

Análisis de la realidad asistencial a los mayores en la Comunidad Foral de Navarra

Propuesta para una intervención psicológica en los procesos de envejecimiento*

Fernando Trébol Untzue / Emilio Garrido Landívar**

1. Introducción

Pensando en el estudio de la atención que se le ofrece a la población mayor (considerada a partir de los 65 años) en este estudio se evalúan diferentes servicios existentes en Navarra durante el periodo comprendido entre el año 2000 y 2005: Servicio Social de Base, Residencias de Ancianos, Centros de Salud, Pisos o Apartamentos Tutelados, Teleasistencia, Asociaciones y Clubes de Jubilados y Enseñanza a los Mayores. Vamos a poner en marcha un estudio en el cual se realizó una prueba piloto previa, denominada SITE (Servicio de Información para la Tercera Edad); además, se ha diseñado una encuesta para ser pasada a una muestra de profesionales del ámbito de atención a la tercera edad con el objetivo de detectar las necesidades de los mismos, estudiar una posible relación entre el nivel y calidad profesionales y la atención que se está prestando al mayor; la cual nos dará una aproximación de las necesidades, orientaciones, asesoramiento y apoyo que el profesional de este ámbito necesita, y que enmarcaremos en torno a la intervención psicogerontológica.

De este modo podemos justificar el entorno del estudio como algo conocido por el profesional y de todo lo que a él le atañe: riesgos laborales, absentismo laboral, for-

* Intervención psicológica en los procesos de envejecimiento: "La intervención psicogerontológica en la asistencia al mayor de la Comunidad Foral de Navarra".

** Universidad Pública de Navarra.

mación continuada, servicios complementario o subcontratados; para conocer en profundidad sus necesidades como profesionales y de los mayores a través de estos.

En definitiva, queremos estudiar las necesidades de los profesionales dedicados a la atención de los mayores.

Así mismo, cabe destacar la asunción de una hipótesis previa, basada en el estudio de las necesidades de los profesionales desde el punto de vista de la optimización de la labor desarrollada mediante una mayor coordinación y reuniones periódicas.

Utilizaremos estrategias previamente diseñadas y, teniendo en cuenta el modelo cuasi-experimental para sus primeras fases y experimental en la aplicación de la prueba piloto anteriormente mencionada, se realizará el análisis estadístico de los resultados extraídos de las encuestas.

En el desarrollo de este trabajo se ha contado con el permiso de la Sección de Tercera Edad del Instituto Navarro de Bienestar Social para realizar las encuestas en las residencias de titularidad foral, y de los clubes de jubilados de Sangüesa y Estella, donde se realizó el SITE; así mismo se recabó el apoyo y colaboración de las residencias de titularidad privada. Y desde estas líneas se quiere agradecer el apoyo concedido por todos ellos.

2. Justificación teórica y metodología

2.1. Marco teórico

El perfil del profesional, que desarrolla su labor con los mayores, es nuestro punto de partida, y teniendo en cuenta esto, vamos a estudiar la relación existente entre el profesional y los mayores desde el plano deontológico. Los factores a tener en cuenta son la satisfacción profesional, el absentismo laboral, el desgaste profesional, el afán por cumplir con tareas que no le competen y aceptación del apoyo paraprofesional; este último, en algunos casos, es considerado como competencia desleal.

Los datos que se destacan en una encuesta realizada por el Gobierno de Navarra, a través del Instituto Navarro de Bienestar Social (INBS)¹, se justifica que los residentes necesitan ayuda para vestirse, y en esta actividad es donde toma contacto directo con el personal.

Según estudios teóricos y empíricos, la asistencia a los mayores residentes debe ser más técnica y específica que en los últimos años. Los mayores residenciados precisarán, no sólo de ayuda para vestirse, asearse, sino que también para la vigilancia de trastornos mentales y físicos, los deterioros relacionados con el juicio y memoria, los cuales demandarán al personal una adecuación de sus tareas y sobre todo del tratamiento que deberá darse al residente. Como dato significativo destacamos el estudio

1. Instituto Navarro de Bienestar Social / Nafarroako Gizarte Ongizate Institutua.

del INBS, en el que el 33% de los residentes tiene una dependencia moderada o severa, además de necesitar ayuda para medicarse el 32% y el 23,72% tiene algún trastorno de conducta no grave, pero permanente o temporal. Además de todo esto, si tenemos en cuenta que el 34,71% tiene alteradas las capacidades de juicio, como hemos citado, tendrán dificultades para desarrollar cosas sencillas y no de tanta responsabilidad como el medicarse, y que pueden ser la limpieza, el cuidado y vigilancia (INBS, 1998).

El profesional deberá estar pendiente de diversas alteraciones de la conducta, estado y cuidado de los residentes, y deberán ser los que faciliten la calidad de atención, y por consiguiente, la calidad de vida del residente.

Por otro lado, los conocimientos multidisciplinares facilitan una respuesta ya tenida en cuenta en la asistencia pública de los equipos de atención; y desde las Instituciones Europeas, hacen referencia a la Política Social del próximo milenio, en la que se cita la cooperación entre la Administración Central, las Comunidades Autónomas y los municipios; así como el consenso en las actuaciones conjuntas y en las políticas del desarrollo social. Todo esto incide sobre la aplicación de planes de mayores, por lo que la cooperación interadministrativa se perfila como básica. El mismo artículo en el que se detalla la información de las políticas sociales (Revista Sesenta y más, nº 173 de septiembre de 1999), donde cita que algunos servicios no se encuentran bien desarrollados, especialmente en prevención y rehabilitación; asegura que la prevención es motivo de tratamiento desde el equipo profesional, el cual atiende al mayor residente, y es el factor inductor de esa asistencia de calidad para los mayores residentes. Es por esto que el perfil del profesional dentro de esta investigación se toma del ámbito social en el cual, de manera general, participan los profesionales, que siendo parte de una comunidad donde intervienen, estarán supeditados a unas medidas de actuación ética y deontológica, como profesional y humana.

El profesional que interviene prestando una atención al mayor pertenece a distintas disciplinas profesionales e incluso de distintos niveles formativos. Es aquí donde encontramos las interacciones entre sujetos de diversos contextos de actuación profesional, social y la dificultad que entraña la relación entre éstos.

También coinciden las bases teóricas de los Servicios Sociales junto al de la Psicología Social cuando se refieren a la mejora de la calidad de vida, en general, y el bienestar de las personas. Se superan los mitos conceptuales de marginación, exclusión, inadaptación, y pobreza.

