Analysis of the perception of the professional in the geriatric area: parameters and variables associated to the improvement of the quality of life of the resident

Análisis de la percepción del profesional en el ámbito geriátrico: parámetros y variables asociadas a la mejora de la calidad de vida del residente

López Paz, Juan Francisco PhD.
University of Deusto
jlopez@deusto.es

Resumen:

La investigación presente ofrece un análisis del ejercicio profesional de distintos agentes pertenecientes al ámbito geriátrico, residencias y centros de día en el País Vasco, aludiendo a su percepción tanto del afrontamiento específico cotidiano como del apoyo institucional. Se aborda el estudio con una muestra de 167 profesionales de 26 centros geriátricos. Se valora, en concreto, la percepción del profesional orientado a la mejora de la calidad de vida de los usuarios de los distintos centros residenciales; y, las variables se circunscriben, principalmente, a los cuestionarios de Personalidad Situacional (Fernández Seara, Seisdedos y Mielgo, 1998) y Estrategias de Afrontamiento (Rosenstiel y Keefe, 1983) comprendiendo escalas asociadas a rasgos, estilos o/y tendencias de comportamiento. Se han implementado análisis estadísticos de corte descriptivo y multivariante para interacciones con, entre otros, tipología de centros, perfil profesional, recorrido profesional.

Palabras clave: percepción, afrontamiento, gerontología.

Abstract:

This research provides an analysis of the practice of other staff in the geriatric field , nursing homes and day care centers in the Basque Country , alluding to his perception of both the specific coping everyday as institutional support. The study deals with a sample of 167 professionals from 26 geriatric centers. It´s evaluated , namely , the perception of oriented improving the quality of life for users of different professional residential centers ; and the variables are limited mainly to personality questionnaires Situational (Fernández Seara, Sixfingers and Mielgo , 1998) and Coping Strategies (Rosenstiel and Keefe, 1983) comprising scales associated with features, styles and / or behavioral tendencies . Descriptive and multivariate statistical analyzes have been implemented to interact with , among others, types of centers , professional profile, professional career.

Keywords: perception , coping, gerontology.

1. Objetivos o propósitos:

Analizar la visión de los profesionales que están en contacto con estas personas mayores, tanto en residencias como en centros de día de la Comunidad Autónoma Vasca en relación a variables asociadas a rasgos, estilos o/y tendencias de comportamiento.

2. Marco teórico:

El proceso creciente de deterioro físico o/y mental que puede caracterizar a la senectud va impidiendo progresiva y lentamente que las relaciones sociales hasta entonces habituales, se desarrollen con normalidad: aumentan las dificultades físicas, se pierde la capacidad visual, auditiva y de retención, la autotraslación es problemática y el individuo pierde capacidad de interacción con su entorno, en calidad y cantidad. Se da un nuevo cambio en el estilo de las relaciones sociales mantenidas hasta el momento (se cambia de estilo en varias ocasiones a lo largo de la vida: en la infancia hay un tipo de relaciones, en la adolescencia se formaliza otro estilo con los compañeros de la escuela, y un estilo de relaciones distinto se observa en los grupos de la calle. Posteriormente, en la colocación laboral se genera un nuevo estilo relacional y, finalmente, se crea una nueva forma de colectividad durante la jubilación) (Amdam, 2011; Eith, Stummer, & Schusterschitz, 2011).

En nuestras sociedades occidentales, no existe una pauta ideal consensuada y específica sobre la forma que han de tener las relaciones sociales entre los individuos afectados por las limitaciones de la senescencia, y entre ellos y el resto de la sociedad. En cambio, sí se constata que progresivamente se va consolidando un nuevo modelo ideal de relaciones

sociales entre los mismos. Este proceso de cambio cultural y conductual empezó a cristalizar a partir de la creación de clubes, hogares y casas de jubilados que algunas entidades financieras y administraciones públicas apoyaron. Este tipo de enclaves funcionan y organizan las relaciones sociales con cuatro factores definitorios: son relaciones informales, que tienen por base el territorio vecinal, y la afinidad étnica, y que son adecuadas para individuos incluso con ciertos problemas físicos propios de la senectud. Así pues, en relación directa con el proceso biológico de senilización (Baltes, 1999; Thomas, Sancho, Melendez & Mayordomo, 2012), los individuos jubilados van abandonando la mayoría de relaciones sociales mantenidas hasta este momento y aumenta su dependencia funcional de la red familiar o del grupo con quien el individuo comparte mayor intimidad.

