*)	97,59
+ 20	0	0	100	+ 20	2	2,41(*)	100
	92 (88,46%)				83 (85,56%)		

En la muestra de RyCD, los datos indican que el 82,9% de los sujetos, dedica entre 1 y 5 horas semanales a la realización de informes, siendo la mayor frecuencia entre 1 hora (22,34%) y 2 horas (23,4%), seguidas de 5 horas, con el 18,48%.

En este caso encontramos que la muestra OC no alcanza el 70% de los casos en las 5 primeras horas y por tanto se señalan las frecuencias totales. Las frecuencias más altas se encuentran en el valor de 5 horas, con el 19,28%, seguido de 2 y 10 horas ambas con el 16,87%.

Gráfico 4.4.2. Funciones de informes. Muestras RyCD y OC



En resumen, la muestra de OVC empela más horas a la semana para la realización de informes, ya que mientras en la de RyCD en las primeras 5 horas, alcanza el 84,77% la muestra OC lo hace con el 62,65%, llegando a la cifra de RyCD entre las 9 y 10 horas.

4.4.3. Realización de Programas/Planes de Atención individual

En cuanto a la realización de Programas/Planes de Intervención individual, los datos indican que en la muestra general el 65,67% realiza esta tarea. En el caso de los profesionales de RyCD es el 90,38% y el 39,17% de OC.

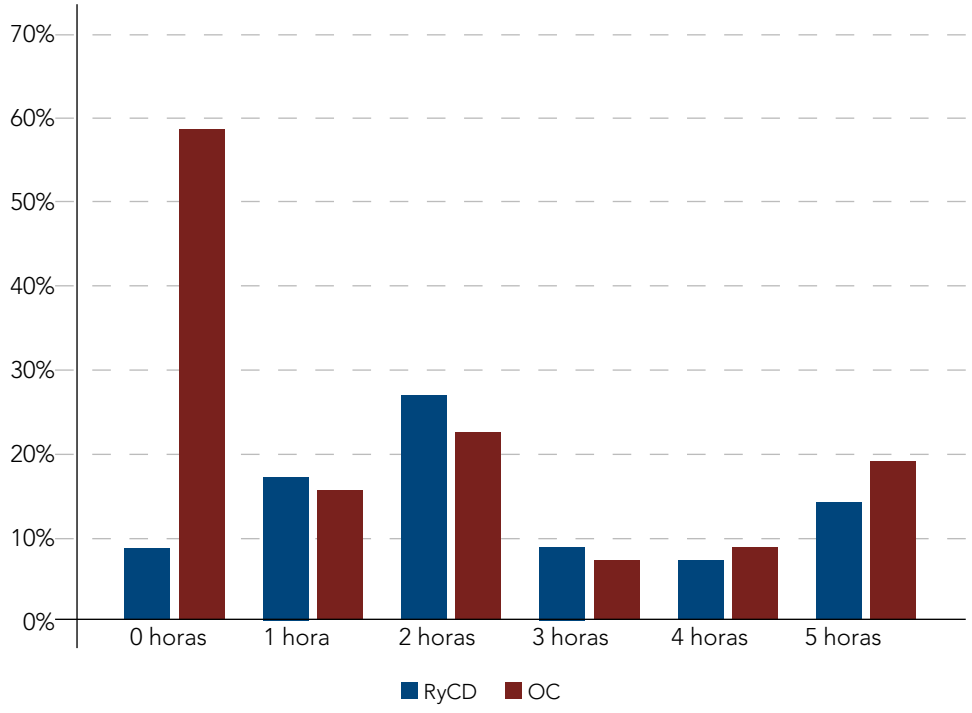
Tabla 4.4.3. Funciones de realización de Planes de atención individualizada

PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL							
RyCD				OC			
HORAS	Fi	%	% ACUMULADO	HORAS	Fi	%	% ACUMULADO
0	10	9,62		0	59	60,83	
1	16	17.02(*)	17,02	1	6	15,79(*)	15,79
2	25	26.6(*)	43,62	2	9	23,68(*)	39,47
3	9	9.57(*)	53,19	3	3	7,89(*)	47,36
4	8	8.51(*)	61,7	4	4	10,53(*)	57,89
5	15	15.96(*)	77,66	5	8	21,05(*)	78,94
	94 (90,38%)				**38 (39,17%)**		

Los datos indican que en la muestra de RyCD, el 77,66% emplea entre 1 y 5 horas en la realización de esta tarea. El grupo más numeroso se sitúa en 2 horas semanales, con el 26,6% de los sujetos. Ningún valor por encima de 5 horas supera las frecuencias que se observan en la tabla.

En el caso de la muestra de OC, es el 78,94% quien emplea hasta 5 horas, siendo el valor de 2 horas, el de mayor frecuencia con el 23,68%, seguido de 5 horas, con el 21,05%.

Gráfico 4.4.3. Funciones de realización de Planes de atención individualizada. Muestras RyCD y OC



Por tanto, hay un 60,82% de los profesionales de la muestra OC que no realizan programas de atención frente al 9,62% de la muestra RyCD.

4.4.4. Intervención cognitiva

I.- INTERVENCIÓN COGNITIVA INDIVIDUAL

En cuanto a la realización de Intervención cognitiva individual, los datos indican que en la muestra general el 53,73% realiza esta tarea. En el caso de los profesionales de RyCD es el 53,84% y en OC 53,61% de OC.

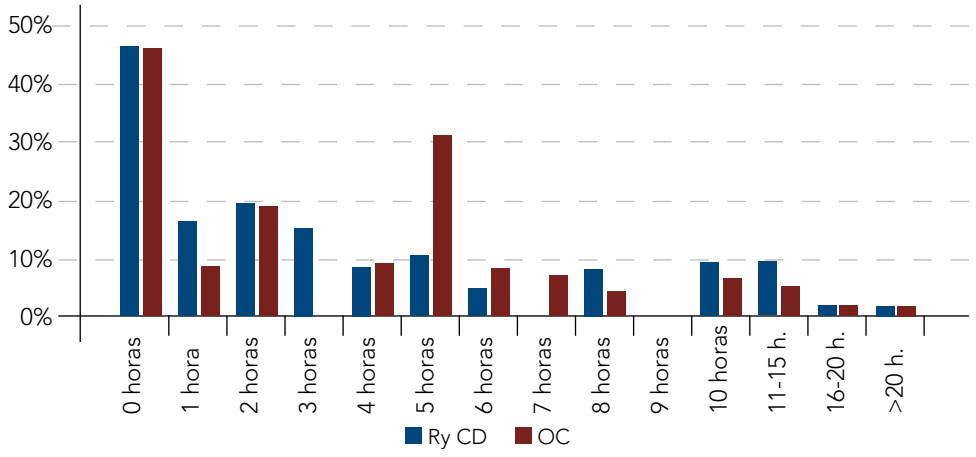
Tabla 4.4.4.1. Funciones de intervención cognitiva individual

INTERVENCIÓN COGNITIVA INDIVIDUAL							
RyCD				OC			
HORAS	Fi	%	% ACUMULADO	HORAS	Fi	%	% ACUMULADO
0	48	46,16		0	45	46,39	
1	9	16,07(*)	16,07	1	4	7,69(*)	7,69
2	11	19,64(*)	35,71	2	10	19,23(*)	26.92
3	8	14,28(*)	49,99	3	7	13.46(*)	40.38
4	4	7,14(*)	56,13	4	4	7,69(*)	48.07
5	6	10,71(*)	67,84	5	11	21,15(*)	69.22
6	2	3,57(*)	71,41	6	4	7,69(*)	76,91
7	0	0	71,41	7	3	5,77(*)	82,68
8	4	7,14(*)	78,55	8	2	3,84(*)	86,52
9	0	0	78,55	9	0	0	86,52
10	5	8,93(*)	87,48	10	3	5,77(*)	92,29
11-15	5	8,93(*)	96,41	11-15	2	3,84(*)	96,13
16-20	1	1,8(*)	98,2	16-20	1	1,93(*)	98,07
+20	1	1,8(*)	100	+ 20	1	1,93(*)	100
	56 (53,84%)				**52 (53,61%)**		

En este caso, de nuevo encontramos que ambas muestras no alcanzan el 70% de los casos en las 5 primeras horas y por tanto se señalan las frecuencias totales. Concretamente, en la muestra de RyCD, el 19,64% de los sujetos, dedica 2 horas semanales a la realización de esta tarea. En el caso de OC, dedican 2 horas, el 19,23% y 5 horas, con el 21,15%.

Por tanto, los datos indican que casi la mitad de los profesionales de RyCD (46,16%) y de OC (46,39%) no realizan intervención cognitiva individual. Pero de los que si lo hacen, hay mayor número de psicólogos de OC que le dedican más horas que la muestra de RyCD.

Gráfico 4.4.4.1. Funciones de intervención cognitiva individual



II.- INTERVENCIÓN COGNITIVA GRUPAL

En cuanto a la intervención cognitiva grupal, los datos indican que en la muestra general el 62,18% realiza esta tarea. En el caso de los profesionales de RyCD es el 84,61% y en OC 38,14%.

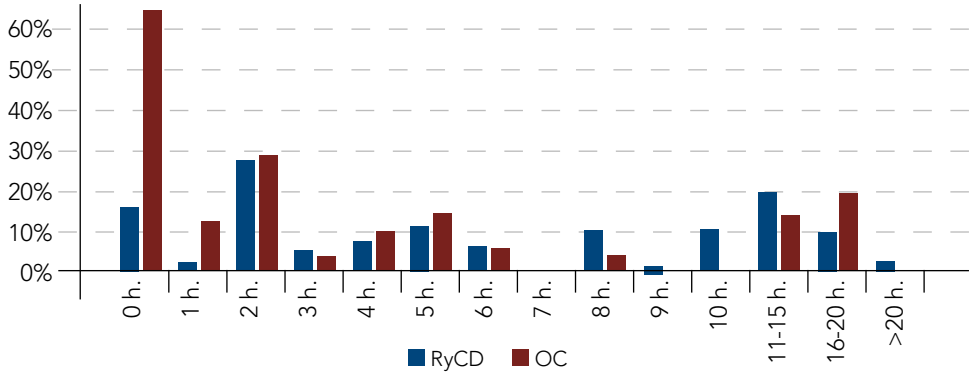
Tabla 4.4.4.2. Funciones de intervención cognitiva grupal

INTERVENCIÓN COGNITIVA GRUPAL							
RyCD				OC			
HORAS	Fi	%	% ACUMULADO	HORAS	Fi	%	% ACUMULADO
0	16	15,39		0	60	61,86	
1	1	1,16(*)	1,16	1	5	13,52(*)	13,52
2	16	18,18(*)	19,34	2	7	18,92(*)	32,44
3	3	3,41(*)	22,75	3	1	2,70(*)	35,14
4	7	7,96(*)	30,71	4	4	10,81(*)	45,95
5	10	11,36(*)	42,07	5	5	13,52(*)	59,47
6	5	5,68(*)	47,75	6	2	5,39(*)	64,86
7	0	0	47,75	7	0	0	64,86
8	8	9,09(*)	56,84	8	1	2,7(*)	67,56
9	1	1,16(*)	58	9	0	0	67,56
10	9	10,23(*)	68,23	10	0	0	67,56
11-15	17	19,32(*)	87,55	11-15	5	13,52(*)	81,08
16-20	9	10,23(*)	97,73	16-20	7	18,92(*)	100
+ 20	2	2,27(*)	100	+ 20	0	0	100
	88 (84,61%)				**37 (38,14%)**		

En este caso, de nuevo encontramos que ambas muestras no alcanzan el 70% de los casos en las 5 primeras horas y por tanto se señalan las frecuencias totales. Concretamente, en la muestra de RyCD, la distribución está muy dispersa. El mayor porcentaje de frecuencias se encuentra en el 18,18% que emplean 2 horas semanales a esta tarea, seguidas de 15 horas, con el 12,5%, valor que se encuentra agrupado en el intervalo de 11 a 15 horas.

Al igual que en la anterior muestra, en el caso de OC, la distribución también se encuentra muy dispersa, concentrándose el mayor porcentaje en el valor de 2 horas, con el 18,92%. En el caso del intervalo entre 16 a 20 horas, no se encuentra ninguna frecuencia por encima del 18,18%, correspondiente a 2 horas.

Gráfico 4.4.4.2. Funciones de intervención cognitiva grupal



Por tanto, como indica el gráfico 4.4.4.2., hay que señalar que la distribución en ambas muestras es muy dispersa. A diferencia de la muestra RyCD, en la muestra OC no la tienen como una de sus principales funciones (sólo el 38,14% la realizan) aunque ocupan casi las mismas horas a la semana que los profesionales de RyCD.

4.4.5. Intervención psicológica

I.- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL

En cuanto a la intervención psicológica individual, los datos indican que en la muestra general el 69,15% realiza esta tarea. En el caso de los profesionales de RyCD es el 76,92% y en OC 60,82%.