Los objetivos en la intervención social consisten en reducir o mermar, incluso prevenir, situaciones de riesgo social y personal. Se interviene y dando soluciones a problemas concretos que afectan o repercuten a las personas mayores. Cuando nos referimos a los apoyos y coberturas de las necesidades del mayor, que son básicas y están condicionadas por el entorno o comunidad a la que pertenecen, la relación entre profesionales y distintos servicios coincide en la atención que debe prestarse. Tales como la subsistencia, convivencia e integración social, participación, acceso a la información y derecho a unos servicios gratuitos. En la intervención social debe des-

tacarse el carácter interdisciplinar de las relaciones profesionales para con el mayor; considerando la deontología profesional como algo que requiere una especial mención.

Una deontología de la intervención social desde la perspectiva de la labor profesional, a modo de aportación teórica y moral del ámbito social y psicológico, sitúa la definición de ética en la investigación científica de la conducta. Son los puntos de vista de los juicios de aprobación o desaprobación (bueno/malo, correcto/incorrecto, valioso/reprobable) los que nos dan el criterio para intervenir correctamente. Aunque la tradición que se acoge a su nombre tiende a darle un sentido normativo o valorativo-objetivo, se entiende como un estudio de la conducta real y de su enjuiciamiento, igualmente real, por su sociedad (Alfa, 1986).

Otra cosa muy distinta, pero no por ello en desacuerdo con la ética, es la moral. Es una costumbre o norma de conducta, apreciada por la conciencia o el entendimiento, y no por los sentidos. Tiene que ver con el respeto humano o fuero interno y no con el orden jurídico. También, como ciencia, trata de las acciones humanas en orden a su bondad o maldad. Es, de igual modo, un conjunto de facultades del espíritu, en oposición a lo físico. Estado de ánimo, individual o colectivo. Conjunto de normas doctrinales de conducta, o inherentes a determinada acción (Alfa, 1986).

El comportamiento humano es lo que la deontología profesional deberá considerar como prioritario. La deontología tiene en cuenta cómo deberían ser atendidos los mayores, partiendo de como debería realizarse, profesionalmente hablando, la intervención ante y con el mayor. Las exigencias profesionales, tales como la mejora de la calidad del trabajo y el empleo de medios fieles sobre procedimientos y resultados, además de la protección de la información conseguida confidencialmente y la integridad, dan como resultado la necesidad de conocer el ámbito de actuación, los límites de la actuación profesional, así como el tener en cuenta los siguientes aspectos: influencia de las ideas, los valores y las condiciones económicas del contexto donde se ha desarrollado, así como la realidad que esta imponiendo la nueva situación social.

Los valores son entidades consistentes que deben considerarse como una cualidad atribuida a los objetos, en tanto en cuanto el sujeto reconoce en ellos algo digno de atracción o de repulsión. El sistema de valores es el conjunto de ideas y de creencias propias de una sociedad o grupo, la cual condiciona el comportamiento humano y el sistema de normas sociales.

Los valores son considerados como concepciones prioritarias de los seres humanos, aspiraciones prioritarias y pautas de acción que rigen los comportamientos humanos.

Entre estas propiedades de los valores se pueden citar las más significativas: soporte ontológico, contenidos, polaridad, intensidad, jerarquía e irracionalidad. Además de distinguir los valores dentro de las normas específicas de conducta del mayor, así como lo que el ser humano debería hacer, correspondería, a la actuación que preferiría el profesional de dicha atención.

También la particularización, singularización e individualización, constituyen otros principios básicos de la actuación profesional. Tendremos en cuenta los códigos y valores éticos; costumbres o modas. Estos son relativos a las circunstancias históricas que propician las preferencias o necesidades atribuidas a los mayores. Se trata de saber elegir entre dos planteamientos: *que se puede hacer y que se debe hacer*.

Además deben ser considerados los criterios metodológicos², que son los siguientes: criterios profesionales, preferencias del usuario, la calidad de vida y el modo de tratar a todos por igual. Siempre que tengamos en cuenta estos límites: Las consideraciones de estos principios éticos, el sistema de referencia, el principio de universalización y el de autonomía, el abordaje de la ética profesional, el secreteo profesional y otros temas que pueden ser motivo de estudio en la investigación y atención al mayor.

La *virtud* del profesional en la intervención social, cuyo objeto es explicar los fenómenos sociales con el concurso de leyes y generalizaciones, que en su forma lógica no difieren de las que se aplican en general a los fenómenos naturales; esa especie de cuasi-leyes y generalizaciones a las que tendrían que recurrir los profesionales expertos en la materia.

Si la virtud es la unidad de la vida humana y el concepto de tradición (Macinyre, 199?), cualquier intento contemporáneo de encarar cada vida humana como un todo, como una unidad, cuyo carácter provee a las virtudes de un *telos* adecuado, encuentra el obstáculo social y el filosófico. Estos obstáculos sociales derivan de cada vida humana, dividiéndola en múltiples fragmentos, cada uno de ellos sometido a sus propias normas y modos de conducta. Así, el trabajo se separa del ocio, la vida privada de la pública, lo corporativo de lo personal; también la infancia de la ancianidad; y del resto de la vida humana (Rueda, 199?).

Si tenemos en cuenta que la virtud significa: *Actividad o fuerza de las cosas para causa de sus efectos. Eficacia de una cosa para conservar o restablecer la salud corporal. Fuerza, vigor o valor. Poder o potestad de obrar, y también es el hábito y disposición de la voluntad para las acciones conforme a la Ley moral* (Alfa, 1986). Por lo que la intervención en lo social le confiere al profesional un poder o potestad de obrar, y de como no se debe intervenir. Por ello habrá de considerarse lo ético desde la base de la planificación de la intervención, teniéndolo presente en cada momento, y abordándolo desde una perspectiva psicogerontológica.

Así pues, tomando la idea de que existe una relación entre el absentismo laboral y el grado de insatisfacción profesional, en el estudio realizado por Alonso Calderón, I. y colaboradores, y publicado en el volumen 10 de la revista *Mapfre Medicina* de 1999. Además, el contenido referido a la publicación “Psicopatología Laboral” expuesta por

2. Según criterios de la empresa, en general, hoy en día se contemplan la consecución de la calidad, posteriormente la seguridad del empleado o profesional y, por último, la protección del entorno o medio ambiente y, en este caso, del usuario o residente mayor.

Emilio Garrido y Javier Fernández-Montalvo (*Psicopatología Laboral*, 1999) en su publicación del mismo nombre, destacamos que el enfermar durante la actividad laboral, sea cual sea el motivo, repercutirá en la elaboración de los productos, y en este caso, en la atención prestada a los mayores, como producto final de la atención al mayor.