Sin embargo, y ésta es una característica importante de la senectud, la creciente dependencia de la estructura familiar no suele implicar un enriquecimiento de sus relaciones familiares – las del anciano – en el sentido de que éstas sustituyan a las relaciones sociales abiertas anteriores. Muchas veces sucede incluso lo contrario, ya que el grupo filial no siempre está dispuesto a aceptar de buen grado la carga que representa la presencia del anciano dependiente: éste es, en buena parte, el motivo del elevado porcentaje de semiliscentes que residen solos. Entre ellos, las relaciones sociales íntimas de las que derivan ayuda y cooperación desinteresada e informal, son pobres, lo que genera un profundo sentimiento de desarraigo en estos sujetos (Duran et al., 2008; Heponjemi, Elovainio, Kouvonen, Noro & Finne, 2012). Ha de tenerse en cuenta que: primeramente, las relaciones sociales de los ancianos, con la edad, se convierten en más funcionales; en segundo lugar, este hecho implica habitualmente la dependencia de individuos de otros grupos de edad más jóvenes; en tercer lugar, en la mayoría de casos son miembros de la familia filial; y que, por un lado, la estructura familiar en sí está cada vez más compartimentada por la división horizontal en grupos de edad y, por tanto,

están más alejados (en un sentido emocional y físico) los miembros de distintas generaciones; y, por otro lado, se dan cosmovisiones opuestas que generan dinámicas conflictivas en las relaciones sociales del anciano (Pruchno & Rosenbaum, 2003; Lee, Lan & Yen, 2011; Peiner, Norell Ziegert, & Kihlgren, 2012).

La importancia de todos estos cambios que, en definitiva, se van produciendo reside en su valor indicativo. Esto determina nuevas reacciones y, en consecuencia, su manera de vivir. Las diferencias individuales no sólo se manifiestan al comienzo de las transformaciones, por ejemplo, físicas sino también durante el resto del ciclo vital. En nuestra sociedad actual, los 65 años viene a ser la edad en la que comienza la tercera edad y que, frecuentemente, coincide con el momento de la jubilación. En parte, es claro y evidente que la vejez se ha reglamentado; ésto en razón del hecho de que la edad arbitraria y obligatoria de la jubilación es aproximadamente la ya señalada. No obstante, el grupo o colectivo de los mayores engloba un amplio abanico de edades. Y, en efecto, si se considera la distribución por edades de los mayores, se comprueba que se halla repartida entre dos o más generaciones; podemos contemplar, al menos, una tercera y una cuarta edad (mayores jóvenes y mayores ancianos). Es decir, los mayores jóvenes se muestran todavía activos y están aún libres o liberados de problemas claramente invalidantes asociados a un avanzado envejecimiento (Lawton, 2001; Stefani & Feldberg, 2006; Jooste, 2011).

El fenómeno de identificación con los estadios tradicionalmente reconocidos como constituyentes de la juventud, la edad madura o la vejez generalmente acompaña a la edad cronológica. Pero, es evidente y lógico que la identificación con el grupo de jóvenes, adultos, mayores o ancianos no depende exclusivamente de la edad del sujeto sino también de su estado de salud así como de su manera de comprender los términos empleados para

designar los diferentes estadios del ciclo vital. Parece existir relación entre la edad cronológica y la serie constituida por los acontecimientos de la vida; sin embargo, los umbrales arbitrarios establecidos conforme a la edad resultan a menudo engañosos ya que son frecuentes las diferencias individuales y los cambios suelen ser graduales. Por tanto, ya que se envejece de modo diferente desde el punto de vista físico, social, emocional, ... la edad cronológica sirve para que objetivamente se marque la edad del sujeto.

En segundo lugar, el envejecimiento físico se desarrolla gradualmente de forma que resulta a menudo arbitrario precisar el momento en que una persona es físicamente mayor. Las personas para quienes es importante su condición física o las que se preocupan de su aspecto físico, pueden apercibirse de su envejecimiento fisiológico con más facilidad que aquellas cuyas actividades no están centradas en su estado físico. Las modificaciones graduales se aprecian cuando alcanzan un umbral crítico que provoca un cambio. Es sabido, y concluyente, que los mecanismos físicos declinan muy pronto al comienzo de la edad madura; la mayoría de las personas no toman conciencia del hecho más que en el momento en que afecta notablemente a sus actividades cotidianas. La imagen que se tiene de uno mismo puede cambiar cuando comienza a darse cuenta de que el vello se vuelve grisáceo o más escaso, cuando aparecen arrugas y la sequedad de la piel, e incluso, aumento de peso. En definitiva, el envejecimiento físico no solo modifica la imagen que tenemos de nosotros mismos, sino que también provoca cambios de comportamiento de los demás hacia nosotros (Kleiber, Hutchinson & Williams, 2002; Puccioni & Rosenbaum, 2003; Ruthing & Chipperfield, 2007).

El término envejecimiento evoca habitualmente cambios físicos desagradables como pérdida de fuerza, disminución de la coordinación, dominio del cuerpo, alteraciones de la salud. Pero, la naturaleza y la amplitud de los cambios físicos así como la forma en que éstos se relacionan con

factores procedentes del entorno y del medio social determina las diferencias individuales. Los cambios fisiológicos del envejecimiento deben, pues, ser considerados en sus relaciones con los factores sociales, culturales, ... así como los hábitos propios del sujeto.