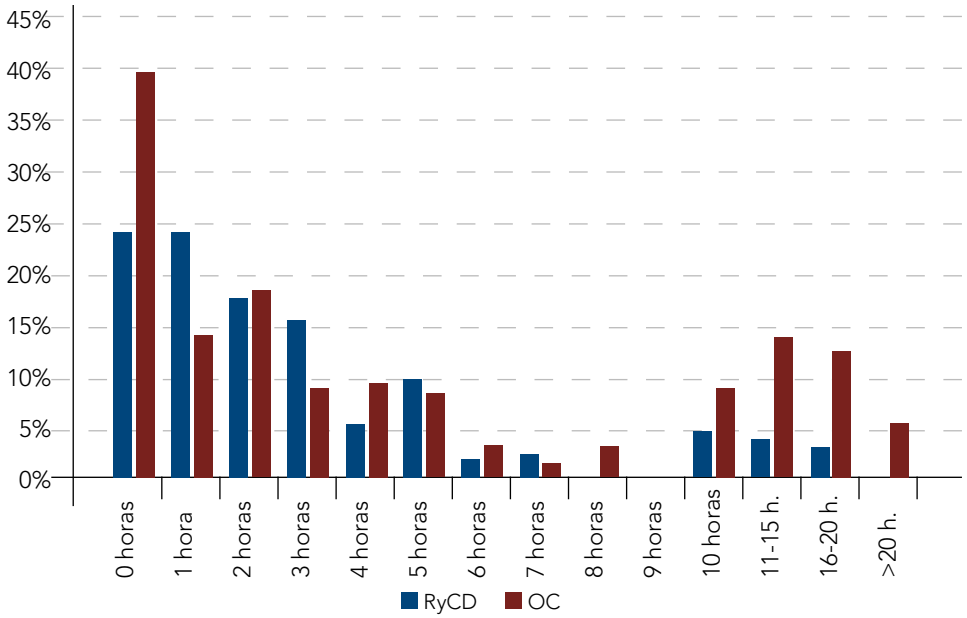
Tabla 4.4.5.1. Funciones de intervención psicológica individual

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL							
RyCD				OC			
HORAS	Fi	%	% ACUMULADO	HORAS	Fi	%	% ACUMULADO
0	24	23,08		0	38	39,18	
1	19	23,75(*)	23,75	1	8	13,58(*)	13,58
2	22	27,5(*)	51,25	2	6	10,17(*)	23,75
3	13	16,25(*)	67,5	3	5	8,48(*)	32,23
4	5	6,25(*)	73,75	4	6	10,17(*)	42,4
5	8	10(*)	83,75	5	5	8,48(*)	50,88
6	1	1,25(*)	85	6	2	3,38(*)	54,26
7	2	2,5(*)	87,5	7	1	1,69(*)	55,95
8	0	0	87,5	8	2	3,38(*)	59,33
9	0	0	87,5	9	0	0	59,33
10	4	5(*)	92,5	10	5	8,48(*)	67,81
11-15	2	2,5(*)	95	11-15	8	13,58(*)	81,39
16-20	2	2,5(*)	97,5	16-20	7	11,84(*)	93,23
+ 20	2	2,5(*)	100	+ 20	4	6,77(*)	100
	80 (76,92%)				59 (60,82%)		

Si observamos los datos de la muestra de profesionales de RyCD, un 76,92% realiza tareas de intervención psicológica individual, con una dedicación semanal mayoritariamente de 2 horas, si comparamos la frecuencia de todas las respuestas dadas. Si lo comparamos con los profesionales de OC, encontramos que disminuye al 60,82% los que si realizan este tipo de tarea. De igual manera que en los casos anteriores, al no alcanzar el 70% de los casos en las 5 primeras horas, se han señalado todos los valores encontrados en las respuestas, y de nuevo existe una gran dispersión en los datos, con mayor frecuencia encontrada en una dedicación de una hora semanal seguido de personas que dicen que dedican 10 ó 15 horas a la semana, concretamente es 15 horas la de mayor frecuencia, y de 16 a 20, es 20 la que acumula mayor frecuencia con 6 valores.

Por tanto hay que señalar que a diferencia de la muestra de RyCD, la mitad de la muestra de OC no realiza esta tarea y los que la dedican tiempo, es de una forma muy dispersa, con una escasa dedicación o bien emplean muchas horas a la semana.

Gráfico 4.4.5.1. Funciones de intervención psicológica individual



II. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL

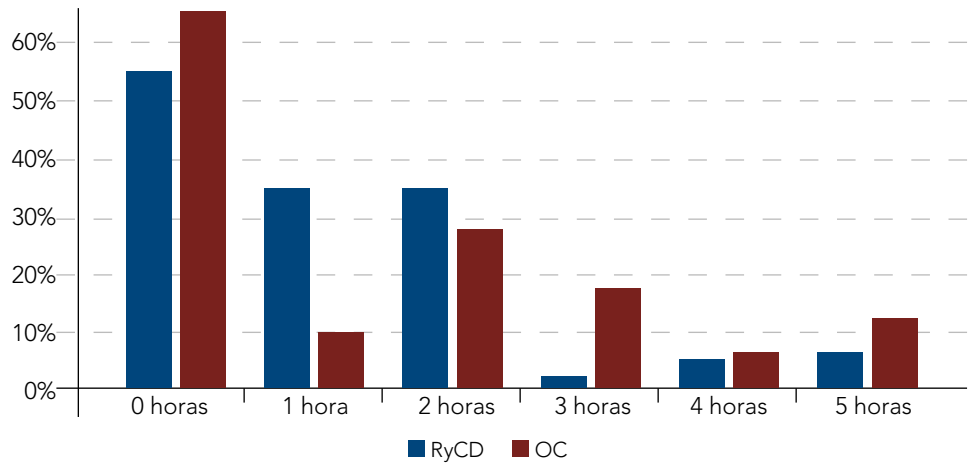
En cuanto a la realización de Intervención psicológica grupal, los datos indican que en la muestra general el 41,29% realiza esta tarea. En el caso de los profesionales de RyCD es el 46,15% y en OC el 36,08%.

Tabla 4.4.5.2. Funciones de intervención psicológica grupal

INTERVENCIÓN PSCOLOGICA GRUPAL							
RyCD				OC			
HORAS	Fi	%	% ACUMULADO	HORAS	Fi	%	% ACUMULADO
0	56	53,84		0	62	63,91	
1	17	35,49 (*)	35,49	1	4	11,43(*)	11,43
2	18	37,5 (*)	72,99	2	10	28,57(*)	40
3	1	2,08(*)	75,07	3	6	17,14(*)	57,14
4	2	4,16(*)	79,23	4	2	5,71 (*)	62,85
5	3	6,25(*)	85,48	5	5	14,28(*)	77,13
	48 (46,15%)				**35 (36,08%)**		

Respecto a las horas empleadas, concretamente en la muestra de RyCD, dedican con mayor frecuencia 1 hora (16,34%) y 2 horas (17,3%). En el caso de OC, dedican con mayor frecuencia, dos horas (28,57%).

Gráfico 4.4.5.2. Funciones de intervención psicológica grupal



En resumen, se observa que cerca de la mitad de las muestras, en mayor medida los profesionales de OC no realizan la función intervención psicológica grupal.

4.4.6. Intervención familiar

I. INTERVENCIÓN FAMILIAR INDIVIDUAL

En cuanto a la realización de Intervención familiar grupal, los datos indican que en la muestra general el 69,15% realiza esta tarea. En el caso de los profesionales de RyCD es el 80,77% y en OC es el 56,7%.

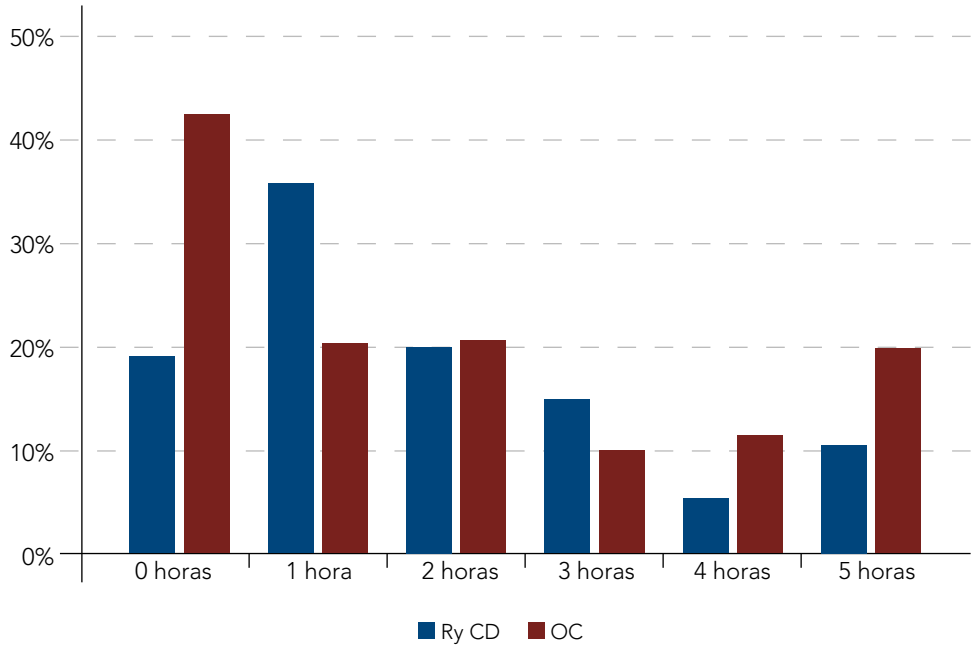
Tabla 4.4.6.1. Funciones de intervención familiar individual

INTERVENCIÓN FAMILIAR INDIVIDUAL							
RyCD				OC			
HORAS	Fi	%	% ACUMULADO	HORAS	Fi	%	% ACUMULADO
0	20	19,23		0	42	43,30	
1	30	35,71(*)	35,71	1	12	21,82(*)	21,82
2	18	21,42(*)	57,13	2	12	21,82(*)	43,64
3	13	15,48(*)	72,61	3	6	10,91(*)	54,55
4	4	4,76(*)	77,37	4	7	12,73(*)	67,28
5	10	11,90(*)	89,27	5	10	18,19(*)	85,47
	84 (80,77%)				**55 (56,7%)**		

Concretamente, en la muestra de RyCD, se observa que casi el 90% de los sujetos se sitúan en el tramo entre 1 y 5 horas, y dedican 1 hora semanal con mayor frecuencia, que representa el 35,71% de los sujetos. En el caso de OC, es el 85% de los sujetos de los que realizan esta función los que dedican entre 1 y 5 horas, siendo las de mayor frecuencia a la semana, 1 hora (21,82%), y 2 horas (21,82%), seguidas de 5 horas (18,19%).

Por tanto, los profesionales que trabajan en RyCD conciben la intervención familiar individual como una de sus principales funciones, no así en la muestra OC, y los que si la realizan emplean pocas horas a la semana.

Gráfico 4.4.6.1. Funciones de intervención familiar individual



II. INTERVENCIÓN FAMILIAR GRUPAL

En cuanto a la realización de Intervención familiar grupal, los datos indican que en la muestra general el 28,35% realiza esta tarea. En el caso de los profesionales de RyCD es el 30,77% y en OC el 25,77%.

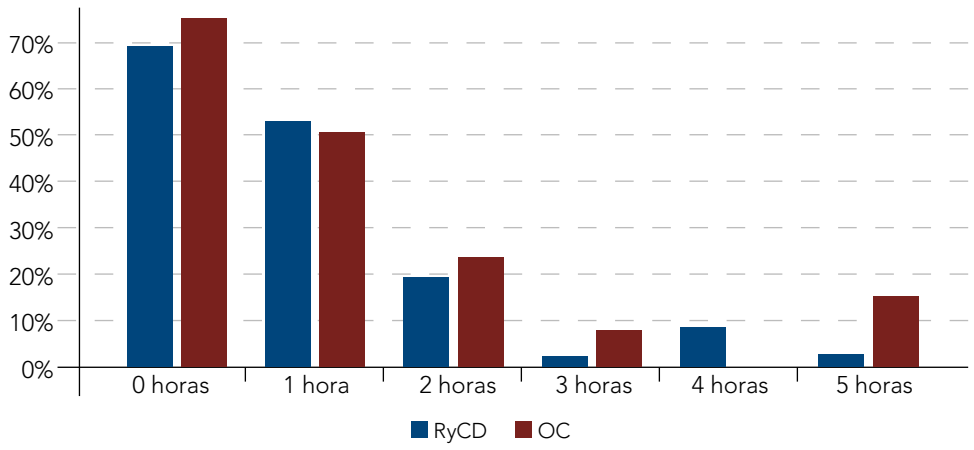
Tabla 4.4.6.2. Funciones de intervención familiar grupal

INTERVENCIÓN FAMILIAR GRUPAL							
RyCD				OC			
HORAS	Fi	%	% ACUMULADO	HORAS	Fi	%	% ACUMULADO
0	72	69,23		0	72	74	
1	17	53,12 (*)	53,12	1	13	52(*)	52
2	6	18,75(*)	71,87	2	6	24 (*)	76
3	1	3,12(*)	75	3	2	8(*)	78
4	3	9,37(*)	84,36	4	0	0 (*)	78
5	1	3,12 (*)	87,5	5	4	16(*)	94
	32 (30,77%)				25 (25,77%)		

En ambas muestras se observa que una baja dedicación a esta función, ya que entre el 70 y 75% aproximadamente de los casos no realizan esta función. Aquellos profesionales que afirman realizar esta tarea, alcanzan cerca del 90% en el caso de RyCD y del 94% en la muestra de OC, entre 1 y 5 horas. Además coinciden en el porcentaje de mayor frecuencia que se encuentra en 1 hora, el 53,12% de los sujetos de RyCD y del 52% para los profesionales de OC.

En resumen, la función intervención familiar grupal no es relevante en ambas muestras, en menor medida los profesionales de OC. Aquellos profesionales de ambos grupos que la llevan a cabo, alrededor de la mitad de ellos, emplean con mayor frecuencia 1 hora.

Gráfico 4.4.6.2. Funciones de intervención familiar grupal



4.4.7. Actividades socioculturales

En cuanto a la realización de actividades socioculturales, los datos indican que en la muestra general el 51,74% realiza esta tarea. En el caso de los profesionales de RyCD es el 68,26% y en OC el 37,11%.

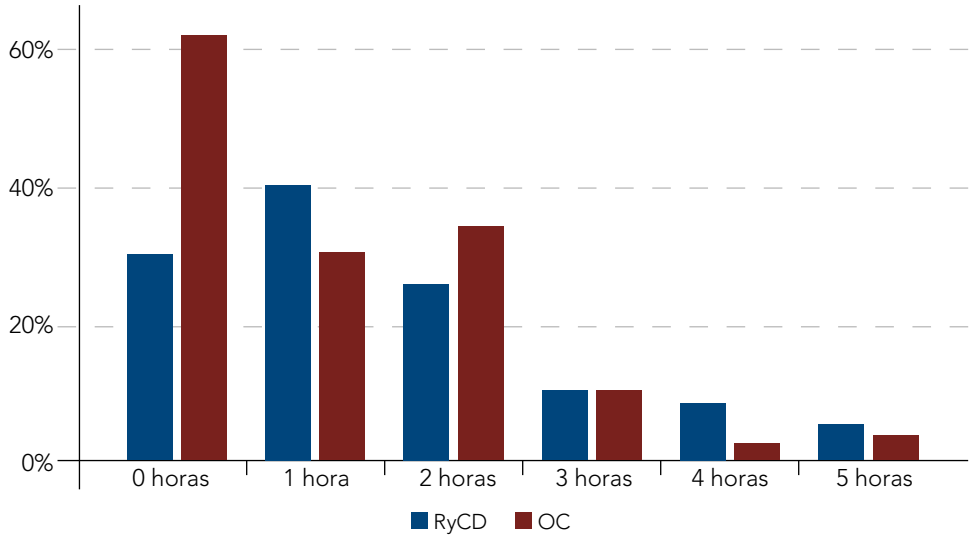
Tabla 4.4.7.1. Funciones de animación sociocultural

ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES							
RyCD				OC			
HORAS	Fi	%	% ACUMULADO	HORAS	Fi	%	% ACUMULADO
0	34	32,69		0	62	63,91	
1	29	40,84(*)	40,84	1	11	30,55(*)	30,55
2	17	23,94(*)	64,78	2	11	30,55(*)	61,1
3	8	11,26(*)	76,04	3	4	11,11(*)	72,21
4	7	9,85(*)	85,89	4	1	2,77(*)	74,98
5	5	7,04(*)	92,93	5	2	5,55(*)	80,53
	71 (68,26%)				36 (37,11%)		

Concretamente, en la muestra de RyCD, dedican con mayor frecuencia 1 hora (40,84%) seguido de 2 horas (23,94%). En el caso de OC, dedican entre 1 y 2 horas, con mayor frecuencia en 2 horas a la semana (30,55%).