El desencadenante aparece en forma de estrés laboral; como pueden ser los producidos por los estresores del ambiente físico: el ruido, la vibración de aparatos, la mala o excesiva iluminación, la inadecuada distribución del espacio físico, tiempo y trabajo. También cabe destacar las principales demandas productoras de estrés en el trabajo, las cuales son el trabajo por turnos, trabajo nocturno, la sobrecarga de trabajo (exceso de trabajo y excesivas demandas en relación con el ámbito físico); así como la exposición a riesgos (en este caso psicológicos), percepciones de situaciones productoras de los mismos (relación estresante, depresivas...), los pacientes mayores, de sus familiares o compañeros de trabajo en la asistencia al mayor. Tampoco podemos olvidar el desempeño de roles, las relaciones interpersonales y la adecuación al puesto de trabajo como desencadenantes de un estrés. Este repercutirá en la persona asistente y, como reflejo, en el paciente mayor, el cual “sufrirá” una inadecuada atención ofrecida por un profesional, el cual ha sufrido una situación estresante y ansiosa.

Por otro lado, y tomando las expresiones más relevantes, podemos destacar la importancia que la insatisfacción laboral tiene respecto a los riesgos laborales. Esta se puede considerar como un riesgo añadido. Propiciará la aparición de otros riesgos; derivados de una mala actuación o atención al mayor, desde la labor del profesional que interviene.

Si, además, según se dice en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), no sólo se trata del riesgo físico, sino que puede ser también psicológico, contemplamos la posibilidad de una mala atención a la psicopatología laboral como grado de influencia en la atención al mayor.

Se insiste en que la insatisfacción laboral y la incidencia en el absentismo por enfermedad, se justifica casi siempre con alguna dolencia de tipo ansioso-depresivo, con o sin somatizaciones. Además de éstas, las únicas que el médico de atención primaria puede diagnosticar, son las de incapacidad temporal.

Para justificar la relación existente entre el absentismo y la insatisfacción laboral se han consultado los datos de un estudio. En el estudio, dos grupos que prestan sus servicios en la administración estatal, sobre un total de 110 trabajadores seleccionados, se observa el absentismo de los trabajadores, su grado de insatisfacción laboral y, también, se busca la relación existente entre el uno y el otro, se desarrolla una intervención partiendo del reconocimiento médico, una anamnesis, historia laboral, exploración física minuciosa y pruebas complementarias.

Con todo esto y utilizando el programa informático EPIINFO, versión 5.01 para temas epidemiológicos, cabe destacar los siguientes datos y la valoración del absentismo laboral siguientes: El 46,4% de los trabajadores faltó, al menos, una vez al año. El 6,4% de los trabajadores se auto-acusa de “simulador”. El 16,3% de los trabajadores se considera “enfermo”. Los “simuladores” faltan, mayoritariamente, en dos o

tres períodos de tiempo de menos de cinco días de duración por período. Los “enfermos” faltan, mayoritariamente, un solo período de más de diez días de duración. Lo más generalizado es faltar un sólo período menor de cinco días.

Con todo esto, y con la valoración de la relación existente entre el absentismo y la insatisfacción laboral se hizo el estudio de tres grupos diferentes; y se obtuvo la siguiente clasificación:

- a) Trabajadores “simuladores”: En estos la relación es clara y los factores son los ya mencionados.
- b) Trabajadores “enfermos”: El número de insatisfechos es superior a lo esperado, un 61% de los individuos expresan sentirse poco o nada satisfechos con su trabajo.
- c) En el resto de los grupos no se observan relaciones posibles.

El estudio al que nos estamos refiriendo no permite conocer el absentismo del grupo, pero si se puede constatar que la mitad de los trabajadores estudiados faltó un período de tiempo al año; así, en el caso de los “enfermos” es mayor a diez días y en el de los “simuladores” suelen ser varios períodos cortos de tiempo.

De esto se extraen, así mismo, los factores que inciden sobre la insatisfacción: la organización del trabajo, jefes y superiores, y el tipo de trabajo realizado.

Por último, las soluciones a estos tipos de insatisfacciones deberían ser poco costosas y que incluyeran políticas de participación de los trabajadores en el conocimiento de los objetivos que se plantean las unidades de actuación en la entidades y servicios en los que trabajan.

El desgaste como “Síndrome de desgaste profesional”, de Ramos, F. y colaboradores es consecuencia de una inadecuada atención (*Revista Mapfre Medicina*, vol. 9, nº 3 [1998] 189-196). El estrés y los agentes estresantes externos que son causantes de la sobrecarga en el organismo de la persona consta de dos fenómenos: los acontecimientos vitales estresantes y las situaciones de tensión crónica.

Por otro lado las defensas del sujeto para enfrentarse al entorno o a procesos atribuidos a la naturaleza del conocimiento profesional y las inferencias sobre sí mismo, son en relación al entorno.

Otro aspecto es el desgaste profesional o “Burnout” (estar o sentirse “quemado”) que es utilizado en los ambientes sanitarios. Sus características son el agotamiento emocional y la despersonalización, en referencia a una serie de actitudes de aislamiento, y supone un contenido negativo y pesimista creado. Esto le proporciona al profesional una protección ante el agotamiento emocional. Por ejemplo distanciamiento de los compañeros de trabajo, y de los clientes que originan una deshumanización, se desprecia el entorno y se tiende a culpabilizar a los demás de las propias frustraciones.

Extraemos el punto de vista expresado por el autor De las Cuevas, al que se cita en el artículo (*Mapfre Medicina*, 1998, v. 9, nº 3), cuando da unas características esenciales del “burnout”: el desgaste profesional es más un proceso de un continuo temporal que una condición estática. También el desgaste profesional se entiende como un proceso de respuesta a una situación de estrés crónico; los trabajadores más

susceptibles al desgaste profesional han comenzado su carrera con dedicación idealista a los servicios humanos y, como no, el desgaste profesional se limita a trabajadores de profesiones de ayuda.

Además de estos cuatro puntos, el desgaste profesional viene estrechamente ligado a la depresión y a situaciones de otra índole, como el aburrimiento, insatisfacción laboral y acontecimientos vitales (life events).

Las políticas de prevención se basan en los factores de riesgo para aplicar una correcta evaluación y en el mismo nivel de importancia que los aspectos económicos acerca del abandono del puesto de trabajo, circunstancias que aparentemente pasan desapercibidas. Lo más importante sin duda alguna, es la atención o seguimiento (control) que se debe prestar a los procesos de organización y cultura empresarial de “cuidar al cuidador” esta circunstancia prioritaria podría ayudar a mejorar la atención del mayor si se evita el problema del desgaste profesional: Entendido como una parte esencial dentro de un servicio adecuado, y por esta misma razón, la calidad de vida para el mayor, y como consecuencia, para el profesional.

2.2. Metodología

La primera parte o puesta en marcha de la prueba experimental SITE, se desarrolla con una atención directa de información y orientación a los mayores de las asociaciones de jubilados de Sangüesa y Estella. En la segunda parte, se contempla la pasación de la encuesta en la que se planteó un panel informativo derivado de la exigencia de los usuarios para con la información ofrecida por los profesionales y del tratamiento correcto-incorrecto de la misma.