En tercer lugar, atendemos al envejecimiento psicoemocional que está íntimamente relacionado con las experiencias del sujeto. Se considera que una persona es psicológicamente madura en la medida que puede asumir sus responsabilidades para con la sociedad (Stebbins, 2002, 2005; Amdam, 2011; Yoshino, Sakurai, Hasegawa & Yokono, 2011). Se entiende a priori que la experiencia es más nutrida, cualitativa y cuantitativamente, a los 70 que a los 30 años; pero, no obstante, variables relativas a la instrucción pueden compensar la falta de experiencia en los jóvenes. El cambio se ha convertido en un modo de vida en sí mismo; y, los cambios psicológicos pueden contemplarse bajo dos planos: el plano de lo cognitivo que aglutina a todos aquellos cambios que afectan a la manera de pensar así como a las capacidades personales y, por otro lado, el plano afectivo y de la personalidad. Estas modificaciones no son, como ya ha quedado patente, espontáneas. La personalidad y las funciones cognitivas se ven afectadas por acontecimientos como la jubilación, la muerte del cónyuge, ... La manera de afrontar y reaccionar ante las múltiples experiencias determina aspectos importantes del envejecimiento.

Y, finalmente, el envejecimiento social que viene designado y determinado por los roles que se pueden, se deberían, se pretenderían, se desearían o han de desempeñar en la sociedad. Llegados a este punto, hay que postular que determinados roles sociales pueden entrar en conflicto con los apropiados a determinadas edades cronológicas (Stineman et al., 2011; Schreiber, Endrass & Kathmann, 2012). El conflicto entre las edades social, psicológica y cronológica constituye una forma de disonancia. Es el caso, por

ejemplo, de aquellos que no están conformes con su rol de trabajador y desean, antes de la edad propia de la jubilación, jubilarse.

Determinadas variables sociales es evidente que evolucionan con la edad, pero sin seguir necesariamente a la edad cronológica. Una de estas variables puede ser la dependencia-independencia; mientras que se va emancipando de manera gradual la siguiente generación, los padres puede llegar a retornar a un estado de dependencia respecto de sus hijos o de la propia sociedad (Lang, Rieckmann & Baltes, 2002; WHO, 2003; Haynes et al., 2009). Esta dependencia puede producir efectos diferentes en unas y otras personas en función de factores sociales y psicológicos.

3. Metodología:

En el reclutamiento de la muestra han participado 26 centros geriátricos y 167 profesionales pertenecientes a áreas profesionales como Medicina, Enfermería, Psicología, Fisioterapia, Trabajo Social y Educación. La muestra total de los sujetos son mayores con edades comprendidas entre los 28 y los 57 años. Asimismo, y atendiendo a la variable centro, nos situamos de la siguiente manera: los profesionales de centros de día fueron el 43,11 % (72) y aquellos pertenecientes a residencias fueron el 56,88 % (95); por género están el 69% son mujeres y el 31% hombres. En lo que respecta al recorrido profesional, constatamos que, primeramente, los años de ejercicio profesional han sido: 11% (no más de 5 años), 39 % (no más de 10 años), 41 % (no más de 15 años) y 9% (más de 15 años). Todos ellos pertenecientes al País Vasco. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta, entre otros, la pertenencia al equipo de profesionales del centro por, al menos, un periodo mínimo de dos años.

Respecto a los instrumentos aplicados a esta muestra de profesionales, éstos han sido principalmente tres: el Cuestionario de Personalidad Situacional (Fernández Seara, Seisdedos y Mielgo, 1998), la Escala de Dificultades de Socialización de Cantoblanco (2009) y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Rosenstiel & Keefe, 1983). Así mismo, se aplicó un cuestionario típico de identificación donde se recogían datos relativos a la edad, sexo, estado civil, nivel socio-cultural, años de estancia en el centro residencial.

El Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS) (Fernández Seara, Seisdedos y Mielgo, 1998) consta de 233 items y comprende 15 rasgos de personalidad y 3 estilos o tendencias de comportamiento. Las variables de personalidad subyacentes a las 15 escalas tienen su correspondencia con

parecidas denominaciones en otros tests de personalidad como, por ejemplo, EPI de Eysenck, CEP de Pinillos, 16PF de Catell. Y, estos autores han contribuido con 5 factores de buena estabilidad en la personalidad como son el ajuste, el liderazgo, la independencia, el consenso y la extraversión.

Por otro lado, la Escala de Dificultades de Socialización de Cantoblanco (SOC, 2009) se le aplica individualmente a cada profesional un total de 45 items. Este cuestionario consta de 4 parámetros: búsqueda se sensaciones, ausencia de miedo, impulsividad y dificultades de socialización (índice global). En cada uno de los parámetros la puntuación directa máxima es de 15.