En resumen, aunque no se trata de una función propia del psicólogo, si la realizan en los centros, en mucha mayor proporción aquellos que trabajan en residencias y/o centros de día. Sin embargo en la muestra de OC, aquellos que si la realizan, emplean más tiempo a la semana que los de RyCD.

Gráfico 4.4.7.1. Realización de actividades de animación sociocultural



4.4.8. Marketing

En cuanto a la realización de tareas de marketing, los datos indican que en la muestra general el 24,78% realiza esta tarea. En el caso de los profesionales de RyCD es el 20,19% y en OC el 36,08%.

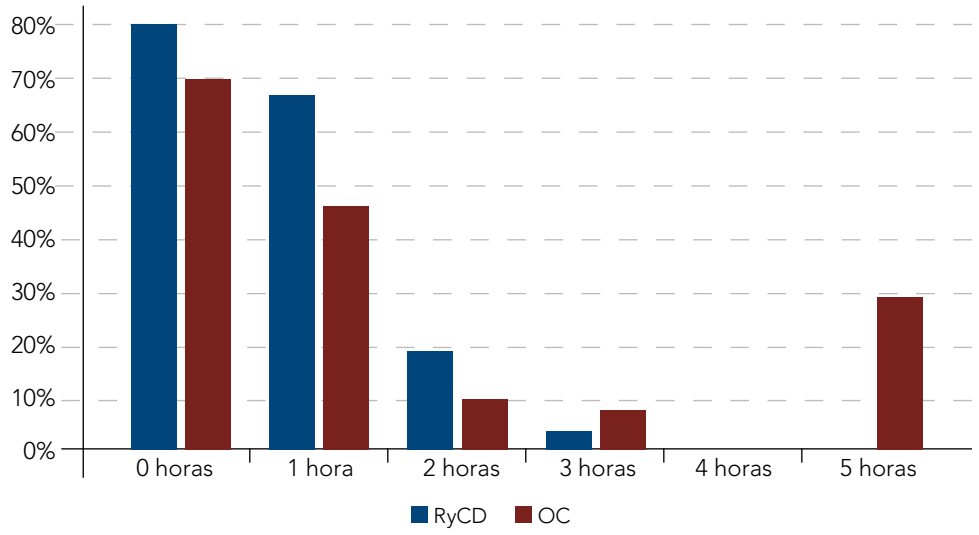
Tabla 4.4.8.1. Funciones de marketing

MARKETING							
RyCD				OC			
HORAS	Fi	%	% ACUMULADO	HORAS	Fi	%	% ACUMULADO
0	83	79,81		0	69	71,13	
1	14	66,67(*)	66,67	1	13	46,43 (*)	46,43
2	4	19,04 (*)	85,71	2	3	10,71 (*)	57,14
3	1	4,76 (*)	90,5	3	2	7,14 (*)	64,28
4	0	0(*)	90,5	4	0	0(*)	64,28
5	0	0(*)	90,5	5	6	21,43 (*)	85,71
	21 (20,19%)				28 (28,86%)		

Concretamente, en la muestra de RyCD, dedican con mayor frecuencia 1 hora (66,67%). En el caso de OC, dedican con menor frecuencia, una hora (46,43%)

Por tanto, hay que señalar que en ambas muestras la función de marketing no es relevante, en menor medida los profesionales de RyCD, pero quienes lo llevan a cabo emplean con mayor frecuencia 1 hora a la semana, el mismo tiempo que para otras funciones como intervención familiar individual o grupal, propias del psicólogo.

Gráfico 4.4.8.1. Realización de actividades de marketing



4.4.9. Coordinación

En cuanto a la realización de tareas de coordinación, los datos indican que en la muestra general el 59,2% realiza esta tarea. En el caso de los profesionales de RyCD es el 62,5% y en OC el 55,68%.

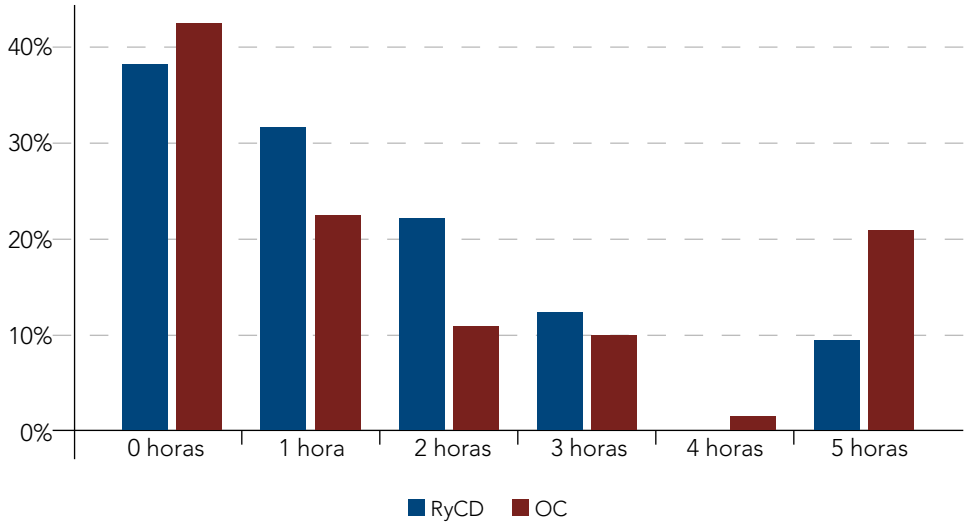
Tabla 4.4.9.1. Funciones de coordinación

COORDINACIÓN							
RyCD				OC			
HORAS	Fi	%	% ACUMULADO	HORAS	Fi	%	% ACUMULADO
0	39	37,5		0	43	44,32	
1	21	32,31(*)	32,31	1	13	24,07(*)	24,07
2	16	24,62(*)	56,93	2	7	12,97(*)	37,04
3	9	13.85(*)	70,78	3	6	11,11(*)	48,15
4	0	0(*)	70,78	4	1	1,85(*)	50
5	6	9,23(*)	80,01	5	12	22,22(*)	72,22
	65 (62,5%)				**54 (55,68%)**		

Concretamente, en la muestra de RyCD, dedican con mayor frecuencia 1 hora (32,31%) y 2 horas (24,62%). En el caso de OC, dedican menor frecuencia, en este caso una hora (24,07%)

Conclusión: A pesar de que las tareas de coordinación no son tareas propias del psicólogo, en ambas muestras es una función destacada, más que en otras como la intervención psicológica o familiar grupal, o la intervención cognitiva individual, e incluso la de formación del personal.

Gráfico 4.4.9.1. Funciones de coordinación



4.4.10. Formación del personal

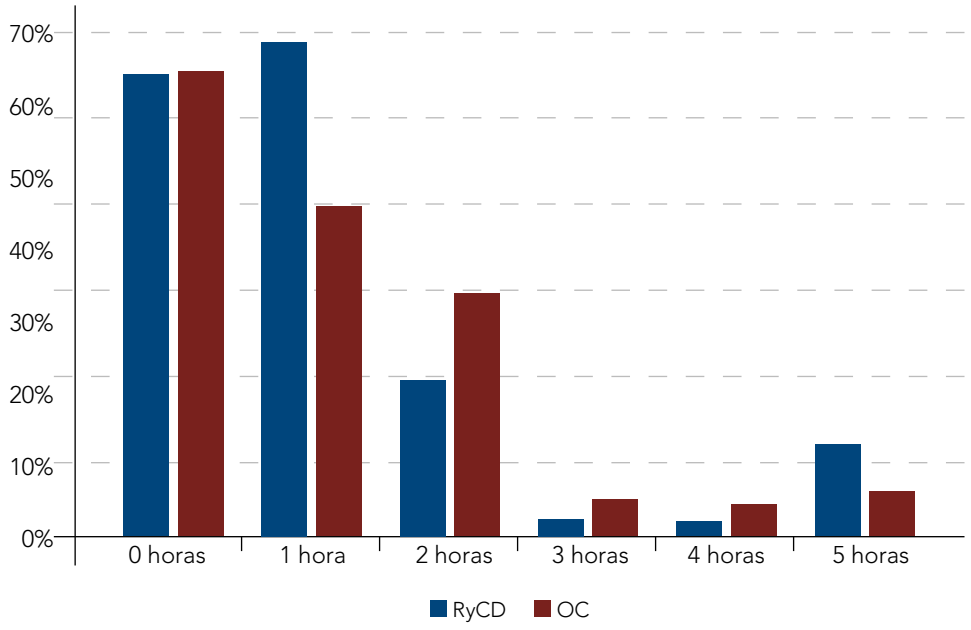
En cuanto a la realización de tareas de formación a los equipos, los datos indican que en la muestra general el 59,2% realiza esta tarea. En las muestras de RyCD y OC son muy similares, con el 44,23% y 44,32% respectivamente.

Tabla 4.4.10.1. Funciones de formación del personal

FORMACIÓN DEL PERSONAL							
RyCD				OC			
HORAS	Fi	%	% ACUMULADO	HORAS	Fi	%	% ACUMULADO
0	58	55,78		0	54	55,69	
1	27	58,69(*)	58,69	1	17	39,53(*)	39,53
2	9	19,56(*)	78,25	2	13	30,24(*)	69,77
3	1	2,17(*)	80,42	3	2	4,65(*)	74,41
4	1	2,17(*)	82,59	4	2	4,65(*)	79,06
5	6	13,04(*)	95,64	5	2	4,65(*)	83,72
	46 (44,23%)				**43 (44,32%)**		

Por tanto, aunque no se trata de una función propia del psicólogo, la realizan cerca de la mitad de los profesionales en ambas muestras. Además se realiza en mayor medida que otras propias del profesional como la intervención cognitiva, la intervención psicológica o familiar, en todas en modalidad grupal.

Gráfico 4.4.10.1. Funciones de formación del personal



4.4.11. Otras funciones

Por último, englobado en otras actividades y sin especificar horas, el 7'69% de los que trabajan en RyCD hacen además otras funciones ajenas y no atribuibles al puesto de trabajo, como son las actividades comerciales. El porcentaje aumenta en la muestra de psicólogos de OC al 15,46%, pero ellos señalan tareas administrativas-financieras.

Como resumen, en los gráficos A y B, se muestran las funciones realizadas en cada muestra con los porcentajes de horas empleadas:

GRÁFICO A. Horas empleadas /semana de cada función (%). Muestra RyCD

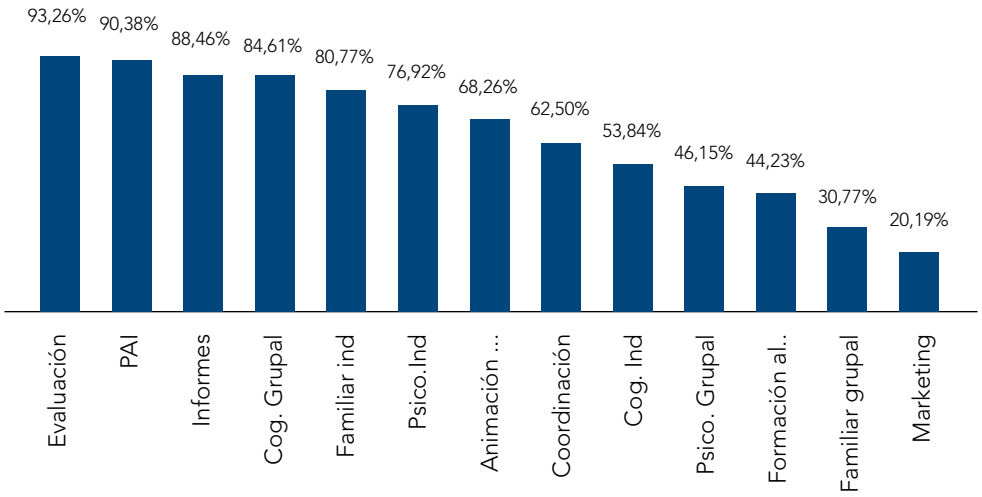
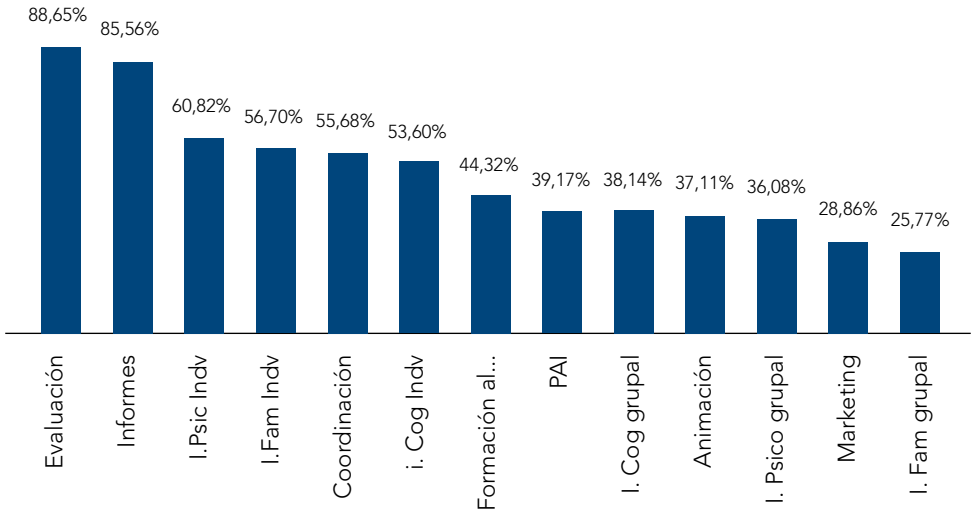


GRÁFICO B. Horas empleadas /semana de cada función (%). Muestra OC



4.5. MODIFICACIÓN DE FUNCIONES, GRADO DE PARTICIPACIÓN Y ACUERDO

En este apartado, se incluyen los datos referidos a las preguntas planteadas a los encuestados, en primer lugar, si habían visto modificadas las funciones asignadas inicialmente en el centro. En segundo lugar, en caso afirmativo, se les preguntaba cuáles eran las nuevas funciones. Al ser esta pregunta de respuesta múltiple, un mismo encuestado podía señalar varias funciones que realizaba, distintas de las iniciales.