Por lo tanto, dentro de este estudio se plantea el *Análisis de la Realidad Asistencial del Mayor* para poder concluir si es o no necesario una intervención psicogerontológica (abordaje clínico) de apoyo al profesional, y en caso afirmativo, cual deberá ser esa intervención; según la hipótesis planteada. Siendo el objetivo concreto el “*de mejorar el conocimiento de la población atendida en las residencias navarras, constatar la calidad del servicio y definir estándares de calidad que permitan dar una atención adecuada a los residentes*”. Por lo que se pretende comprobar cuál debe ser el volumen de personal, medios técnicos necesarios, para mejorar la asistencia y las necesidades del complejo grupo de actuaciones que deben realizarse en torno al mayor, sus cuidadores y profesionales. Se refleja, así mismo, el aumento del número (25% en los últimos años) de ancianos asistidos frente a los válidos, que permanecen en su hogar.

2.2.1. Hipótesis de trabajo

La hipótesis de la que parte este trabajo es la de que la atención al mayor esta influenciada por la calidad de trabajo que el profesional disfruta; esto es, dependiendo

de la situación que tenga el profesional, la atención será mejor o peor; considerando que es *la optimización de la labor profesional la que con una mayor coordinación y reuniones periódicas entre profesionales mejora la atención al mayor*.

2.2.2. *Diseño de la investigación*

2.2.2.1. *Diseño*

El diseño de la investigación será cuasi-experimental en sus primeras y últimas fases y experimental en la aplicación de una prueba piloto de un Servicio de Información, así como el análisis estadístico de los resultados de una encuesta realizada a profesionales de la atención al mayor; además de contar con el referente del método hipotético-deductivo en el que tendremos en cuenta temas y teorías ya establecidas y estudiadas; así como conclusiones de los datos para poder determinar si el estudio (análisis) de la realidad asistencial a los mayores puede ser motivo de intervención, de asesoramiento y, orientación; de este modo se podrán plantear estrategias para dicha intervención.

Para desarrollar el trabajo de investigación se plantean los siguientes contenidos: Realizar una prueba experimental (basada en un estudio de las necesidades de los mayores) de un servicio de información para la tercera edad (denominado SITE) en Sangüesa y Estella; pasar una encuesta a los profesionales y analizarla; observación de los servicios, instalaciones y, por último, estudio y evaluación de los programas de intervención existentes.

2.2.2.2. *Pasos realizados. Estrategias*

Por medio de un proyecto de investigación presentado en la Universidad Pública de Navarra se desarrollo estudio y, posteriormente se obtuvieron los certificados del tutor y la Sección de Tercera Edad del Departamento de Bienestar Social del Gobierno de Navarra, con el fin de poder acceder con la corroboración de un seguimiento reconocido en residencias, centros de salud y servicios sociales. También se obtuvieron las listas de los recursos, que registrados en el Gobierno de Navarra, se facilitan gratuitamente. Así mismo, y conociendo la situación de la muestra en la que se realizará la encuesta, es decir, la intervención, se planteó un contacto previo por teléfono para obtener el permiso de las entidades involucradas; se preparó el material de las encuestas y los certificados para remitirlos, junto con una carta explicativa. Por último, se recogieron los resultados de la encuesta y fueron analizados mediante un programa de análisis estadístico (SPSSPC); y definitivamente se planteó una estrategia derivada de la investigación realizada.

2.2.3. *Medios empleados*

2.2.3.1. *Medios humanos*

Equipo formado por el alumno Fernando Trébol Unzué (Psicólogo) y realizador de este trabajo y, el profesor director de doctorado Emilio Garrido-Landívar; así como el profesor tutor Fermín M^a González García; ambos profesores de la Universidad Pública de Navarra en el Departamento de Psicología y Pedagogía.

2.2.3.2. *Medios materiales*

- Equipo multimedia para el desarrollo de la redacción, análisis y diseños de los materiales.
- Programa estadístico SPSS y programa de tratamiento de textos Word; ambos para entorno Windows '00.
- Cartas, certificados, sobres y demás material para remitir las encuestas.
- Cuadro de la coordinación en la investigación.
- Mapa de la coordinación en la investigación (Modelo Teórico del Aprendizaje Significativo).
- Diagrama "V" del Universo de los Mayores (Modelo Teórico del Aprendizaje Significativo).
- Encuesta a los profesionales de la atención a los mayores: presentación de las características de la encuesta; preguntas de la encuesta, modelo y ficha de la encuesta.
- Mapa conceptual de la encuesta a los profesionales de la atención a los mayores (Modelo Teórico del Aprendizaje Significativo).

2.2.4. *Descripción de la muestra*

En su mayor parte corresponde a personal de las residencias de la tercera edad existentes en Navarra; particularmente se han obtenido datos de personal de Servicios Sociales de Base y profesores que imparten clases a mayores.

La muestra total es de 154 encuestas anónimas realizadas en todas las residencias de ancianos de Navarra.

2.2.5. *Diseño de la encuesta para obtención de datos*

La encuesta cuenta con dos apartados diferenciados entre si; el primero pertenece a los datos sociodemográficos y el segundo a la encuesta propiamente dicha.

Esta encuesta va precedida, en cada uno de sus apartados, por una breve explicación para su pasación.

Los datos sociodemográficos tienen un espacio para las preguntas abiertas (edad) y delimitado el resto; y son: edad, sexo, estado civil, estudios, años de profesional, años en el servicio y el cargo que ostenta en el recurso donde se realiza la encuesta.

El apartado de la encuesta propiamente dicha, esta formado por 9 preguntas y cada una de ellas tiene cuatro respuestas posibles.

3. Resultados

Una vez enviadas las encuestas a todas las residencias de Navarra (58): las del Gobierno de Navarra (3) y las que, siendo privadas (la mayoría), tienen plazas concertadas con el Gobierno de Navarra y una en Logroño (La Rioja), previa solicitud de colaboración por escrito y contacto telefónico, se recibió respuesta de 18 residencias que supone el 31% del total.

La muestra es de 154 personas (personal de dirección, técnico, administrativo, auxiliar, y servicios generales).

Las preguntas se forman en base a las variables de estudio en la investigación, y se han extraído de la observación y seguimiento en la prueba experimental del Servicio de Información para la Tercera Edad (SITE).