Y, por último, el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Coping Strategies Questionnaire) (CSQ) (Rosenstiel & Keefe, 1983) adaptado por Rodríguez Franco, Cano García y Blanco Picabia (2004). Consta de 8 escalas de 6 items cada una: distracción, reinterpretación de la sensación dolorosa, autoverbalizaciones de afrontamiento, ignorar la sensación dolorosa, rezos y esperanza, catastrofización, incremento del nivel de actividad e incremento de las conductas dirigidas a disminuir el dolor. En un análisis factorial de segundo orden agrupan las estrategias de afrontamiento atendiendo a la denominación de adaptativo y desadaptativo (fe y plegarias, y catastrofización).

Así mismo, se aplicó un cuestionario básico de identificación donde se recogían datos relativos a la edad, sexo, estado civil, nivel socio-cultural, años de estancia en el centro residencial, entre otros.

4. Discusión de los datos, evidencias, objetos o materiales:

Se implementaron estadísticos orientados a la comprobación de las correspondientes condiciones previas al análisis paramétrico, entre otras, alfa de Cronbach con el fin de determinar el nivel de fiabilidad de los datos recogidos. Y, consecuencia positiva y significativa de ello, procedimos a aplicar, principalmente, diversos análisis multivariantes (Manova). En concreto, la aplicación del alfa de Cronbach en la muestra total y las submuestras relativas a profesionales de Residencias y Centros de Día nos resulta, tal y como aparece en la tabla 1.1, un nivel significativamente aceptable y óptimo.

Pruebas	Geriátrico	N	%	alfa-Cronbach	Elementos
CPS	Residencias	95	56,88	0,597	18 (5)
	Centros Día	72	43,11	0,778	18 (5)
SOC	Residencias	95	56,88	0,819	15 (4)
	Centros Día	72	43,11	0,766	15 (4)
CSQ	Residencias	95	56,88	0,848	8 (2)
	Centros Día	72	43,11	0,692	8 (2)

Tabla 1.1: Estadístico de Fiabilidad (Alfa-Cronbach) en muestras total y parcial de profesionales en ambas tipologías de centro geriátrico en la CAPV.

A partir de la aplicación del alfa de Cronbach, aplicamos el estadístico asociado al Análisis multivariante (Manova) a fin de comprobar la varianza que resulta del Estudio.

En consecuencia, hemos considerado adecuado ir mostrando algunos de los resultados obtenidos, y considerados relevantes, a partir del análisis multivariante en relación a los cuestionarios anteriormente mencionados: en primer lugar, los datos relativos al Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS, 1998); en segundo lugar, los datos referidos a la Escala de Dificultades de Socialización de Cantoblanco (2009); y, finalmente, los referidos al Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ, 1983). Estos datos quedan desglosados conforme al tipo de centro geriátrico (residencia y centro de día) del que forman parte como profesionales.

A partir de los datos relativos a los profesionales que trabajan en residencias, y más especialmente aquellos obtenidos por la aplicación del CPS, constatamos que es significativo, por un lado, el nivel asociado a niveles de ansiedad y, en relación a los residentes en las variables de ansiedad y eficacia. El cruce de ambos ejes vertebradores ofrece un resultado significativo exclusivamente en el parámetro de ansiedad (tabla 1.2).

Muestra Residencia		Suma de Cuadrados Tipo III	Gl	F	Significación
Profesionales	Ansiedad	1,131	1	2,668	0,009
	Eficacia	1,019	1	1,381	0,213
	Control Cognitivo	0,312	1	1,436	0,055
	Liderazgo	1,607	1	4,006	0,098
	Deseabilidad Social	1,098	1	1,540	0,115
Residencia	Ansiedad	1,961	1	1,755	0,017
	Eficacia	0,711	1	0.981	0,031
	Control Cognitivo	1,835	1	2,239	0,062
	Liderazgo	0,645	1	0,871	0,193
	Deseabilidad Social	1,534	1	1,981	0,244
Profesionales & Residencia	Ansiedad	1,623	1	2,279	0,041
	Eficacia	0,917	1	3,103	0,262
	Control Cognitivo	1,247	1	1,606	0,159
	Liderazgo	1,673	1	0,335	0,528
	Deseabilidad Social	1,426	1	3,219	0,167

Tabla 1.2 : Análisis Multivariante aplicado a la muestra de profesionales en Residencia (CPS).

En el caso de los Centros de Día, los resultados obtenidos igualmente derivados de la aplicación del CPS confirman que los profesionales presentan niveles significativos en el control cognitivo y, por otro lado, perciben tanto en el control cognitivo como en la deseabilidad social cotas positivas signitivas en los residentes. Ambas variables mencionadas aparecen de nuevo con una destacada significatividad en la intersección de ambos ejes (tabla 1.2).