A este respecto, el 27,86% de la muestra general afirma que se han modificado sus funciones. Sin embargo, si observamos los datos en la muestra de RyCD, vemos que aumenta hasta el 40,38%, mientras que en la de OC sólo alcanza el 14,43%. Además, el 21% de los psicólogos que afirman haber visto modificadas sus funciones, coincidente en ambas muestras, no informan de las funciones que realizan tras la modificación de aquellas inicialmente realizadas.

A continuación (Tabla 4.5.1.), se muestran los datos de la muestra de RyCD, en el que se señalan las nuevas funciones:

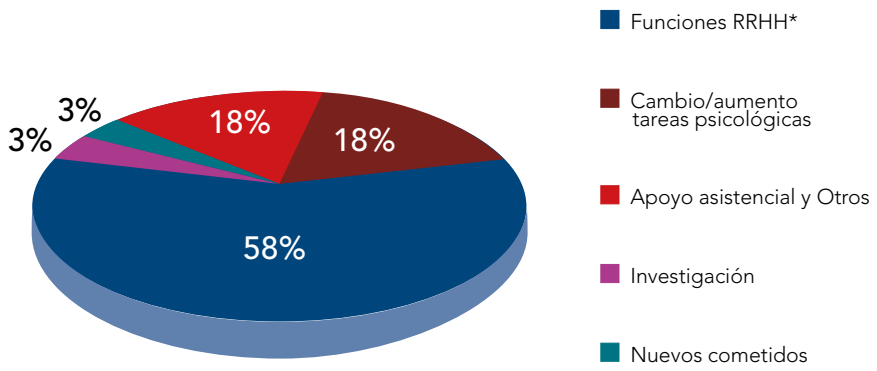
Tabla 4.5.1.Funciones realizadas tras modificación. Muestra RyCD

	Pt	%
Calidad	4	10,53
Gestión/coordinación	10	26,31
Dirección	4	10,53
Tareas administrativas	3	7,9
Formación	1	2,63
SUBTOTAL	**22**	**57,9**
Cambio/aumento tareas psicológicas	7	18,42
Act. socio-culturales	3	7,89
Terapia ocupacional	1	2,63
Tareas asistenciales	2	5,26
Suplir a otros en vacaciones	1	2,63
SUBTOTAL	**7**	**18,41**
Investigación	1	2,63
Nuevos cometidos	1	2,63

Si observamos las categorías de las funciones y los porcentajes, el 84,2% de las funciones que han sido modificadas no son propias de los profesionales de la Psicología. Se podrían agrupar en tres bloques: el primero, que alcanza el 57,9%, cuyas funciones se relacionan con los recursos humanos (tareas de calidad, de gestión y coordinación, de dirección, de administración, de formación); el segundo,

con el 18,41%, tareas de apoyo que debe asumir el psicólogo, aunque son propias de otros profesionales (animación sociocultural, apoyo a tareas asistenciales en el transporte, en comidas, o suplir al profesional de terapia ocupacional o a otro compañero). Sólo el 18,42% de los encuestados afirma haber cambiado o aumentado las tareas propias del profesional de la Psicología.

Gráfico 4.5.1. Distribución de funciones tras modificación. Muestra RyCD. (% redondeado)



(*): Recursos humanos

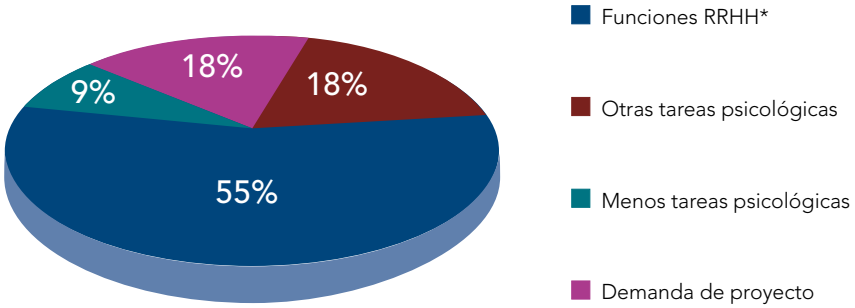
Respecto a la muestra de OC, se muestra los datos en la siguiente tabla:

Tabla 4.5.2. Funciones realizadas tras modificación. Muestra OC

	Pt	%
Gestión/coordinación/formación	5	45,4
Tareas administrativas	1	9,1
SUBTOTAL	**6**	**54,5**
Cambio de tareas psicológicas	2	18,2
Disminución tareas psicológicas	1	9,1
Organización del proyecto	1	9,1
Nuevos proyectos	1	9,1

De igual manera que en la muestra de RyCD, se observa que de acuerdo a las categorías de las funciones y los porcentajes, los datos indican que el 81,8% de las funciones no están relacionadas con el campo de la psicología. En concreto, el 54,5% de las nuevas funciones, se trata de tareas enmarcadas en el área de recursos humanos. Sólo el 18,2%, señala que ha cambiado las tareas todas del área de Psicología. A diferencia de la muestra anterior, este grupo refiere cambios de acuerdo a nuevos proyectos o nuevas demandas de los mismos, en el 18,2% de los casos.

Gráfico 4.5.2. Distribución de Funciones realizadas tras modificación. Muestra OC. (% redondeado)



(*): Recursos humanos

A continuación, se analizan los datos extraídos de las preguntas referentes al grado de consenso (participación) de acuerdo de los psicólogos encuestados a la hora de establecer las funciones del psicólogo. Las preguntas fueron: *¿Ha podido consensuar las funciones/tareas que se adecuan más al perfil del psicólogo? ¿Está de acuerdo con las funciones asignadas para el psicólogo en su centro de trabajo?*

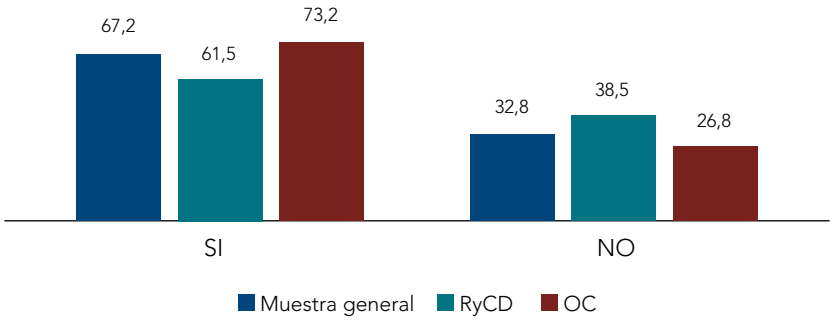
En la tabla 4.5.5., se señalan los datos de la primera pregunta, el nivel de consenso o participación en las funciones/tareas que se adecuan más al perfil de la psicóloga.

Tabla 4.5.3. Consenso (participación) de las funciones asignadas. Muestra RyCD y OC

	MUESTRA GENERAL		RyCD		OC	
	Xi	%	Xi	%	Xi	%
SI	135	67,2	64	61,5	71	73,2
NO	66	32,8	40	38,5	26	26,8

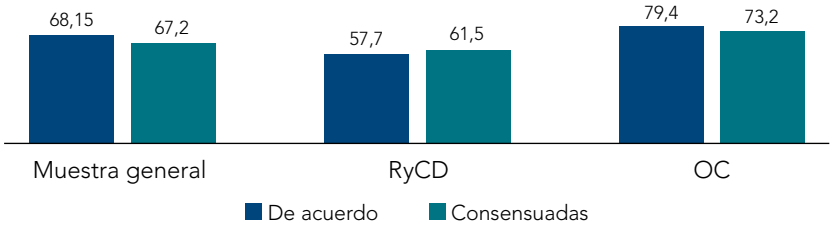
Los datos de la muestra general indican que el 67,2% ha podido consensuar las funciones en el centro. Si nos centramos en la muestra de RyCD, se observa que el porcentaje es inferior, con el 61,5%, mientras que en la muestra de OC aumenta hasta el 73,2%.

Gráfico 4.5.3. Porcentaje de consenso. Muestra general, RyCD y OC



En el siguiente gráfico se detallan los porcentajes de los niveles de acuerdo y consenso en la muestra total, RyCD y OC, sin cruzar ambas variables.

Gráfico 4.5.4. Grado de consenso y de acuerdo positivos absolutos (%). Muestra general, RyCD y OC



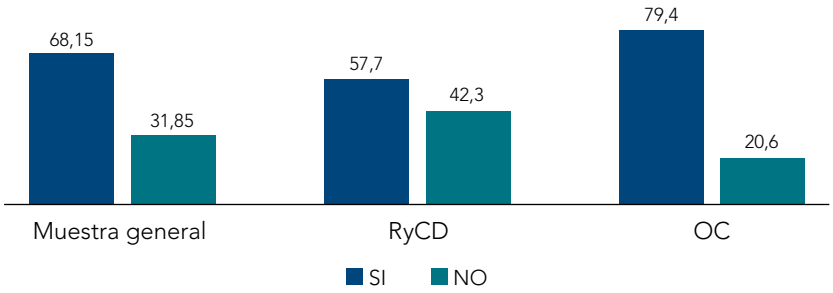
Observamos que en la muestra de RyCD, existe un menor grado de acuerdo, que de consenso, en términos generales. Esto no ocurre en la muestra de OC, en la que, además de que los porcentajes son más elevados que en la anterior muestra, el nivel de acuerdo supera al del consenso en términos absolutos.

Respecto al nivel de acuerdo, los datos de la tabla 4.5.4, reflejan que el 68,2% de la muestra general, está de acuerdo con las funciones que tienen encomendadas, mientras que un 31,8% no lo está total o parcialmente. En la muestra RyCD, el porcentaje de acuerdo es del 57,7%, y en la muestra de OC alcanza el 79,4%.

Tabla 4.5.4. Grado de acuerdo. Muestra general, RyCD y OC

	MUESTRA GENERAL		RyCD		OC	
	Xi	%	Xi	%	Xi	%
SI	137	68,15	60	57,7	77	79,4
NO	64	31,85	44	42,3	20	20,6
TOTAL	201	100	104	100	97	100

Gráfico 4.5.3. Grado de acuerdo (%). Muestra total, RyCD y OC



Así vemos, que en la muestra de RyCD, los profesionales se encuentran casi equidistante entre los que están a favor y en contra, no así en la muestra de OC, en la que existe mayor nivel de acuerdo.

Si cruzamos los datos de la participación de los sujetos con los del grado de acuerdo con las funciones asignadas, obtenemos en la muestra de RyCD:

Tabla 4.5.5. Grado de consenso (participación) y de acuerdo. Muestra RyCD

		ESTÁN DE ACUERDO		
HAN PARTICIPADO		SI	NO	TOTAL
	SI	49	15	64 (61,54%)
	NO	11	29	40 (38,46%)
TOTAL		60 (57,7%)	44 (42,3%)	104 (100%)

De la tabla anterior se extrae que, el 83,7% de los encuestados de la muestra general que han podido consensuar las funciones, está de acuerdo.

En la muestra de RyCD, en concreto, esta cifra desciende al 76,6%. Además, hay más personas disconformes, aun habiendo podido participar y consensuar sus funciones que al revés, sin olvidar que un alto porcentaje, el 72,5% de los que no han consensuado, no está de acuerdo.

Los datos cruzados del nivel de acuerdo y de consenso de la muestra de OC se muestran en la tabla 4.5.6.:

Tabla 4.5.6. Grado de consenso (participación) y de acuerdo. Muestra OC

		ESTÁN DE ACUERDO		
HAN PARTICIPADO		SI	NO	TOTAL
	SI	64	7	71 (73,2%)
	NO	13	13	26 (26,8%)
TOTAL		77 (79,4%)	20 (20,6%)	97 (100%)

Aquí nos encontramos que el porcentaje de profesionales que han podido consensuar sus funciones y está de acuerdo asciende al 90%. Además. Hay más personas que están de acuerdo sin haber podido participar y consensuar sus funciones, que al revés. Por último, observamos que la mitad de los que no han podido participar, se sitúan en el desacuerdo y la otra en la conformidad, aunque aumenta cierta disconformidad, cuando no se ha podido consensuar en absoluto.

Por último, destacar que algunas psicólogas de las que no están de acuerdo, han matizado su respuesta. En la muestra de RyCD, el 18,2% apuntan a que realizan poca atención directa hacia los usuarios y familias, pocas horas para la preparación de las intervenciones, a la evaluación y atención centrada en la persona, realizan funciones de apoyo a terapia ocupacional, o muchas tareas en poco tiempo. Por su parte, en la muestra OC, el 20% que no está de acuerdo, manifiesta algunos matices: habría que ampliar funciones propias, reconocen que algunas no son del psicólogo y que están muy entremezcladas con las de recursos humanos y tareas administrativas.

4.6. PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN DEL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN SU CENTRO DE TRABAJO

4.6.1. Recursos o medios suficientes para desempeñar adecuadamente sus funciones

En este apartado, se le pedía a las psicólogas encuestadas que respondiesen a la pregunta: ¿Cree que cuenta con los recursos o medios suficientes para desempeñar adecuadamente sus funciones? y en caso afirmativo, contestaran a la pregunta abierta: ¿qué medios echa en falta?

Los datos de la muestra general revelan que el 53,7% de los encuestados afirman no contar con los recursos necesarios. Cuando tenemos en cuenta a los profesionales que trabajan en RyCD, nos encontramos que el porcentaje de profesionales se incrementa en un 10%, llegando al 64,42%. Ese porcentaje del 10% es precisamente el que desciende en la muestra de OC, alcanzando el 42,26% los profesionales que creen que no cuentan con los medios y recursos necesarios.

Entre las necesidades que señalan los profesionales de la muestra RyCD (Tabla 4.6.1.1), tomando como total el de las necesidades percibidas, se sitúa en primer lugar, el aumento de horas, con un 28,6%, seguido del aumento de material psicológico, con el 25,7%, y de la mejora de la organización del trabajo, con el 21,4% y el aumento de recursos técnicos, con el 20%.