A la hora de reflejar los resultados/respuestas de forma estadística se presentan las frecuencias de las respuesta obtenidas en todos los ítem por orden alfabético y de la siguiente manera: La descripción por medio de la desviación típica a tener en cuenta, la varianza, amplitud, el mínimo y el máximo; por otro lado la tendencia central con la media, mediana, moda y la suma; del mismo modo la distribución en la asimetría y curtosis de los datos; siendo el resumen de ítems es el siguiente:

Tabla 1
Relación de variables utilizadas

1. "Bienestar":	¿Cómo mejoraría el bienestar social y psicológico de los Mayores en las zonas más desfavorecidas?
2. "Edad":	Edad de los sujetos que responden.
3. "Cargo":	Cargo de responsabilidad profesional.
4. "Civil":	Estado civil del entrevistado/a.
5. "Contacto":	Contactos con otros servicios.
6. "Contitul":	Años transcurridos desde la obtención de los estudios.
7. "Correcto":	Los casos derivados son bien atendidos.
8. "Estrateg":	Estrategias utilizadas para atender una demanda.
9. "Estudios":	Tipo de estudios cursados.
10. "Kideak":	Si su compañero puede atender.
11. "Laborbie":	Cuando se cree haber realizado bien una tarea.
12. "Mejorar":	¿Qué haría para mejorar la coordinación existente entre los profesionales de la atención a los mayores?
13. "Nocopet":	¿Qué hace cuando algo no le compete?
14. "Pasos":	¿Qué pasos realiza para atender correctamente?
15. "Servicio":	Años en el puesto de trabajo, en este servicio.
16. "Sexo":	Sexo del/a entrevistado/a.
17. "Solapami":	Si existe solapamiento ¿Qué debe hacer?

De entre todas estas se han elegido las que, de alguna manera, han ofrecido una fiabilidad sobre la hipótesis expuesta: son las variables de "bienestar", "labor bien realizada", "mejora de la coordinación", "pasos realizados para atender" y "existencia de solapamiento".

3.1. Análisis de los resultados

Para el análisis de los resultados obtenidos destacaremos la variable de "Bienestar" en la que las personas encuestadas, mayoritariamente, opinan en un 40% que serían necesarios *más servicios*; así mismo, un grupo importante destaca la *optimización de los servicios existentes* con un 31,8%. No obstante, la hipótesis se confirma en parte respecto a la *coordinación* en la que un 37% opina que debería ser *mayor*.

Las variables relacionadas con la *mejora del servicio* prestado y, como factor que incide en la calidad asistencial para el mayor residenciado, se plantea la hipótesis de trabajo ya citada. Son, por lo tanto, el “Contacto” que mantienen con otros servicios el 63% de los empleados de las residencias o servicios de atención al mayor, y con la suma de contactos puntuales de otro 17,5%. Además las *derivaciones* que deben hacerse se valoran correctamente realizadas por el 51,9%, y el 33,1% las considera correctas; aún así, el 9% las considera incorrectas, que nos da una referencia del tipo de derivación realizada (no adecuada y por lo tanto mal atendida).

Todo lo citado hasta el momento debe ser atendido y estudiado para derivar un caso, así como atender una demanda por medio de unas “Estrategias”, las cuales son utilizadas de esta manera: *Entrevista* en un 46,8% de los casos, Cuestionarios, Anamnesis y Entrevistas, *Todas*, en un 31,2% de los casos, que deberán estar relacionadas con las derivaciones que se realicen entre los profesionales del mismo servicio o recurso, o con todos; que podemos constatarlo con los datos de la derivación realizada a un compañero competente de realizar la atención y el seguimiento. Vemos que el 58,4% de *derivaciones directas*, sin informe ni entrevista, supera a las entrevistas en un 12%. Por otro lado, el 22,7% hace un *informe correspondiente* y el 11,7% realiza la *entrevista*, que entendemos corresponde al 12% de más –en este caso de menos– correspondiente a la diferencia existente entre las derivaciones realizadas sin entrevista ni informe (apuntar datos, rellenar fichas...).

No obstante, el personal considera haber *realizado bien su labor* en un 44,4% de los casos y, además, el 45,5% considera que lo hace *bien algunas veces*. Cuando atienden lo que no es de su competencia, expresan haber *derivado la consulta*, y cuando existe una dusa, casi siempre, un 72,75 de las veces; y atienden lo que no les compete el 21,4% de las personas encuestadas.

Después de todas estas aproximaciones se plantea una pregunta para conocer como se puede realizar la mejora de la atención con cuatro factores entre las respuestas posibles: 1: No derivar siempre, 2: Derivar, 3: Reuniones periódicas, 4: Conocer los otros servicios. Las personas encuestadas han respondido que plantearían *reuniones periódicas* en el 56,5% de los casos (la mitad de las personas encuestadas) y un 37,7% cree que deberían *conocerse mejor los demás servicios*. Del mismo modo se corresponde con el dato de que el 59% de las personas encuestadas *derivaría a otro servicio* para atender correctamente y un 37,7% lo *citaría para otro día*. De esta manera podemos justificar la existencia de un solapamiento en algunos servicios de la atención al mayor, en el que, si existe algún tipo de solapamiento entre servicios, se plantea en un 86,4% de los casos *atender y derivar*, por lo que relacionado con la falta de conocimiento de otros servicios o necesidad de conocerlos, el 37,7%, que se refleja en la necesidad para coordinarse entre servicios o profesionales de un mismo servicio.

En definitiva, y a modo de conclusión, podemos decir que la mejora en la atención al mayor vendrá dada por una optimización de la labor profesional y mejor conocimiento del recurso adecuado para atender. Todo ello respaldado por una mayor co-

ordinación e implicación del personal por medio de comunicaciones y formación del trabajo en el que se deben implicar, cuidando, también, el riesgo laboral en este ámbito, que puede ser causado, como en otros empleos, por una mala asignación de funciones y desmotivación, acumulación de funciones mal asignadas, así como acompañado de un absentismo laboral y falta de buena salud, causada por agotamiento y estrés derivados también del solapamiento de trabajo o labor profesional; y por consiguiente repercutirá en la atención al mayor. La propuesta que hacemos, es la intervención psicogerontológica para la mejora de la asistencia al mayor, la cual se realizará a través del profesional.

Del mismo modo deberíamos considerar que las personas que más tiempo llevan en el puesto prestan mejor servicio y que en esta encuesta corresponde a un 32,5% de personas de 10 años y más y, el 38,3% no supera los 10 años de empleo en un puesto concreto (24,7% de 3 a 6 años y 13,6% de 6 a 10 años); por lo que el servicio prestado por la mayoría no da garantías de experiencia de más de 10 años.

Por último y correlacionando cuatro variables entre sí, se obtiene el resultado de una correlación entre las variables “pasos que debe dar un profesional” de la atención al mayor y la “consecución del bienestar social y psicológico del mayor” en casos desfavorecidos o de prestación de servicios de ayuda; y que se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 2
Coeficientes de correlación

VARIABLES “BIENESTAR”, “SOLAPAMIENTO”, “MEJORAR” Y “PASOS PARA DERIVAR”.

Se especifican en esta tabla los coeficientes “p” que indican la existencia de *correlación entre los pasos que debe dar un profesional de la atención al mayor y la consecución del bienestar social y psicológico del mayor* en casos desfavorecidos.