Muestra Centro de Día		Suma de Cuadrados Tipo III	Gl	F	Significación
Profesionales	Ansiedad	0,129	1	0,707	0,146
	Eficacia	0,144	1	1,684	0,322
	Control Cognitivo	1,122	1	0,733	0,029
	Liderazgo	0,318	1	1,683	0,146
	Deseabilidad Social	2,034	1	0,772	0,209
Centros de Día	Ansiedad	0,913	1	0,175	0,096
	Eficacia	1,617	1	2,904	0,082
	Control Cognitivo	0,279	1	3,125	0,016
	Liderazgo	1,251	1	2,991	0,296
	Deseabilidad Social	1,622	1	1,526	0,042
Profesionales & Centros de Día	Ansiedad	1,707	1	2,427	0,072
	Eficacia	2,034	1	0,786	0,126
	Control Cognitivo	1, 009	1	0,476	0,033
	Liderazgo	1, 881	1	2,329	0,137
	Deseabilidad Social	1,032	1	1,988	0,028

Tabla 1.3 : Análisis Multivariante aplicado a muestra de profesionales en Centro de Día (CPS).

En lo que respecta al cuestionario Escala SOC, constatamos que (tabla 1.4), en el caso de las residencias, únicamente recogemos niveles significativos en la variable “Déficit de socialización” siendo la percepción del profesional sobre el funcionamiento del residente en este tipo de centro geriátrico. No así resulta en el otro tipo de contexto geriátrico.

Muestra Residencia	Suma de Cuadrados Tipo III	Gl	F	Significación
Profesionales:				
Ausencia de miedo	0,531	1	1,827	0,176
Déficit de socialización	0,706	1	1,038	0,077
Residencia:				
Ausencia de miedo	0,719	1	3,025	0,215
Déficit de socialización	0,216	1	1,716	0,108
Profesionales& Rcia.				
Ausencia de miedo	0,451	1	2,064	0,203
Déficit de socialización	1,323	1	0,019	0,014

Tabla 1.4: Análisis Multivariante aplicado a la muestra de profesionales en Residencia (SOC).

En cambio, los datos obtenidos por la aplicación del análisis multivariante nos reflejan que la variable ausencia de miedo es aquella que exclusivamente presenta niveles significativos positivos en la percepción del propio profesional sanitario (tabla 1.5).

Muestra Centro de Día	Suma de Cuadrados Tipo III	Gl	F	Significación
Profesionales:				
Ausencia de miedo	1,156	1	1,843	0,038
Déficit de socialización	0,639	1	1,045	0,107
Residencia:				
Ausencia de miedo	0,749	1	0,097	0,205
Déficit de socialización	0,621	1	1,284	0,093
Profesionales&Centro Día.	1,453	1	1,236	0,123
Ausencia de miedo	1,392	1	0,996	0,316
Déficit de socialización				

Tabla 1.5: Análisis Multivariante aplicado a muestra de profesionales en Centro de Día (SOC).

Por último, y refiriéndonos a la implementación del cuestionario CSQ, y más concretamente en residencias (tabla 1.6), recogemos como datos relevantes los siguientes: por un lado, los profesionales muestran niveles significativos en relación al afrontamiento de corte adaptativo; mientras que, por otro lado,

percibe de forma significativa el afrontamiento de corte desadaptativo en los usuarios de este tipo de enclave geriátrico. Por último, la confluencia de ambos ejes resulta en un nivel significativo favorable al afrontamiento desadaptativo.

Muestra Residencia		Suma de Cuadrados Tipo III	Gl	F	Significación
Profesionales	Afront. Adaptativo	1,107	1	2,078	0,023
	Afront. Desadaptativo	2,034	1	2,013	0,147
Residencias	Afront. Adaptativo	1,204	1	1,007	0,269
	Afront. Desadaptativo	1,239	1	3,025	0,040
Profesionales & Residencias	Afront. Adaptativo	0,927	1	1,207	0,214
	Afront. Desadaptativo	0,194	1	1,004	0,033

Tabla 1.6 : Análisis Multivariante aplicado a la muestra de profesionales en Residencia (CSQ).

En el caso de la muestra asociada a Centros de Día, confirmamos que los niveles de significatividad se presentan exclusivamente en la confluencia de ambos ejes y, muy especialmente, en lo que se refiere al afrontamiento adaptativo (tabla 1.7).

Muestra Centro de Día		Suma de Cuadrados Tipo III	Gl	F	Significación
Profesionales	Afront. Adaptativo	1,079	1	0,388	0,113
	Afront. Desadaptativo	0,438	1	2,321	0,122
Centros de Día	Afront. Adaptativo	0,367	1	0,416	0,190
	Afront. Desadaptativo	0,886	1	1,214	0,204
Profesionales & Centros de Día	Afront. Adaptativo	0,313	1	2,443	0,018
	Afront. Desadaptativo	1,971	1	1,238	0,316

Tabla 1.7 : Análisis Multivariante aplicado a muestra de profesionales en Centro de Día (CSQ).

En definitiva, los datos recogidos asociados a, fundamentalmente, variables de apoyo social, niveles de socialización y estilo de afrontamiento, nos hacen constatar que, sin duda, existen claras diferencias entre la percepción de la realidad del propio profesional, su percepción del mayor y la confluencia de ambas en los dos tipos de enclaves, Residencias y Centros de Día, del País Vasco.