Tabla 4.6.1.1. Recursos necesarios Muestra RyCD

	Frecuencia	%
Aumento de horas	20	28,6
Material psicológico	18	25,7
Formación	2	2,3
Mejora organización (económico, personal..)	15	21,4
Recursos técnicos (mobiliario, ordenador…)	14	20
Alumnos prácticas	1	1,4

Gráfico 4.6.1.1. Recursos necesarios. (%). Muestra RyCD

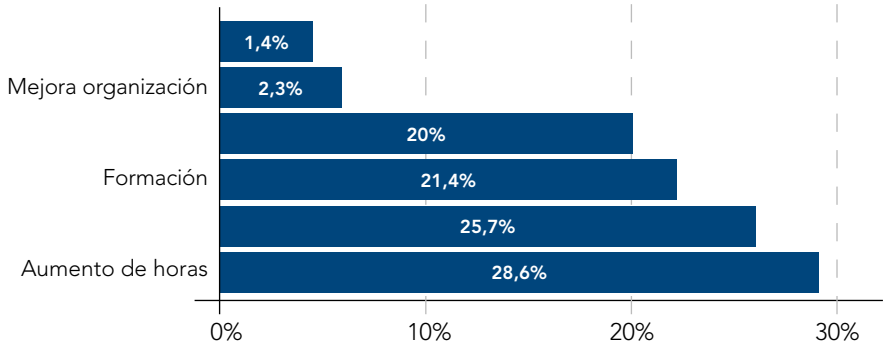
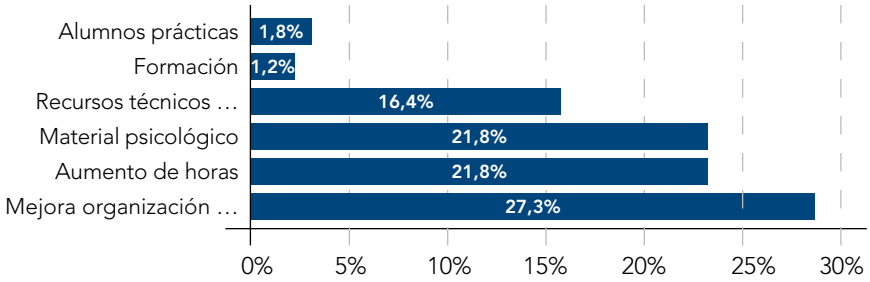


Tabla 4.6.1.2. Recursos necesarios. Muestra OC

	Frecuencia	%
Aumento de horas	12	21,8
Material psicológico	12	21,8
Formación	6	1,2
Mejora organización (económico, personal...)	15	27,3
Recursos técnicos (mobiliario, ordenador…)	9	16,4
Alumnos prácticas	1	1,8
Vacias	6	1,2

En el caso de OC, (Tabla 4.6.1.2.), también se observan las mismas necesidades percibidas, pero con cierta variación en el orden. Se sitúa en primer lugar, la mejora en la organización del trabajo, con un 27,3%, seguido del aumento de horas y de material psicológico, ambas con el 21,8%, seguido de la mejora de recursos técnicos, con el 16,4%. Hay que señalar que en esta muestra, el 14,63% de las que contestaron no creer tener los recursos necesarios, no señalaron ninguno en concreto.

Gráfico 4.6.1.2. Recursos necesarios.(%). Muestra OC



4.6.2. Antigüedad de la figura del psicólogo en la plantilla del centro

Este apartado no se refiere a la antigüedad del encuestado en su centro de trabajo, sino al tiempo total que lleva la figura del profesional de la Psicología en dicho centro.

Tabla 4.6.2.1. Antigüedad del psicólogo en el centro. Muestras RyCD y OC (%)

	RyCD (%)	OC (%)
Menos de 1 año	5,8	6,2
Hasta 5 años	29,8	34,2
6-10 años	26	17,5
11-15 años	29,8	10,3
16-20 años	5,8	6,2
21-30 años	0	10,3
Más de 30 años	0	4,4
NS/NC	2,8	11,3

Gráfico 4.6.2.1.
Muestra RyCD

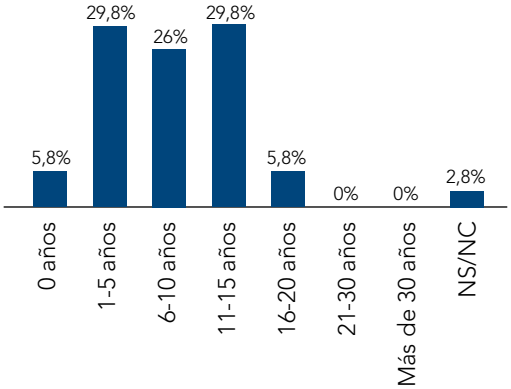
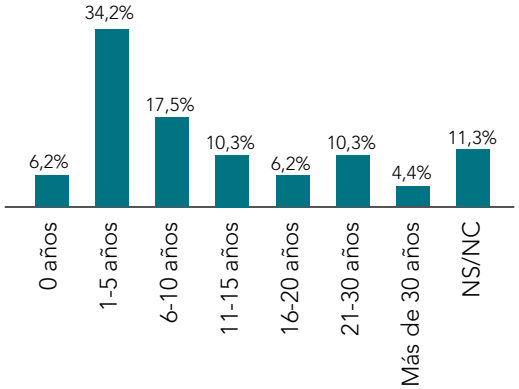


Gráfico 4.6.2.2.
Muestra OC



Los datos de la muestra general indican que la figura del profesional de la psicología trabaja en el sector desde hace más de 20 años. En la muestra RyCD, se observa que el puesto se ha consolidado desde hace 15 años, con mayor presencia desde hace 11-15 años. A partir de entonces, el porcentaje de antigüedad es muy pequeño (5,8%). Además, y a pesar de que aparecen nuevos puestos de trabajo, la cifra de menos de 1 año de vigencia, es muy baja (5,8%), lo que podría estar reflejando una recesión de la contratación en RyCD la actualidad.

Por su parte la muestra de OC, y tal como se observa en el gráfico 4.6.2.2., la creación del puesto de psicólogo está más consolidada en el tiempo, ya que aparece desde hace más de 30 años. Sin embargo su devenir ha sido más irregular, aunque siempre manteniendo valores bajos. El momento de mayor contratación ha sido en los últimos 5 años, con un descenso de la presencia en el último año, de igual manera que en RyCD.

4.6.3. Aspectos de mejora de la calidad de la atención psicológica

A la pregunta de qué aspectos cambiarían para mejorar la atención del psicólogo en el centro, los comentarios de los encuestados se resumen en los siguientes:

- Mejorar la ratio paciente o usuario/psicólogo.
- Jornadas laborales completas.
- Reforzar la presencia y contribución de la figura del Psicólogo.
- Realizar y asumir funciones propias del Psicólogo en lugar de cubrir funciones que tiene la empresa.
- Fomentar el papel del psicólogo en los equipos multidisciplinares.

- Aumentar las horas de atención a familiares y en intervención individual.
- Mejorar la situación de inestabilidad laboral que presentan los profesionales del sector.
- Recursos materiales y diagnósticos.
- Formación.

4.6.4. Grado de satisfacción

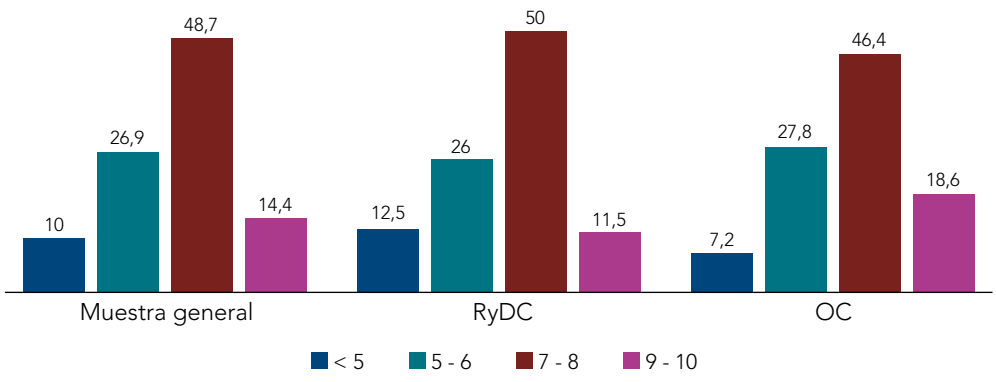
Por último, bajo este epígrafe, se muestran los datos recogidos del grado de satisfacción laboral de las psicólogas encuestadas.

El grado de satisfacción con su labor profesional se recogió a partir del autoinforme de los encuestados, puntuando en una escala tipo likert entre 0 y 10. En la muestra general se observa que el 48,7% de los psicólogos se encuentran bastante satisfechos (puntuaciones 7-8), el 26,9%, satisfechos (5-6) y el 14,4% se encuentran muy satisfechos (9-10). Hay que destacar que a pesar de que sólo el 10% de la muestra se encuentra poco satisfecha (por debajo del valor 5) hay que tenerlo en cuenta por las posibles consecuencias en el área personal y profesional.

Tabla 4.6.4.1. Grado de satisfacción. Muestra general, RyCD y OC

	GRADO DE SATISFACCIÓN			
	<5	5-6	7-8	9-10
RyCD	13 (12,5%)	27 (26%)	53 (50%)	11 (11,5%)
OC	7 (7,2%)	27 (27,8)	45 (46,4%)	18 (18,6%)
M. GENERAL	20 (10%)	54 (26,9%)	98 (48,7%)	29 (14,4%)

Gráfico 4.6.4.1. Grado de satisfacción laboral. Muestra general, RyCD y OC



Tal y como se observa en la tabla 4.6.4.1, el 76% de la muestra de los psicólogos que trabajan en RyCD se encuentran satisfechos o muy satisfechos con su trabajo,

porcentaje similar a la de los OC (74,2%). Ambas muestras son similares, sin embargo los porcentajes varían en el sentido en que los RyCD son los que poseen mayor porcentaje de insatisfacción y los de OC, más puntuaciones pertenecientes a los niveles muy altos de satisfacción.

4.7. COMENTARIOS FINALES DE LOS ENCUESTADOS

Un total de 39 comentarios fueron recogidos de las encuestadas en las consideraciones finales del cuestionario, 21 de la muestra de RyCD y 18 de la muestra de OC.

Hay que destacar que la muestra RyCD señala numerosos comentarios dirigidos a la poca valoración que se posee de la aportación de los psicólogos en los centros de día y residencias, *("Es un campo de trabajo muy poco valorado en general, cuando las funciones que se llevan a cabo son muy importantes, tanto para los residentes como para el equipo. Al margen de temas políticos y laborales con poco poder de modificación por parte del profesional", "La figura del psicólogo no está valorada en los centros de día. Mis funciones son ignoradas, o minusvaloradas. Mi trabajo es ridiculizado. No se da presupuesto para las actividades del psicólogo (aluden a que mi labor es sólo escuchar"); con perjuicio del VII convenio marco estatal en el que no se considera al profesional de la Psicología sino como una figura opcional ("La figura del psicólogo en centros de mayores está poco valorado, para empezar por la propia Comunidad de Madrid, que en el acuerdo marco no obliga su presencia en estos centros"), y se pide mayor visibilidad ("Aún hay residencias que no tienen en sus equipos a los psicólogos y considero que son también elementos fundamentales para dar una calidad de vida tanto al mayor como a las familias").*

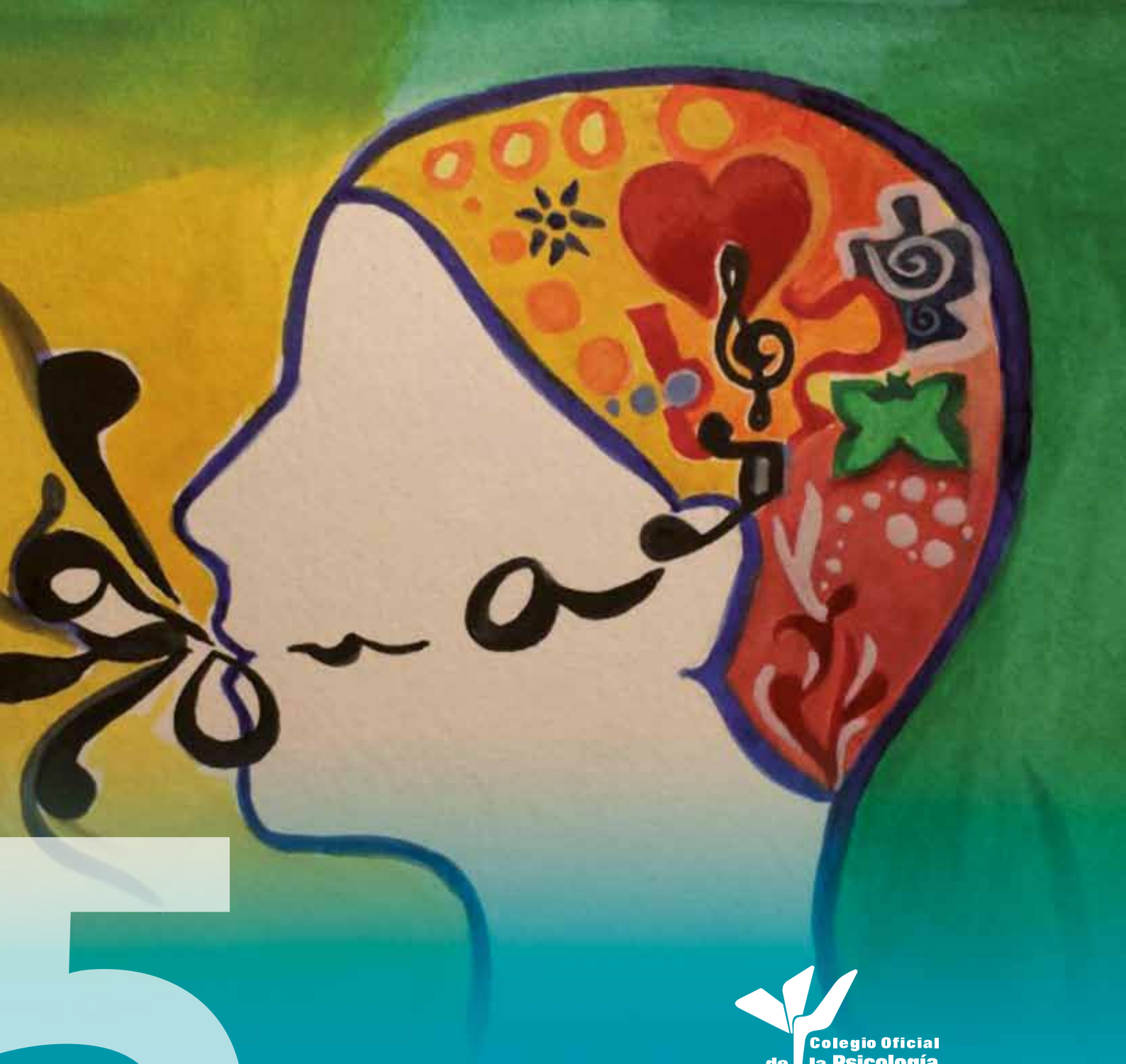
Otra de las cuestiones que se repite se refiere a las condiciones laborales y salariales, *("Revisión salario según convenio...es bajísimo", "Necesidad de formación con excelencia para estos puestos y ser capaz de trasmitir esto al resto de profesionales", "Sería necesario que los psicólogos fueran obligatorios y a tiempo completo"),* o respecto al ratio *("En una Residencia y Centro de día con 260 usuarios entre ambos, sería necesaria otra persona dentro del departamento para poder abordar más eficazmente el volumen de trabajo que existe. Sumado a esto, sería necesario mayor formación al resto de personal","El centro en el que trabajo es del ayuntamiento, por lo que una cabeza no pensante elabora los pliegos de condiciones cada cuatro años aproximadamente. Manejo 60 personas con deterioro cognitivo y a sus familias en 20 horas semanales", "Estoy en situación de reducción por cuidados de menor y hasta que no se incrementó la población de la residencia por concesión de plazas de comunidad, no se introdujo el resto de la jornada hasta la completa, con la incorporación de otra psicóloga 3 horas").*