	<i>Bienestar</i>	<i>Solapamiento</i>	<i>Mejorar</i>	<i>Pasos</i>
Bienestar	1,0000 (149) p=0,0	-,1282 (146) p=0,123	-,0285 (148) p=0,731	-,2544 (146) p=0,002
Solapamiento	-,1282 (146) p=0,123	1,0000 (148) p=0,0	-,0642 (146) p=0,442	0,1086 (146) p=0,192
Mejorar	-,0285 (148) p=0,731	-,0642 (146) p=0,442	1,0000 (150) p=0,0	0,1005 (146) p=0,226
Pasos	-,2544 (146) p=0,002	0,1086 (146) p=0,192	0,1005 (147) p=0,226	1,000 (150) p=0,0

(...): número de casos

Tabla 3
Resultados según variables

Variable	Planteamiento				
<i>Bienestar</i>	Más servicios 40%	Optimizar servicios 31,8%		Más coordinación 37%	
<i>Mejorar el servicio</i>	Contacto entre servicios 63%	Contactos puntuales 17,5%	Derivaciones correctas 51,9%	Muy correctas 33,1%	Incorrectas 9%
<i>Estrategias para trabajar</i>	Entrevistas 46,8%	Cuestionar Anamnesis Entrevista 31,2%	Derivación directa 58,4%	Informe 22,7%	Otras 11,7%
<i>Labor bien realizada</i>	Bien 44,4%	Bien algunas veces 47,5%	Derivar la demanda 72,75%	Lo que no le compete 21,4%	
<i>Mejorar la atención</i>	Reuniones periódicas 56,5%	Conocer mejor servicios 37,7%	Derivar a otro servicio 59%	Citar otro día 37,7%	Atender y derivar 86,4%

3.2. Conclusiones

1. Respecto a la mejora del bienestar social y psicológico las personas encuestadas, y teniendo en cuenta la hipótesis de trabajo, se observa en el análisis de la realidad asistencial a los mayores, en los resultados obtenidos, así como en el estudio realizado por Bienestar Social en las residencias geriátricas de Navarra, la necesidad de optimizar la labor profesional que con una mayor coordinación y reuniones periódicas entre profesionales mejorará la atención al mayor; y de la misma manera, hace referencia a la necesidad de conocer la población atendida y la calidad del atención o servicio prestado.

2. El tipo de derivación realizada no es adecuada y por lo tanto el mayor es mal atendido según lo expuesto en el análisis correspondiente a este aspecto, en el cual la mayoría de empleados de las residencias o servicios de atención al mayor (63%) derivaría a los servicios donde tiene contactos o con los que mantiene contactos, pero el número de demandas derivadas, sin sondear a que tipo de servicio o re-

curso debe ser enviada o derivada, es mucho mayor (derivaciones de demandas 72,75%). Así mismo, la suma de contactos puntuales de otro 17,5%. Además las *derivaciones* que deben hacerse se valoran correctamente realizadas por el 51,9%, y el 33,1% las considera correctas; aún así, el 9% las considera incorrectas, que nos da una referencia del tipo de derivación realizada.

3. **Existe solapamiento en algunos servicios** de la atención al mayor según lo extraído en el análisis de los datos y que nos permite, de esta manera, concluir que es debido a una atención previa a la derivación de las demandas en el 86,4% de los casos, habiendo obtenido como respuesta, que el 37,7% de los profesionales creen necesario conocer los demás servicios para realizar una derivación, y refleja la necesidad para coordinarse mejor entre servicios o profesionales de un mismo servicio.

4. Concluimos diciendo que se debe considerar incongruente el hecho de que un profesional considerando la **necesidad de conocer los demás servicios para coordinarse mejor**, cosa que dicen ser necesaria, junto con las reuniones periódicas, para la mejora del bienestar social y psicológico de los mayores en zonas desfavorecidas –podríamos aplicarlo a situaciones desfavorecida–, no se corresponde con una buena atención, dado que se fomenta el solapamiento entre profesionales de la atención al mayor; lo que queda reflejado en el dato de que casi todos los profesionales deciden atender mediante una entrevista e incluso citando a la persona (dejando el asunto) para otro día, derivarlo a un servicio o compañero que no saben si le corresponde atender esa demanda que no puede atender, o no debe atender, como bien se refleja en el dato correspondiente a la derivación de no competencia que se da en un 72% de los casos.

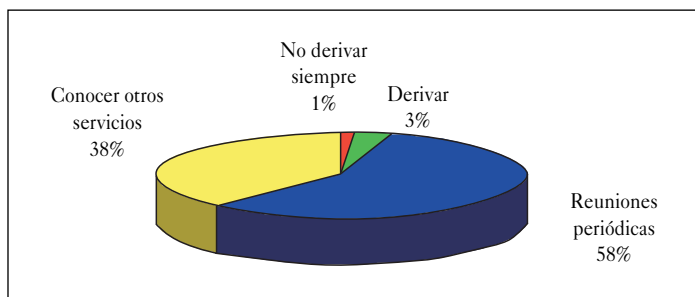
5. En definitiva, y a modo de conclusión final, podemos decir que **la mejora en la atención al mayor** vendrá dada por una *optimización de la labor profesional y mejor conocimiento del recurso adecuado para atender*. Todo ello respaldado por una *mayor coordinación e implicación del personal por medio de comunicaciones y formación del trabajo en el que se deben implicar*, cuidando, también, el riesgo laboral en este ámbito, que puede ser causado, como en otros empleos, por una mala asignación de funciones y desmotivación, acumulación de funciones mal asignadas, así como acompañado de un absentismo laboral y falta de buena salud, causada por agotamiento y estrés derivados también del solapamiento de trabajo o labor profesional; y por consiguiente repercutirá en la atención al mayor. La **propuesta** que hacemos, es la **intervención psicogerontológica** para la mejora de la asistencia al mayor, la cual se realizará a través del profesional.

6. La propuesta de una **intervención psicogerontológica** establecerá la manera de evitación del solapamiento mediante la formación del personal y la coordinación entre puestos de un mismo servicio o recurso, e incluso entre diferentes servicios o recursos de una misma comunidad. Todo ello con el conocimiento de estos últimos y con la planificación de lo que deberá ser la intervención con el mayor. De esta manera, la intervención psicogerontológica aportará una atención directa a la actuación profesional, y para mejorar su labor diaria. Su fin será el de facilitar el trabajo laboral

de la atención al mayor; además de marcar las directrices de intervención con el mayor asistido y necesitado de una atención profesional adecuada a sus deterioros y patologías. También desarrollará el perfil adecuado del profesional para no solapar las competencias dentro de un mismo servicio y conseguir la descongestión de demandas en otros servicios o atenciones profesionales dentro de una misma comunidad; de esta manera se cree mejoraría la salud y atención prestada al mayor.