5. Resultados y/o conclusiones:

El comportamiento aprendido y por aprender pasa a ser la cuestión central, tanto para un envejecimiento y desarrollo personal saludables y satisfactorios como para una atención psicoeducativa de calidad. Es sabido y concluyente que tanto la adquisición como la asimilación de nuevos comportamientos, conocimientos, aptitudes, actitudes o hábitos se puede dar en cualquier edad de la vida (Snell & White, 2011; Helvik et al., 2012; López Paz, 2013). La existencia de mayor tiempo "personal" constituye todo un reto para el mayor, especialmente, para aquel que tiene su ubicación permanente en una residencia. Únicamente, la situación se complica en aquellos casos en los que aparecen déficits por problemas de salud; en su caso, será la familia quien asuma, en gran medida, esa responsabilidad.

El espacio vital para los usuarios de residencias es escaso, incluso puede llegar a ser nulo en la medida en que las propuestas que pueda formular este mayor puedan romper o modificar la dinámica y el ritmo ya determinada. Aparecen actividades como la lectura, el paseo, la charla informal, el juego de cartas, entre otras, que no constituyen un peligro o un motivo de preocupación para la infraestructura o, más concretamente, para el personal del centro pero cuando las propuestas del mayor pretenden ir más allá surgen los problemas de responsabilidad, acompañamiento, supervisión, valoración, y, otras implicaciones para el entorno inmediato (Cheng & Fu, 2008; Blusi et al., 2014). En cambio, el caso de los mayores que acuden o son usuarios habituales de un Centro de día es absolutamente diferente. El mayor que acude a un Centro de día es por unas horas, pudiendo asemejarse a la anterior y ya pasada realidad laboral de estas personas, y en consecuencia, podrá seguir contando

con espacios y tiempos que gestionará, en general, a su manera o bajo su responsabilidad.

En este estudio hemos tratado de constatar la importancia que tiene, en el día día de nuestros mayores ya sea en residencias o Centros de Día, valorar la percepción que tienen todos aquellos profesionales que desarrollan servicios y atención a todas estas personas. En el caso de las residencias, por ejemplo, pueden llegar a constituir centros favorecedores de la reducción o extinción de actitudes vitalistas; sin duda, pueden llegar a inhibir la necesidad de la persona, en este caso del mayor, por generar nuevos marcos de encuentro con y para los demás ya sean iguales ya sean personas de otras realidades generacionales; incluso, este tipo de usuario puede llegar a no sentir la necesidad de volcarse, implicar y dedicarse al cultivo del grupo y del "nosotros" (Engström, Skytt & Nilsson, 2011; Rook et al., 2012; Bailly, Joulain, Hervé, & Alaphilippe, 2012). Es aquí donde el profesional debe redoblar los esfuerzos y, desde la actividad investigadora, debemos recoger información y datos relevantes de la percepción de todos aquellos profesionales que se sitúan alrededor de estas personas mayores. Por tanto, no es baladí pensar que la calidad y satisfacción con la propia vida va a depender especialmente de la importancia y significado que el mayor atribuye a las experiencias que tiene y a las relaciones que establece con su entorno físico y humano.

Los análisis realizados a partir de la información obtenida de los distintos profesionales que intervienen en este ámbito geriátrico nos ayudan a entender con más claridad este marco de encuentro entre usuarios y profesionales.

Primeramente, se reflejan niveles importantes y vinculantes relativos a la ansiedad tanto en los profesionales como en aquellos usuarios de residencias. Esta situación es aún más clara y determinante en relación a la percepción de eficacia que los profesionales captan en el mayor residente (So & Pierluissi,

2012; Trentini et al., 2012). La realidad en los Centros de Día cambia sustancialmente ya que se elevan notablemente los niveles asociados al control cognitivo siendo todo ello sumado o añadido a la deseabilidad social que, indefectiblemente, entienden los profesionales afecta al comportamiento del mayor en el día a día.

Por otro lado, se detecta una clara diferencia entre los enclaves residencia y centro de día. Mientras que, en el primer caso, el profesional percibe que el usuario presenta una cuota significativa en lo que se refiere a déficit de socialización, no ocurre lo mismo en los Centros de Día. Posiblemente, la combinación de actividades dentro y fuera de este ámbito residencial protege y ampara un posicionamiento y proyección adecuada y orientada a y desde su red social de apoyo cotidiano. Es determinante la percepción de ausencia de temores por parte del propio profesional; sin duda, es un dato que le sitúa en una posición adecuada y decididamente profesional para abordar necesidades, inquietudes y problemáticas habituales de la persona mayor (Mehrotra & Wagner, 2009; Lowis, Edwards & Burton, 2009; López Paz, 2013).