También se refieren a la poca clarificación de funciones y a la calidad de las intervenciones (*"En muchas ocasiones el psicólogo hace un papel de comodín cuando alguna función no se sabe a quién asignar", "Centrar nuestra función, siempre acabamos desarrollando todo, y sin tiempo para nuestra función principal. Somos la base de los desarrollos técnicos que el resto de disciplinas debe cumplir y nuestra tarea queda desamparada por falta de tiempo", "Principalmente nuestra labor consiste en "apagar fuegos" y cumplir con papeleos necesarios para mantener el estatus de los centros pero no se apuesta por la labor del psicólogo. Si así fuera, tendríamos jornadas más amplias y tendríamos labores mas especificas", "En los 11 años que tengo de experiencia, han ido mejorando algunas cosas, por ejemplo las herramientas a nivel informático. Pero siento que se ha dejado de lado la labor individual porque se exige por "calidad" un número de horas de terapias grupales").*

También se señala la importancia de la intervención familiar y la intervención cognitiva como señala esta encuestada *"Trabajar las demencias a nivel psicológico no es sólo compensar o conservar sus capacidades cognitivas, considero la necesidad de dinámicas alternativas que creen expectativas de futuro, trabajar el arte, la música y el cuerpo. Menos lenguaje o praxias".*

Respecto a la muestra OC, los comentarios se centran en los profesionales autónomos (*"El cuestionario no contempla prácticamente en ningún caso aquellos casos que trabajamos como autónomos y que no dependemos de ningún centro", "Soy psicóloga sanitaria y realizo estimulación y rehabilitación cognitiva a domicilio", "Trabajo en el campo de las demencias en la Comunidad de Madrid como neuropsicología privada"*), o de otras funciones que no se han visto representadas como profesionales de la psicología con funciones de coordinación de teleasistencia domiciliaria, psicólogo laboral, demencias en la discapacidad intelectual o población pediátrica.

Respecto a la situación laboral, señalan la necesidad de mejoras (*"Las condiciones económicas de mi ONG son desajustadas acorde a las funciones del puesto de trabajo (psicóloga) y a mi categoría profesional en el contrato. La organización se muestra preocupada únicamente por las estadísticas de gente atendida", "Se requiere una alta especialización pero el sueldo es bajo"*), y la importancia de la ampliación del personal facultativo especialista (psicólogo clínico) en el SNS. También nos encontramos con algunos profesionales que se encuentran en situación laboral discontinua (*"Estoy sin trabajo, pocos pacientes y sigo adelante en la profesión como puedo. Aprovecho cuando los tengo para valoraciones e intervenciones terapéuticas").*



Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

5

Conclusiones-discusión y limitaciones

Conclusiones-discusión y limitaciones

El estudio muestra que la atención psicológica en el ámbito de las demencias está muy feminizada, con una media de edad de 39 años y con más de 10 años de experiencia cerca de la mitad de la muestra. Se observa que la mitad de la muestra trabaja en RyCD y la otra mitad en otro tipo de centros. Así mismo, presentan en su totalidad **formación especializada**, postgrados de psicogerontología (envejecimiento, demencias), neuropsicología y del área clínica/sanitaria, con cierto predominio de estudios de psicogerontología en el caso de RyCD y de neuropsicología en la muestra OC. Hay que destacar que este tipo de estudios de psicogerontología o neuropsicología no están regulados en España en la actualidad, y son los colegios oficiales de Psicología los que intentan dar una respuesta y paliar este déficit a través de las acreditaciones [20].

En relación con la formación necesaria para el ejercicio de las **actividades sanitarias**, nos encontramos que la mayoría de los profesionales, en mayor proporción en la muestra de RyCD, están habilitados. El hecho de que la Psicología no hubiera sido regulada como profesión sanitaria (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias)[28], a pesar de que, como ciencia desde hace décadas, contempla el concepto de salud desde el marco del modelo bio-psico-social [4, 27], supuso un varapalo para los profesionales de la Psicología y les obligó a obtener esta habilitación para trabajar en centros sanitarios privados. Hasta el año 2014 fue posible conseguir esta habilitación a través de la certificación autonómica, acreditando las condiciones exigidas. A partir de entonces, las únicas vías para poder ejercer como psicólogo sanitario, son el Máster oficial en psicología general sanitaria o por la vía PIR (psicólogo interno residente, para la obtención de la especialización en psicología clínica).

Sin embargo, este requisito no ha sido necesario hasta este momento, para trabajar en residencias o centros de día, ya que estaban registrados como centros sociales. A raíz del cambio en el registro como centros sociosanitarios, se ha ido imponiendo en la actualidad el requisito de la consideración legal de profesionales sanitarios. Sin duda, esta circunstancia es una desventaja para los psicólogos respecto a otros profesionales que fueron regulados como sanitarios sin necesidad de una formación obligatoria complementaria.

De manera paradójica, y pese a que la mayoría son profesionales sanitarios, a la hora de señalar en qué **departamento se incluye su puesto de trabajo**, las psicólogas encuestadas de la muestra RyCD pertenecen mayoritariamente al área psicosocial y sociosanitaria casi en la misma proporción. En el caso de las psicólogas que trabajan en OC, el área sanitaria es la predominante seguida del área psicosocial. Además, aparece un grupo de otras áreas en esta muestra tales como investigación, educativa o psicología. Estos resultados pueden hacernos reflexionar, por un lado, sobre si esta heterogeneidad afecta al perfil y funciones que desempeñan los profesionales de la Psicología en este sector; y, por otro lado, aunque no se considera una profesión sanitaria en el ámbito laboral, está siendo requerida de manera progresiva en los centros de día y residencias. De tal forma

que la controversia entre sanitario versus social no debería ser tal, sino que la pertenencia a uno u otro departamento debería obedecer a la actividad realizada y no al colectivo al que se atiende. Debido a esto último, se nos considera dentro del ámbito social por intervenir con mayores, lo que dificulta a los estudiantes y profesionales de Psicología conocer qué estudios de postgrado son los requeridos para especializarse.

En cuanto a la **situación laboral**, es decir, el tipo de contrato, la duración de éste y las horas de trabajo, los datos indican la existencia de una precariedad laboral importante en este colectivo. En este sentido nos encontramos con que un poco más de la mitad de los profesionales de la psicología, tanto los que trabajan en RyCD como los que lo hacen en OC, tienen una jornada parcial de menos de 30 horas a la semana y, principalmente, son los autónomos los que trabajan menos de 20 horas. Esta situación puede verse fomentada por los propios contratos de las administraciones públicas en las adjudicaciones de las plazas concertadas por parte de ayuntamientos y de la Comunidad de Madrid.

Añadido a esto último, el actual convenio colectivo, es decir, el VII marco estatal de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía, de 2018, [17], señala en relación con las jornadas de trabajo (p.27): *"La duración mínima de las jornadas a tiempo parcial será de 25 horas semanales, a excepción de las originadas por contratos o servicios que por sus características requieran jornadas inferiores en cuyo caso la duración mínima será de 8 horas semanales"*. A nuestro juicio esta regulación deja un margen demasiado amplio que puede favorecer este tipo de contratos precarios.

Según los datos recogidos, debido tanto a la temporalidad como a la escasez de horas de trabajo, más de la mitad de las psicólogas deben completar su jornada con otra actividad profesional donde 3 de cada 4 empleos no están relacionados con el ámbito de las demencias.

Ahondando en la precariedad laboral, también hay que mencionar la falta de equiparación en la remuneración económica como consecuencia de los diferentes convenios por los que se rigen los diversos centros. Así pues, el convenio de la muestra RCyD tiene una tabla salarial más baja que los convenios a los que se encuentran adscritos otros profesionales, como los que desarrollan su labor en centros de discapacidad, o en unidades de memoria de hospitales públicos y privados, teniendo las mismas funciones y responsabilidades. Además, existe la desventaja de que no en todos los convenios se tiene en cuenta otros complementos como la especialización, que aparece en el convenio de sanidad privado de la Comunidad de Madrid.

Si nos referimos al ámbito de los centros de día y residencias, en el anterior convenio colectivo de residencias y centros de día de la Comunidad de Madrid, la contratación de psicólogos era opcional, por tanto dejaba al criterio de los cen-

tros privados su inserción. Desde 2018, ha quedado absorbido por el VII convenio marco estatal, en el que se describen las funciones del psicólogo, sin hacer mención a la intervención con familias. Además, desde la creación de las residencias públicas de la Comunidad de Madrid, no ha existido la figura del psicólogo hasta recientemente.

En resumen, esto evidencia que, a pesar de que los profesionales invierten muchos recursos en una especialización que es necesaria para trabajar en este sector, no obtienen una rentabilidad suficiente y digna para su desarrollo profesional y económico, debido a una falta de estabilidad laboral, que empuja a los profesionales al pluriempleo.

Respecto al **número de usuarios** hay que destacar que la ratio de personas mayores con demencia por psicólogo es muy elevada, siendo, en general, mayor que la de otros profesionales que trabajan en el sector como terapeutas ocupacionales o fisioterapeutas.

Respecto al apartado sobre qué **funciones** y con qué **frecuencia** las realizan los psicólogos de la encuesta, hay que señalar que a pesar de la gran dispersión de los datos aparecidos, sobre todo en la muestra de OC, la mayoría de las funciones se distribuyen en más de un 70% entre 1 y 5 horas para ambas muestras.

Las similitudes entre las dos muestras se encuentran por un lado, en aquellas tareas propias que no realizan: alrededor del 10% de profesionales no realizan tareas de evaluación ni realizan informes; alrededor del 47% no realizan intervención cognitiva individual, intervención psicológica individual (20-40%) ni grupal (50-60%). Entre el 70-74% no realizan intervención familiar grupal. Además, coinciden en la realización de tareas no propias del psicólogo como son: actividades socioculturales (64%-70%), coordinación (55%-60%), formación del personal en torno al 44%, o marketing (20-30%).

Respecto a las diferencias más destacables entre ambas muestras se refiere a la baja tasa de realización de programas de intervención individual por parte de la muestra de OC (60,83%), la intervención cognitiva grupal (61,86%), y la intervención familiar en grupo (56,7%).

Si relacionamos estos porcentajes con las horas dedicadas a cada una de las funciones vemos que el tiempo de ocupación está en torno a 1-2 horas a la semana, lo que conlleva una baja calidad en la labor de la psicología y la repercusión que esto tiene en la atención personalizada del mayor. En el mejor de los casos, con jornadas de más de 30 horas, no se llega a más de una hora de atención por usuario al mes. Si tenemos en cuenta todas las funciones que debe realizar el psicólogo, se vuelve a reafirmar que no se está realizando una atención de calidad y personalizada.

Profundizando más en el trabajo que realizan los profesionales de la psicología que trabajan en RyCD a diferencia de lo que ocurre en lo OC, los datos reflejan que el tratamiento de los aspectos cognitivos se centra en la intervención gru-

pal en menoscabo de la individual. Cabría suponer, a la luz de los datos, que, a la hora de intervenir un solo profesional en el área cognitiva, éste debe cubrir con su trabajo al máximo número de usuarios del centro, incluso a aquellos que, encontrándose en estadios más avanzados, no se benefician puesto que su intervención debe ser individual, repercutiendo en la calidad de la estimulación. Por tanto, se da prioridad a la estimulación cognitiva en grupo y no a intervenciones personalizadas. Si bien hay que remarcar la creciente literatura científica existente en Psicología sobre la diversidad de las intervenciones cognitivas y sus beneficios [21, 22, 23, 24, 25], incluso en deterioro cognitivo severo [19], no podemos centrar las intervenciones sólo bajo un formato grupal, ya que, dependiendo de la fase de deterioro cognitivo, se deben diseñar intervenciones específicas[26], incluyendo terapias compensatorias o restauradoras, técnicas de re-adaptación neuropsicológica [22] especialmente en aquellas personas con deterioro cognitivo secundario a ictus, susceptibles de mejoría o con alteraciones cognitivas como las del lenguaje, lo que implicaría además el empleo de mayor tiempo para evaluar y ajustar las intervenciones de manera efectiva.

Un aspecto que nos interesa destacar, y que se ha analizado superficialmente, es la actividad investigadora que desde los centros se puede realizar, siendo una función que apenas se incluye dentro de las funciones de los profesionales de la psicología.

Por otro lado, la muestra de RyCD realiza casi el mismo porcentaje de intervención psicológica individual que tareas de animación grupal. Esto puede reflejar que el estado emocional es infravalorado, especialmente el de la población mayor con enfermedades neurodegenerativas, posiblemente porque tanto los profesionales como la sociedad dan más realce a los aspectos cognitivos frente a los emocionales.

Con relación al trabajo efectuado con las familias de las personas mayores nos encontramos que en ambas muestras lo que prima es la atención individual, en detrimento de la intervención grupal, lo que conduce a la desatención de los grupos de cuidadores, a quienes no se les da la importancia debida como apoyo a las familias entre sí. Si analizamos, por ejemplo, las funciones del psicólogo en el VII Convenio marco estatal de 2018 [17, p.14], no se hace alusión a la intervención con las familias y cuidadores, siendo una de las áreas que da soporte el psicólogo, y que ellas mismos demandan [13].