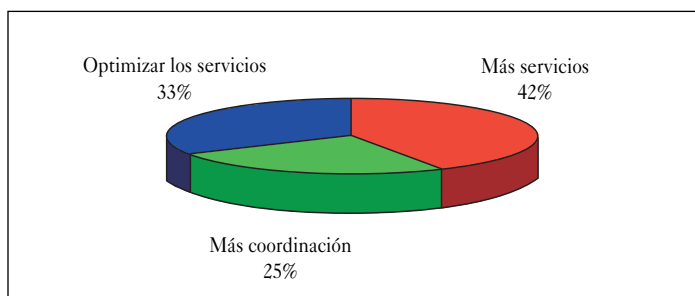
Gráficos de los resultados

Gráfico 1
Qué harías para mejorar la coordinación existente



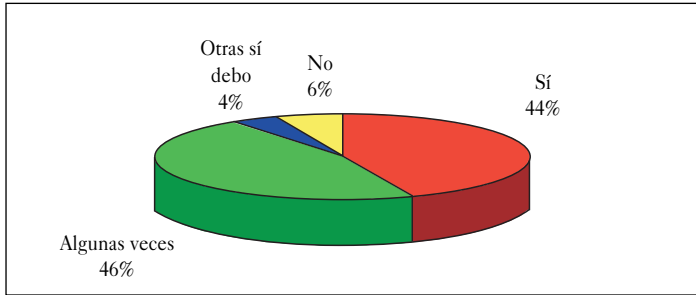
Trébol, 1999

Gráfico 2
Como mejorarías el bienestar social y psicológico



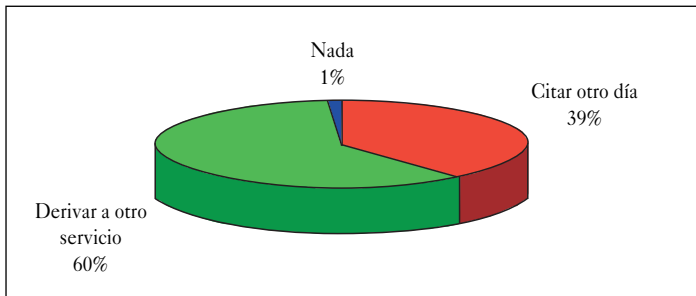
Trébol, 1999

Gráfico 3
Crees que realizas bien tu labor



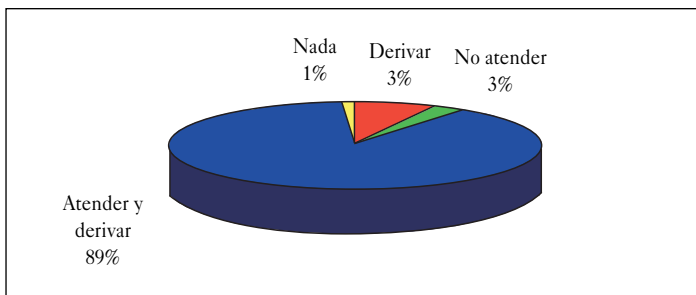
Trébol, 1999

Gráfico 4
Qué pasos realizas para atender correctamente



Trébol, 1999

Gráfico 5
Si existe solapamiento, que debe hacerse



Trébol, 1999

Bibliografía

- Aragones, José Ignacio y Amenigo, María (1998): *Psicología Ambiental*. Pirámide.
- Arteche García, Alejandro (1994): *Tesis: Guía del usuario*. Ed. CITA.
- Bize, P.R. y Vallier, C. (1976): *Una vida nueva: la 3ª edad*. Bilbao, Ed. Mensajero. IIª parte: *Sobre las manifestaciones físicas*. IIIª parte: *Sobre las psíquicas*, pp. 58 y 86.
- Bueno, Belén y Vega, José Luis (1995): *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid, Síntesis.
- Carreras Oanchón, Antonio (1994): *Guía Práctica para la elaboración de un trabajo científico*. Ed. CITA.
- CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) (abril 1990): *Situación social de los viejos en España*. Madrid, Estudios y encuestas, n° 21.
- Código Deontológico del Psicólogo*.
- Costentin, Jean (1996): *Los medicamentos del cerebro*. Editorial Debate.
- Diccionario de la RAE-Real Academia Española* (1996).
- Diccionario Alfa* (1986). Barcelona: Salvat.
- Fernández-Ballesteros, Rocio (1991): *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Madrid, Ed. Fundación CajaMadrid, Universidad Autónoma de Madrid e IMSERSO.
- Flórez Lozano, José Antonio (1996): *Enfermedad de Alzheimer*. Barcelona, Edika Me.
- Gil, Francisco y León, José María (1998): *Habilidades Sociales: Teoría, investigación e intervención*. Síntesis.
- Giselher Gutmann (1976): *Introducción a la Neuropsicología*.
- INBS (Instituto Navarro de Bienestar Social-Gobierno de Navarra), 1998.
- Joan Bellavista *et al.* (1997): *Evaluación de la investigación*.
- Jornadas de Psicología en Navarra (IIIª) (1995): Conferencias y comunicaciones. “Deontología y profesión: la imagen de la Psicología”. Pamplona: COP en Navarra, Departamento de Psicología y Pedagogía de la UPNA, 537-543.
- Kane, Rosalie A. (1993): *Evaluación de las necesidades en los ancianos: guía práctica sobre los instrumentos de medición*. Madrid, Ed. Fundación CajaMadrid.
- Lonetto, Richard y Templer, Donald J. (1992): *Ansiedad ante la muerte*. Barcelona, Iatros ediciones.
- Lasso de la Vega, Javier. (1977): *Cómo de hace una tesis doctoral*. Madrid, Ed. Fundación Universidad Española.
- Lauson Whintney, Frederik (1985): *Elementos de investigación*.
- MacIntyre, Alasdair (199?): *Tras la virtud*. Ed. Crítica.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1996): Documentos técnicos: “Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos”. Madrid, Universidad Complutense de Madrid e IMSERSO.
- Minois, Georges (1987): *Historia de la vejez: de la antigüedad al renacimiento*. Madrid, Nerea.
- Ortega, José Eugenio (1980): *Fuentes documentales en Psicología*. Madrid, Ed. Debate.
- Quesada Herrera, J. (1987): *Redacción y presentación del trabajo intelectual*. Madrid, Ed. Paraninfo.
- Ruiz, Juan Francisco; Anfruns, Eva y Masferrer, Pilar (1997): *80 Profesiones originales*. Barcelona. Salvat.
- Rueda Estrada, José Daniel (199?): *Deontología de la Intervención Social*. Universidad de Valladolid, Escuela de Trabajo Social.
- Sanzol, Alfredo (1996): *De la 3ª edad y 2ª de actividad*. Pamplona.