Una nueva diferencia entre ambos tipos de centros geriátricos se cincunscribe a la percepción del afrontamiento del mayor; mientras que, en las residencias, el profesional se percibe como competente en lo que se refiere a un tipo de afrontamiento de corte adaptativo, no así sucede en la percepción del afrontamiento del mayor que se reconoce como inequívocamente desadaptativo (Engström, Skytt & Nilsson, 2011; Brito et al., 2012; Blusi et al., 2014). En el caso de los Centros de Día, justamente sucede lo contrario; los profesionales perciben que el mayor, en general, resuelve las distintas situaciones cotidianas con un perfil de afrontamiento adaptativo. Quizás, esta diferencia nuevamente estribe en la complementación de la actuación y apoyo interno y externo a los mencionados enclaves.

Los mayores siguen mostrando temor, tal y como sucede en otras etapas de la vida, ante situaciones que escapan a su control, ante la novedad y ante la falta de un apoyo social o red de apoyo; y, por otro lado, los mayores reflejan una preocupación clara ante la percepción de un entorno sujeto a demandas que no siempre se ajustan a sus necesidades y expectativas.

6. Contribuciones y significación científica de este trabajo:

No todos los mayores parten del mismo escenario, cuentan con los mismos recursos o, por ejemplo, han adquirido el mismo nivel cultural y destrezas para el afrontamiento cotidiano. Constatamos que parece tenerse constancia de que el mayor reconoce y explicita su interés por desear adquirir, mejorar y mantener sus aptitudes tanto físicas como sociales; no obviamos las diferencias significativas que aparecen en relación a ambos enclaves geriátricos.

La disponibilidad de tiempo para la colaboración, el sentido de grupo y colectivo de mayores, la proyección de la identidad a nivel personal y a nivel grupal, el manejo de herramientas de comunicación centrípeta y centrífuga, el apoyo de la administración para propiciar la gestión e implementación de programas intergeneracionales desde y para los mayores, especialmente, personas de la cuarta edad, el impulso de la producción grupal en el mayor ajustándolo a indicadores de calidad social (registro de calidad).

El profesional debe ser receptivo en cuanto a saber captar, interpretar e interactuar con información relevante acerca de la disposición activa del mayor para nuevos retos, su nivel de adaptabilidad, sus estrategias actualizadas para el afrontamiento en situaciones interpersonales, su capacidad para la reflexibilidad, su anhelo de independencia y autonomía. Todo ello es clave para potenciar y afianzar un envejecimiento activo y saludable de la persona mayor (Parka & Han, 2010; Heponjemi et al., 2012).

Las intervenciones guiadas por profesionales, en principio, para plantear un cambio de conducta saludable implican, entre otras cuestiones: fomentar una conciencia y motivación en el mayor para que adopte prácticas de salud, iniciar el entrenamiento para el aprendizaje del hábito, promover una red de apoyo para que mantenga el nuevo aprendizaje o modificar el ambiente para reducir el esfuerzo necesario para llevarlo a cabo, prevenir el abandono o las recaídas durante la fase de adopción del hábito, y mantener a largo plazo la práctica deseada (Schwartz & Campagna, 2008; So & Pierluissi, 2012). Es imprescindible tener en cuenta la motivación de las personas mayores hacia el cambio, el estilo de comunicación que se va a emplear para fomentarla y los patrones individuales de conducta. Debe analizar la motivación del sujeto hacia lo saludable y la compatibilidad entre la motivación que favorece un cambio en las conductas cotidianas y un adecuado afrontamiento de los eventos vitales (Tomás, Sancho, Melendez, & Mayordomo, 2012; Rook et al., 2012).

7. Bibliografía:

Amdam, G. (2011). Social context, stress, and plasticity of aging. Aging Cell, 10 (1), pp.18-27.

Bailly, N., Joulain, M., Hervé, C., & Alaphilippe, D. (2012). Coping with negative life events in old age: The role of tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *Aging & Mental Health*, 16 (4), pp. 431-437.

Baltes, P., Staudinger, U. y Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and aplication to intellectual functioning. Annual Psychology, 50, pp. 471-507.

Brito, T., Renata, P., Iost, P., & Sofia, C. (2012). The relationship between social support and functional capacity in elderly persons with cognitive alterations. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (4), pp. 677-684.

Diehl, M. & Hay, E. (2009). Review of successful aging through the lifespan: intergenerational issues in health. *International Journal of Aging & Human Development*, 68 (1), pp.93-96.

Durán, D., Valderrama, L., Uribe-Rodríguez, A. y Linde, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psicológica*, 7 (1), 263-270.

Eith, T., Stummer, H., & Schusterschitz, C. (2011). Career success perception and Work-related behavior of employees in geriatric care: A pilot study in a German Geriatric care facility. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (1), pp. 45-52.

Engström, M., Skytt, B., & Nilsson, A. (2011). Workinglife and stress symptoms among Caregivers in elderly care with formal and no formal competence. Journal of Nursing Management, 19 (6), pp. 732-741.

Haynes, T., Heckhausen, J., Chipperfield, J., Perry, R., Newall, N. (2009). Primary and secondary control strategies: Implications for health and well-being among older adults. Journal of Social and Clinical Psychology, 28 (2), pp. 165-197.