A modo de resumen, se destacan las siguientes ideas:

En la muestra RyCD

- Existe una enorme dispersión de funciones realizadas
- Se dedican pocas horas a cada una de ellas, en torno a 1-2 horas, como valor que más se repite en ambas muestras.

Conclusiones-discusión y limitaciones

- No se emplea el suficiente tiempo para la realización de algunas funciones importantes como el plan de atención personalizado, o especialmente la evaluación, pilar para la posterior intervención.
- Hay más profesionales que realizan funciones de coordinación o de animación sociocultural que aquellos que realizan intervención familiar, psicológica o cognitiva grupales.
- Se emplea el mismo tiempo para tareas que no son funciones del psicólogo como actividades socioculturales, marketing, formación o coordinación, que para otras que sí lo son como la intervención psicológica o familiar.

En la muestra OC

- Existe una enorme dispersión de funciones realizadas.
- Se dedican pocas horas a cada una de ellas, en torno a 1-2 horas, como valor que más se repite.
- Se emplea un mayor número de horas para informes y para intervención familiar individual o psicológica individual.
- No se realizan seguimientos de planes de atención individualizada, pero los que sí los realizan emplean el mismo tiempo que lo hacen en la muestra de RyCD.
- Hay mayor número de profesionales con funciones de coordinación o formación que de intervención cognitiva, psicológica o familiar, estas últimas de manera grupal.

Un hallazgo relevante en ambas muestras, aunque de manera más clara en la muestra de RyCD, son las tareas y funciones llevadas a cabo por los psicólogos propias de otros profesionales como el animador sociocultural lo que puede llevar a un intrusismo profesional. Como ejemplo, en el VII Convenio marco estatal de 2018, se señala como uno de los objetivos del psicólogo:" Fomentar la integración y participación de las personas usuarias en la vida del centro y en el entorno". El objetivo de que el psicólogo sea agente de participación y socialización en los centros de día o residencias, no se puede confundir con las tareas propias de animación, ya que son cuestiones muy diferentes.

Con relación a la **evolución del papel del psicólogo** en este sector, el 40,38% de la muestra de RyCD y el 14,43% de la de OC, afirman que las funciones iniciales por las que fueron contratados se cambiaron hacia aquellas relacionadas con actividades de gestión y coordinación, administración o calidad, en mayor medida, por lo que tuvieron que reducir las horas de las actividades que sí son propias del psicólogo. Estos datos indican una tendencia a desfigurar el perfil profesional de la Psicología ya que, al asumir otras funciones, se produce una incompatibilidad

con las propias de la Psicología, con la consecuente pérdida de las competencias de su labor en este sector. Habría que preguntarse si la razón de este cambio negativo se debe a que los empresarios no perciben como importantes las funciones del psicólogo y, por tanto, éstas son suplidas u omitidas. En contra de esta idea, se debe remarcar que la figura del psicólogo supone un valor añadido a la atención integral que desde estos centros se da a las personas mayores.

Por otro lado, en cuanto a la **participación del psicólogo en la toma de decisiones sobre sus funciones**, se observa que, en ambas muestras, cuando han podido consensuar dichas funciones el nivel de acuerdo es mayor. Esto va a influir en la satisfacción y adhesión/identificación del profesional con la empresa. Aún siendo conscientes de este hecho, los profesionales de RyCD participan menos en la toma de decisiones y, por tanto, están de acuerdo, en menor medida, con los cambios que se producen.

Otro de los puntos analizados han sido los recursos insuficientes a juicio de cerca de la mitad de la muestra general, y en mayor medida en la muestra de RyCD, con necesidad de mayor número de horas, de medios técnicos y de material de psicología.

Respecto a la **formación continua que reciben los psicólogos**, el 50% de los encuestados, ya sea en la muestra de RyCD como en la de OC, no reciben ninguna por parte de las empresas, a pesar de que están obligadas con el fin de actualizar los conocimientos de sus plantillas y ser más competitivos. Como el estudio muestra, lo que está ocurriendo es que el propio profesional es el que asume la carga de su formación, con el coste económico añadido que esto supone. Sin embargo, esto choca con el número de psicólogas que dedican su tiempo a las labores de docencia a sus propios compañeros, más de la mitad en ambas muestras. Además en el caso de la muestra OC esta tarea se antepone a otras propias como la intervención cognitiva, la intervención psicológica o familiar, todas en modalidad grupal.

En cuanto a los **años que lleva la figura del psicólogo en los centros de atención a personas mayores con demencias**, los resultados pueden ser un reflejo de la evolución de la atención de estos centros, puesto que hay una tradición de la presencia del psicólogo en los centros de día (más de 10 años), debido a las exigencias de los ayuntamientos, desde los inicios. En el caso de las residencias se primaba la atención desde el modelo biomédico, por lo que su presencia era escasa y, en el momento en que se incorpora el modelo bio-psico-social, el psicólogo comienza a formar parte del equipo, por lo que los años en los que está presente es menor que el de los centros de día.

Por último, respecto al **grado de satisfacción** de los psicólogos con su trabajo se observa que, ya sean de RyCD como de OC, se encuentran, en general, bastante satisfechos, con un porcentaje mayor de profesionales muy o totalmente satisfechos en relación con los que se encuentran muy poco satisfechos.

Conclusiones-discusión y limitaciones

Limitaciones

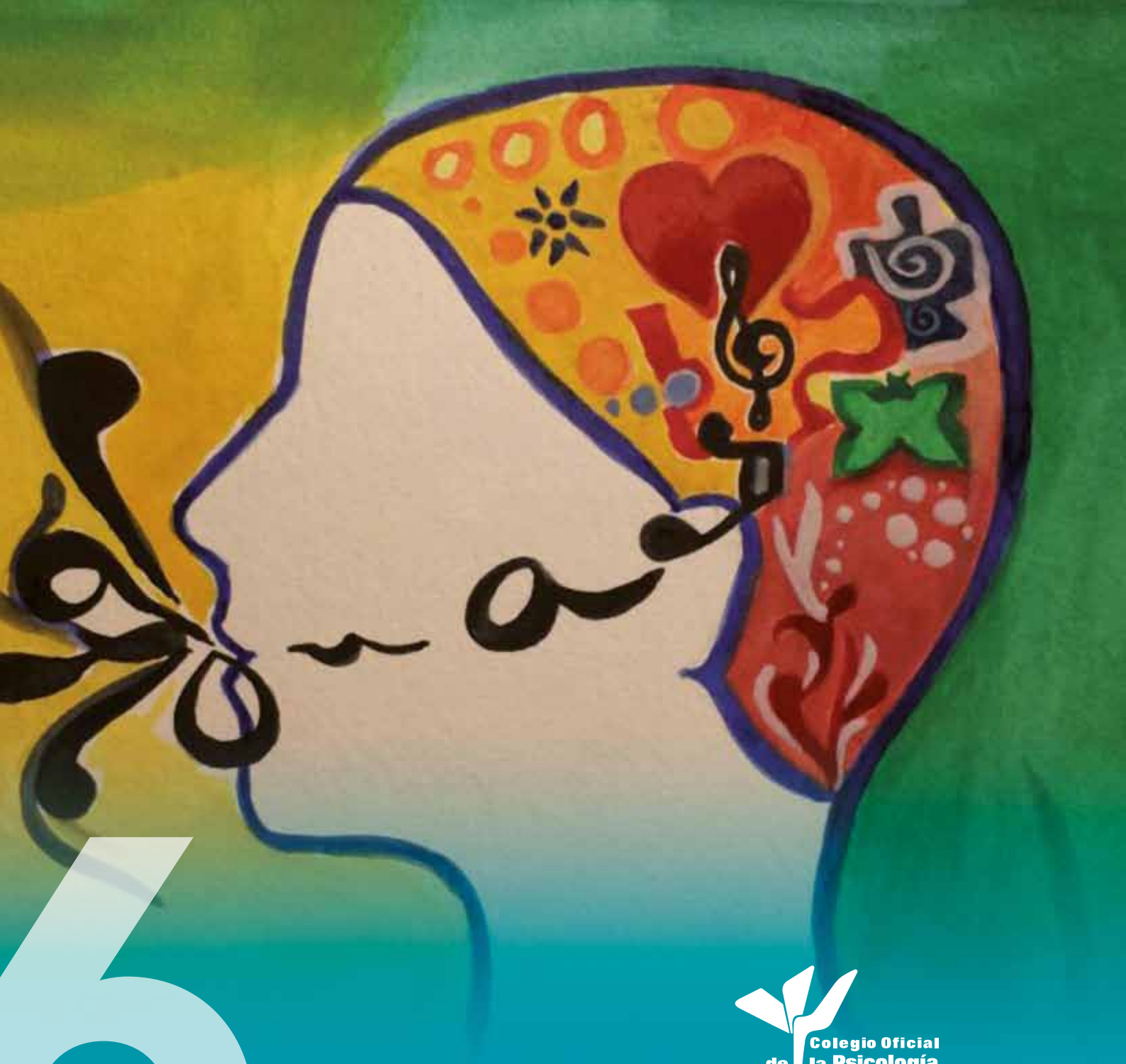
La primera cuestión que se observa es que la realidad de la práctica de la Psicología en el ámbito de las demencias es muy heterogénea y difícil de estudiar.

En este punto, hay que referir que la muestra obtenida para este estudio se ha compuesto de 201 psicólogas colegiadas de Madrid, que han contestado voluntariamente al cuestionario. Se desconoce la cifra real del número de profesionales que trabajan en el sector de atención a personas mayores con demencia (residencias y/o centros de día, centros hospitalarios, centros de psicología, intervención en domicilios, en el campo de la docencia y/o investigación, etc.). Por tanto no se pueden extraer datos sobre la representatividad de la muestra respecto a la población total. En futuros trabajos se debería conocer la población real de psicólogos dedicados a esta labor.

Respecto al análisis de los datos recogidos, se ha observado que algunas variables quedaban distorsionadas al tener en cuenta datos de la muestra general, debido a que la mitad de la muestra procedía de centros muy heterogéneos y, por tanto, con particularidades muy distintas, lo que ha dificultado la realización del perfil de los profesionales de este sector. Para resolver esta limitación se propusieron dos muestras para el análisis: participantes que trabajaban en residencias y centros de día, y aquellos que lo hacían en centros diferentes a estos. Para homogeneizar la muestra habría que centrarse en aquellos profesionales de RyCD, ya sean de gestión pública, privadas o concertadas y conocer los usuarios y horas dedicadas o realizar nuevos estudios de servicios específicos.

Otra cuestión que ha surgido, se refiere a los convenios colectivos dominantes en el momento de recogida de los datos en el caso de los profesionales procedentes de centros de día y residencias. En ese momento convivían el convenio colectivo de centros de día y residencias y el VII convenio marco estatal de atención a la dependencia. En la actualidad este último es el vigente y por tanto algunos análisis realizados al respecto han podido perder relevancia.

Por último, no ha sido posible recoger la visión que las familias y usuarios poseen del papel del psicólogo y su grado de satisfacción, pudiendo ser objeto para futuros estudios para afianzar y mejorar la atención de los profesionales de la psicología en este ámbito de trabajo.



Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

6

Propuestas de estrategias de actuación

Propuestas de estrategias de actuación

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto importantes carencias en las condiciones laborales, escasa visibilidad social y profesional así como indefinición en el currículum, entre otros aspectos, de los profesionales de la Psicología que trabajan en el ámbito de las demencias en la Comunidad de Madrid.

El objetivo que se propone es el dar respuesta a estas deficiencias, lo que requeriría los esfuerzos conjuntos de los distintos agentes implicados: profesionales, académicos, entidades públicas y empresas privadas del sector.

Para contribuir a cumplir ese objetivo, se pueden considerar las estrategias de actuación que se proponen a continuación:

- Facilitar la máxima divulgación de los resultados de este estudio y de las consideraciones de mejora que señalan los profesionales encuestados a todos los posibles destinatarios relacionados con este ámbito.

- Emprender acciones que propicien visibilizar la importancia de la atención psicológica en el ámbito de las demencias, que incluya el ámbito laboral, académico, profesional, asociativo de familias afectadas y de la sociedad en general, en las que se dé a conocer la labor profesional que se realiza.

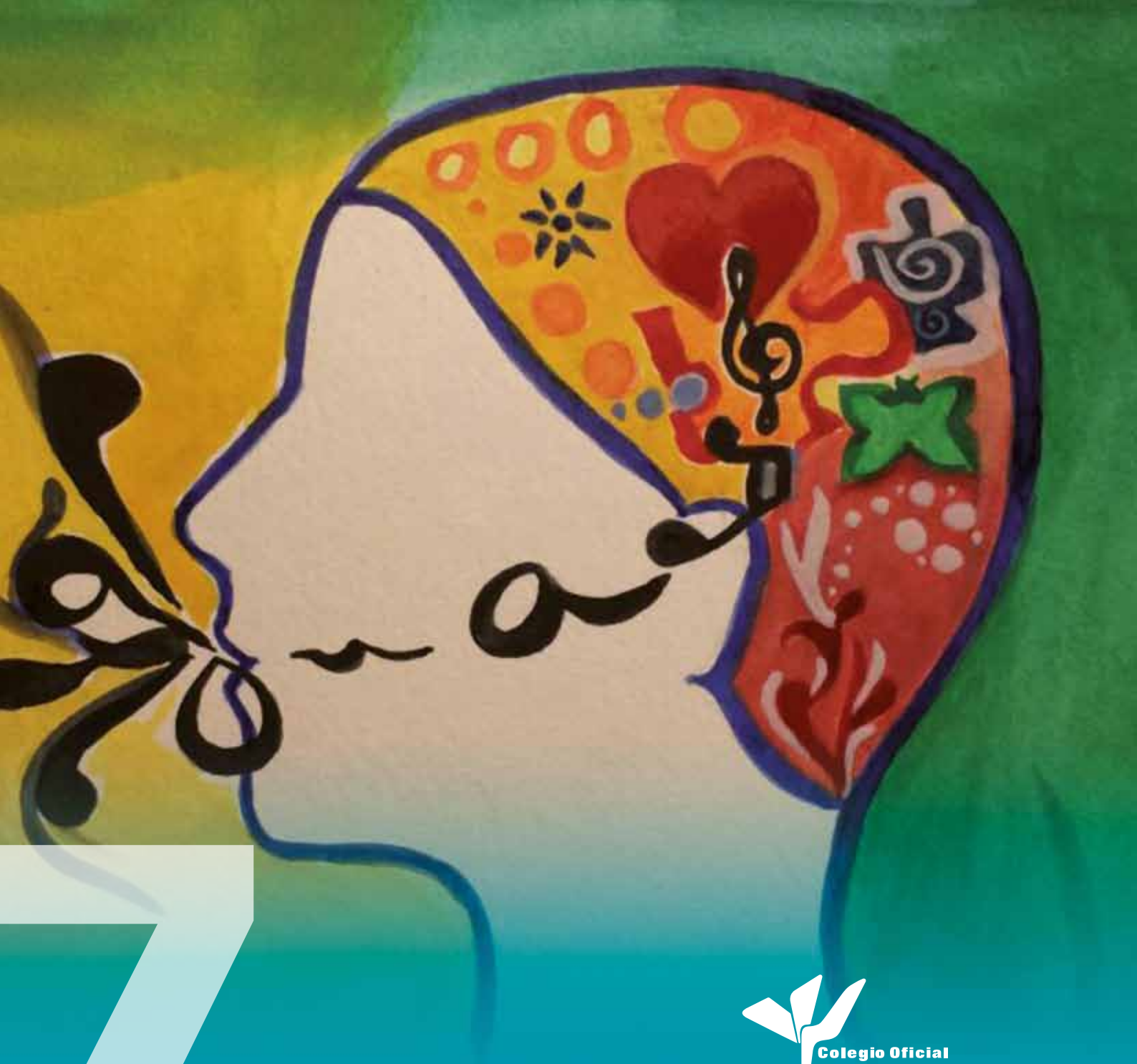
- Abrir espacios de diálogo con distintas instituciones públicas y privadas, como por ejemplo las áreas de salud y asuntos sociales municipales, autonómicas, y proveedores del ámbito privado, con el fin de avanzar en la inclusión de la profesionales de la psicología en los equipos multidisciplinares de atención a las personas con demencia y sus familias. Los convenios y regulaciones deberían contemplar su contratación en número y jornada suficiente para garantizar una atención adecuada y de calidad.