- Sanz de Acedo, M^a Luisa y Garrido-Landívar, Emilio (1997): *Psicología: mente y conducta*, Bilbao, Descleé de Brouwer.
- Servicios Sociales (1995): *Las personas mayores en España*. Madrid, IMASERSO.
- (1997): *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid, IMSERSO.
- (1991): *La tercera edad: necesidades y demandas*. Madrid, IMASERSO.
- Sierra Bravo, R. (1999): *Tesis Doctorales y trabajos de Investigación Científica*. Madrid, Ed. Paraninfo.
- Schön Donald, A. (1998): *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Paidós.
- Zorrilla, Santiago (1997): *Guía para elaborar la Tesis*. Ed. McGraw-Hill.

RESUMEN:

Este estudio de la realidad asistencial a la población mayor de 65 años, dentro de las instituciones de la Comunidad Foral de Navarra, se ha desarrollado mediante una encuesta; en ésta, se han introducido las variables observadas durante la prueba experimental Servicio de Información para la Tercera Edad (SITE), desarrollada durante ocho meses en las localidades navarras de Sangüesa y Estella. El SITE consistió en prestar una atención directa para conocer las demandas de información y temas de los mayores y, posteriormente, se diseñó un panel de información mediante fichas de clasificación para la auto consulta.

Como resultado de la prueba experimental se diseñó una encuesta, que se centra en el estudio de la *optimización de la labor profesional, que con una mayor coordinación entre el personal y servicios, así como reuniones periódicas de trabajo entre profesionales mejora la atención al mayor*.

Mayoritariamente se ha contado con las respuestas del personal dedicado a la atención directa del mayor, y por lo tanto, conocedor de la realidad asistencial.

En este estudio cabe destacar aquellas variables sobre las que, de manera hipotética, el profesional incide más desde su desempeño profesional. El perfil del profesional y la deontología son el contexto teórico que marca la directriz del estudio y que se trata en la “tarea” y “labor desempeñada”; siempre, y a modo de marco de intervención, el *que se puede hacer y que se debe hacer*, podría ser el lema de una virtud profesional a la hora de prestar una atención, realizar una derivación, una coordinación, etc.

Por otro lado, la relación existente entre la satisfacción profesional y el absentismo laboral, mala atención, etc., se correlaciona con el desgaste profesional; el cual es consecuencia de una inadecuada atención o relación entre profesionales. Con todo, el estudio nos ofrece esta correlación entre los pasos que el profesional debe realizar para atender adecuada y coordinadamente y la consecución del bienestar entre los mayores, y por consiguiente, podríamos decir, en la salud psicofísica del profesional.

PALABRAS CLAVE:

asistencia / mayor (personas mayores) / profesional / relación laboral en asistencia. (Asistencia al mayor; asistencia al profesional del mayor; el profesional de la atención al mayor; mejor relación laboral mejor asistencia al mayor)

LABURPENA:

Nafarroako Foru Komunitateko erakundeetan 65 urte baino gehiagoko biztanleriak jasotzen duen asistentzia errealitatea aztertzeko, inkesta baten bitartez egin da; honetan, Hirugarren Adinekoentzako Informazio Zerbitzua (SITE) izeneko froga esperimentalean, eta zortzi hilabetetan zehar, Lizarra eta Zangozako herrietan behatutako aldagaiak barneratu dira. SITE-a adinekoen gaiak eta informazio eskaerak ezagutzeko zuzeneko atentzioa eskeintza batean oinarritu zen, eta ondoren, antokuntsularako fitxetako informazio panel bat antolatu zen.

Froga esperimentalaren emaitzetan oinarrituta inkesta bat diseinatu zen, SITE-ren emaitzen bitartez. *“arituena lana optimizatzeko, zerbitzu eta arituena arteko koordinaketa areagotuz, zein arituena arteko lan bilera ugariaz adinekoarekiko atentzioa hobetuko da”* ikasketan zehazten den edukia da.

Gehien bat adinekoen atentzio zuzena egiten duten arituengan zentratuta inkestak izan dira, eta horregatik, asistentziaren errealitatea ondo ezagutzen dutenak.

Ikerketa honetan arituak, bere eginkizunekin, gehien eragiten dituzten aldagaiak azpimarratu dira, nahiz era hipotetikoan izan, eta batez ere horrekiko kontutan hartu behar den disziplinartekotasuna tartean dela. Arituearen perfila eta deontologia ikerketaren erroa zehazten diguten eremuak dira eta, burututako lana zein eginkizunetan jorratzen den; beti ere, eskuhartzearen ainguraketa izaki, *“zer egin ahal eta zer egin behar”* artean, atentzio bat, deribaketa, koordinaketa, e.a., egiteko unean, ezberdindu behar den arituearen birtutea, arituena leloa litzateke.

Bestetik, arituaren satisfakzioa, lanera ez joatea, atentzio txarra, e.a., arteko erlazioa, *“profesionalki erreta sentitze”* horrekin koerlazonaturik dago; hau bera arituena arteko harremana ala atentzio ez egokiaren ondorioa litzateke. Hau guziarekin, aritua era koordinatuta eta atentzio egokia burutzeko, aipatu koerlazioa, adinekoengan ongizatea lortze ahaleginaren artean kokatzen da, eta beraz, esan genezake, arituearen osasun psikofisikoan.

HITZ GAKOAK:

asistentzia / adienkoa (adineko pertsonak) / aritua (aditua) / asistentziarako harreman profesionala.

(Adinekoarekiko asistentzia; adinekoarentzako arituaren asistentzia; lan harreman hobea orduan adinekoarentzako asistentzia hobea)

ABSTRACT:

The current care service for over 65s provided by the various government institutions in Navarra was studied in a survey that included the variables observed during an experimental Senior Citizens' Information Service project (SITE), that was developed over an eight-month period in Sangüesa and Estella (Navarra). The SITE project consisted of providing a direct service designed to identify the information needs and issues concerning senior citizens. Subsequently, an information panel was designed with specific areas for independent consultation.

The results of the SITE project were used to justify and design a survey whose ultimate aim was to *optimise professional care, in the belief that greater co-ordination between staff and services, and periodic meetings between professionals working in similar fields will result in improved senior citizen care.*

The survey focused mainly on professionals who work in direct contact with the elderly and are therefore familiar with all aspects of the care service that is currently provided.

The study paid special attention to those variables which, hypothetically at least and bearing in mind the interdisciplinary nature of the work, are most affected by the labours of professional care workers. Professional profile and deontology form the study's guiding theoretical framework and the basis of the work and tasks performed. From an interventional point of view, the motto *what can be done and what should be done* may serve to define true professionalism when providing care, making a referral, co-ordinating, etc.

Furthermore, the relationship between professional satisfaction and absenteeism, poor care, etc. correlates with professional fatigue, itself the result of inadequate inter-professional support or relations. The study includes this correlation among the steps that professionals should take in order to provide an adequate and well co-ordinated service which contributes not only to the well-being of senior citizens but to their own psychophysical health also.

KEY TERMS:

care service / senior citizen (the elderly) / professional / care service working relations.

(Care of the elderly; care of the care worker; professional senior citizen care worker; improved working relations, better care service)