Helvik, A., Sofie, E., Knut, B., Guro, H., & Selbek, G. (2012). Factors associated with perceived health in elderly medical inpatients: A particular focus on personal coping resources. Journal of Advanced Nursing, 16 (6), pp.795-803.

Heponjemi, T., Elovainio, M., Kouvonen, A., Noro, A., & Finne, S. (2012). Ownership type and team climate in elderly care facilities: The moderating effect of stress factors, 68 (3), pp. 647-657.

Herrero, O., Escorial, S. y Colom, R. (2009). Escala de Dificultades de Socialización de Cantoblanco. Madrid: TEA Ediciones.

Jooste, K. (2011). Current nursing practice: Challenges and successes. *Journal of Nursing Management*, 19 (7), pp. 833-836.

Kleiber, D., Hutchinson, S. & Williams, R. (2002). Leisure as a resource in transcending negative life events: self-protection, self-restoration and personal transformation. Leisure Sciences, 24, pp. 219-235.

Lang, F., Rieckmann, N. & Baltes, M. (2002). Adapting to aging losses: Do resources facilitate strategies of selection,compensation and optimization in everyday functioning. Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences, 57, pp. 501-509.

Lawton, M. (2001). Quality of life and the end of life. En J. Birren y K. Schaie (eds.). Handbook of the psychology of aging. San Diego: Academic Press.

Lee, P. & Lan, W. & Yen, T. (2011). Aging successfully: a four-factor model. Educational Gerontology, 37 (3), pp. 210-227.

Leipold, B. y Greve, W. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14 (1), pp. 40-50.

López Paz, J.F. (2013). Zahartze osasungarria: erreferenteak eta baliabideak. Bilbao: Eusko Jaurlaritza/Deustuko Unibertsitatea.

Lowis, M., Edwards, A. & Burton, M. (2009). Coping with retirement: well-being, health and religion. *Journal of Psychology: interdisciplinary and applied*, 143 (4), pp. 427-448.

McPherson, D. (2004). Leisure in later life. In G. Gross et al. (eds.) Encyclopedia of Recreation and Leisure in America. New York: Charles Scribner´s Sons.

Mehrotra, C. & Wagner, L. (2009). Aging and diversity: An active learning experience. London: Routledge.

Peiner, M., Norell Ziegert, K., & Kihlgren, A. (2012). Trying to cope everyday life: Emotional support in municipal elderly caresetting. *International Journal of QualitativeStudies on Health and Well-being*, 7.

Pruchno, R. & Rosenbaum, J. (2003). Social relationships in adulthood and old age. In I. Weiner (Ed.), Handbook of Psychology, vol. VI. New York: Wiley.

Puccioni, O. & Vallesi, A. (2012). Conflict resolution and adaptation in normal aging: the role of verbal intelligence and cognitive reserve. Psychology and Aging, 27 (4), pp. 1018-1026.

Rook, K., Luong, G., Sorkin, D., Newsom, J., & Krause, N. (2012). Ambivalent versus problematic social ties: Implications for psychological health, functional health and interpersonal coping. *Psychology and Aging*, 27 (4), pp. 912-923.

Ruthing, J. & Chipperfield, J. (2007). Health incongruence in later life: implications for subsequent well-being and health care. Health Psychology, 26 (6), pp. 753-761.

Schreiber, M., Endrass, T. & Kathmann, N. (2012). Age effects on adjustments of performance monitoring to task difficulty. Journal of Psychophysiology, 26 (4), pp. 145-153.

Snell, L. & White, L. (2011). A sociocognitive approach to service quality and adherence amongs elderly patients: A pilot study. *Health Marketing Quarterly*, 28 (2), pp. 99-115.

So, C. & Pierluissi, E. (2012). Attitudes and expectations regarding exercise in the hospital of hospitalized older adults: A qualitative study. Journal of the American Geriatrics Society, 60 (4), pp. 713-718.

Stebbins, R. (2005). Project-based leisure: Theoretical neglect of a common use of free time. Leisure Studies, 24 (1), pp. 1-11.

Stefani, D. & Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. Anales de Psicología, 22 (2).

Stineman, M., Xie, D., Pan, Qiang, K., Jibby, S., & Debra, J. (2011). Activity of daily living staging, chronic health conditions, and perceived lack of home accessibility features for elderly people living in the community. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 (3), pp. 454-462.

Tomás, J., Sancho, P., Melendez, J., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach.*Aging & Mental Health*, 16(3), pp.317-326.

Trentini, C., Wagner, G., Chachamovich, E., Figueiredo, M., Silva, L., Hirakata, V., & Fleck, M. (2012). Subjetive perception of health in elderly inpatients. International Journal of Psychology, 47 (4), pp. 279-286.

World Health Organization (2003). Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: WHO.

Yoshino, H., Sakurai, T., Hasegawa, K., & Yokono, K. (2011). Causes of decreased activity of daily life in elderly patients who need daily living care. *Geriatrics & Gerontology International*, 11 (3), pp. 297-303.