- Definir el currículo formativo de los profesionales de la Psicología en este ámbito en su doble vertiente teórica-práctica. Sería necesario un estudio profundo del presente y futuro de este perfil formativo, regulado y equiparable al existente en el resto de los países dentro del espacio europeo de formación superior, en el que sería imprescindible contar con la participación de la comunidad universitaria y de las sociedades académicas y profesionales de la Psicología, para ayudar a enfocar estas cuestiones.

  En este sentido, sería conveniente que se contemplara una especialización que integrara materias que en la actualidad se cursan de manera independiente, de tal forma, que aquellos conocimientos necesarios se incluyeran en una única acción formativa que permitiera, por sí misma, el ejercicio de la práctica profesional en el sector, lo que hasta ahora no es posible.

A la luz de la panorámica que nos permite dibujar este estudio, queda sin duda mucho camino por recorrer en nuestra profesión, con el desafío de abordar definitivamente la contribución de la Psicología en el nuevo paradigma de atención, especialmente en los centros residenciales, en el marco del modelo de atención centrada en la persona.

Confiamos en que las propuestas de acción aquí señaladas contribuyan a estimular el debate entre las diferentes figuras proveedoras de estos servicios, así como a los propios profesionales y usuarios, que en último término haga posible la inclusión de pleno derecho del profesional de la psicología en este área de actuación, para conseguir una intervención integral y de calidad dirigida a las personas mayores y su entorno.



Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

7

Agradecimientos

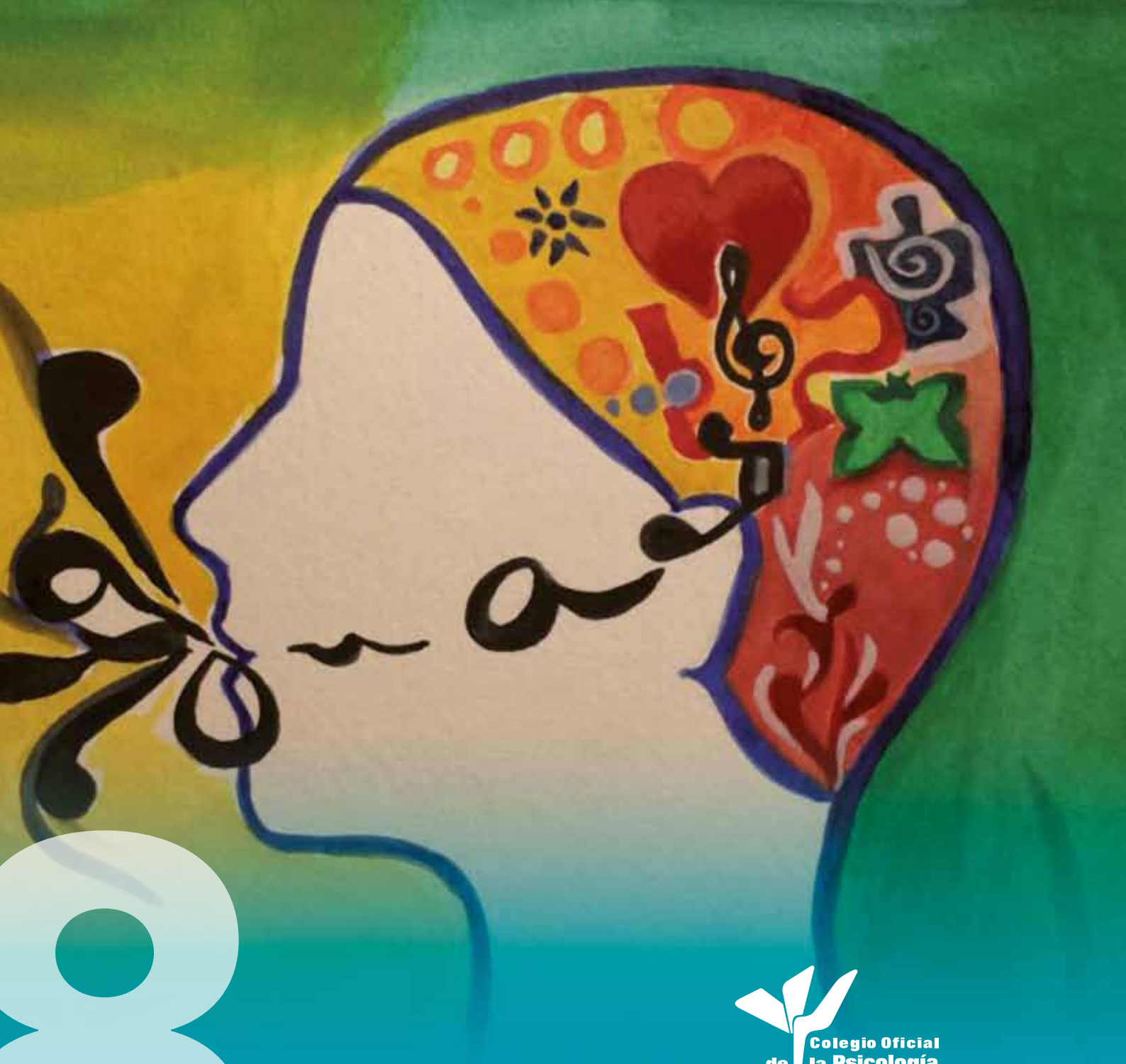
Agradecimientos

Al Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, por apoyar el proyecto y enviar los cuestionarios a través de la web a todos los colegiados.

A Rocío Gómez Hermoso, por su interés en esta iniciativa del grupo de Psicología del envejecimiento y demencias, y a Carmela Hernández, por procurarnos los recursos técnicos necesarios para los encuentros que hemos mantenido las participantes del grupo de trabajo.

A Amaya López e Inmaculada Molina, anteriores componentes del grupo de trabajo, por sus aportaciones e impulso en la puesta en marcha de este estudio.

A todas las colegiadas de Madrid que han respondido al cuestionario.



Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

8

Referencias bibliográficas

Referencias bibliográficas

[1] Fernández-Ballesteros, R. (ed.) (2007). GeroPsychology. *European perspectives for and aging world*. Göttingen: Hogrefe.

[2] Fernández-Ballesteros, R. (2008). La psicogerontología, una disciplina de la psicología aplicada. En Fernández-Ballesteros (coord.) *Psicología de la vejez*. (pp. 19-34). Madrid: Pirámide.

[3] Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra. Recuperado de https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/

[4] Organización Mundial de la Salud (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=5EB8A17DB13450D1CF3F296B2A1B9559?sequence=1

[5] Parlamento europeo de 19 de enero de 2011. *Sobre una iniciativa europea acerca de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (2010/2084(INI))*. Estrasburgo. Recuperado de https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0016+0+DOC+XML+V0//ES&language=ES

[6] Grupo Asesor en Demencias de la Sociedad Británica de Psicología (2016). *Psychological dimensions of dementia: Putting the person at the centre of care*. Leicester. Recuperado de http://www.infocoponline.es/pdf/DIMENSIONESPSICOLOGICASDEMENCIA.pdf

[7] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Plan integral de Alzheimer y otras demencias (2019-2023)*. Madrid. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alhzeimer_Octubre_2019.pdf

[8] Colegio Oficial de Psicólogos (2002). Psicología, Psicólogos y Envejecimiento: contribución de la Psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(5), 268-275.

[9] Gutiérrez Rodríguez, J., Abril Herrero, M.F., Zorzo, M.E., García Torres, M.A., González Arranz, E., Sahagún Flores, L.M. (2018). La actuación profesional de la Psicología en las residencias de personas mayores. INFAD *Revista de Psicología*, 1, monográfico 3, p.107-120.

[10] Arenas i Guarch, S., Pratginestós Gonzalo, E. (2006). *El papel del psicólogo en centros residenciales geriátricos revisión de la situación actual y propuesta de funciones para un desarrollo óptimo de la actividad* (Trabajo fin de máster). Universidad de Barcelona. Col-legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya .

[11] Grupo de trabajo de Psicología del envejecimiento y demencias del Colegio de la Psicología de Madrid (COP) (2016). *Manifiesto del Grupo de Trabajo de Psicología del Envejecimiento y Demencias del COP Madrid*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6396

[12] Ruiz-Adame Reina, M. (2000). El papel del psicólogo en la enfermedad de Alzheimer. *Papeles del psicólogo*, 76. Recuperado de http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1076

[13] Confederación española de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias (CEAFA) (2008). *Modelo de centro de día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer.* Recuperado de https://www.ceafa.es/files/2012/08/cdiaalzheimer21015-2.pdf

[14] Pliego de prescripciones técnicas del acuerdo marco del servicio público de atención a personas mayores dependientes en centro de día. año2019. *Comunidad de Madrid*. Recuperado de http://www.madrid.org/contratos-publicos/1354698683438/1350930820359/1354698684887.pdf

[15] Ley 11/2003, de 27 de Marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, 157, de 2 de julio de 2003. Recuperado de https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-13185-consolidado.pdf

[16] Resolución de 17 de julio de 2013, de la Dirección General de Trabajo de la Consejería de Empleo, Turismo y Cultura, sobre registro, depósito y publicación del convenio colectivo del Sector de Residencias y Centros de Día para Personas Mayores, suscrito por la comisión negociadora. *Boletín de la Comunidad de Madrid*, 209, de 3 de septiembre de 2013, pp.50-78. Recuperado de https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/5390ee80-ee76-4bbf-a8ca-2e227ca25f0f/26025FE5-CFE9-40B0-A29A-03C04E51290C/09b7ef98-c2ee-4116-ac29-630dde738004/09b7ef98-c2ee-4116-ac29-630dde738004.pdf

[17] Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VII Convenio marco estatal de servicio de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. *Boletín Oficial del Estado*, 229, de 21 de septiembre de 2018, pp. 91421-91457. Recuperado de https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/ley-de-dependencia/vii-convenio-dependencia-publicado-boe.pdf

[18] Pliego de prescripciones técnicas del acuerdo marco del servicio público de atención residencial a personas mayores dependientes. Modalidad financiación total y financiación parcial. Año 2017. Comunidad de Madrid,. Recuperado de http://www.madrid.org/contratos-publicos/1354606288862/1350930820359/1354606980067.pdf.

Referencias bibliográficas

[19] Buiza Bueno, C., Montorio cerrato, I., Yanguas Lezaun, J.(2006). Intervenciones en deterioro cognitivo grave. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41 (Supl 6), 42-8.

[20] Olabarrieta-Landa, L, Caracuel, A.; Pérez-García, M.; Panyavin, I.; Morlett-Paredes, A.; Arango-Lasprilla, J.C. (2016). The profession of neuropsychology in Spain: results of a national survey. The Clinical Neuropsychologist. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1080/13854046.2016.1183049.

[21] Zamarrón Cassinello, Mª.D.; Tárraga Mestre, L.; Fernández-Ballesteros, R. (2009). Cognitive plasticity in Alzheimer's disease patients receiving cognitive stimulation programme. Psychology in Spain, 13, 1. Recuperado de http://www.psychologyinspain.com/content/full/2009/13007.pdf

[22] Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2009). *Demencias en Geriatría*. Recuperado de https://www.segg.es/media/descargas/Libro%20Demencias%202009%203.pdf

[23] McDermott, O., Charlesworth,G., Hogervorst,E., Stoner,C., Moniz-Cook, E., Spector, A., Csipke, E., Orrella, M. (2018).Psychosocial interventions for people with dementia: a synthesis of systematic reviews. *Aging and mental health*,23, 4, 393-403.

[24] Yanguas Lezaun, J.J., Buiza Bueno, C., Gónzalez Pérez, F.M. (2008). Programas de psicoestimulación en demencias. En Fernández-Ballesteros (coord.) Psicología de la vejez. (pp. 187-214). Madrid: Pirámide.

[25] Álvaro Sardina, M. (2017). *Eficacia de los programas de estimulación cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo leve/demencia*. (Trabajo fin de Máster). Recuperado de https://blogcrea.imserso.es/wp-content/uploads/2017/03/programasestimulacion.pdf

[26] Centro de referencia estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. (CRE) (2016). *Programa de activación cognitiva integral en personas con demencia tipo Alzheimer (PACID)*. Salamanca. Imserso. Recuperado de https://www.imserso.es/crealzheimer_06/terapias_no_farmacologicas/pacid/index.htm

[27] Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196,129–136. Doi: 10.1126/science.847460

[28] Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 208, de 22 de noviembre de 2003. Recuperado de https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf

Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

Trabajamos junto a nuestras colegiadas y colegiados para mejorar la calidad de los servicios psicológicos y el bienestar de la ciudadanía

www.copmadrid.org