

Universidad de Valencia

Trabajo Fin de Grado



“Fomento de la Prosocialidad en agentes socio-sanitarios como factor de mejora de la calidad asistencial en residencias de mayores. Proyecto de intervención.”

Director: Juan Carlos Meléndez Moral

Autora: María Honrubia Gastiain

Grado en Psicología

Fecha de presentación: 27/05/2015

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Descripción del ámbito y del proyecto | 2 |
| 1.1. Proyecto profesional y ámbito de actuación en el cual se incluye | 2 |
| 1.2. Objetivos que se persiguen..... | 6 |
| 1.3. Plano del trabajo y calendario de acciones..... | 7 |
| 1.4. Instrumentos y metodología | 11 |
| 1.5. Efectos positivos de la implementación del proyecto | 12 |
| 1.5. Obstáculos, inconvenientes y efectos y cómo se van a corregir..... | 14 |
| 1.6. Análisis de su viabilidad..... | 15 |
| 2. Competencias del psicólogo en el ámbito | 17 |
| 2.1. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de competencias? | 17 |
| 2.2. Competencias genéricas del psicólogos | 18 |
| 2.3. Competencias específicas del psicólogo clínico | 19 |
| 2.4. Funciones del psicólogo en las residencias de mayores | 20 |
| 3. Discusión | 21 |
| 4. Referencias Bibliográficas..... | 25 |

Resumen

Este trabajo supone una propuesta de diseño e implementación de un programa de intervención en el ámbito sociosanitario gerontológico, cuyo objetivo es fomentar el desarrollo socio-emocional y la conducta prosocial en el personal socio-sanitario que desempeña su labor en residencias de mayores. El programa, en forma de estudio experimental de medidas repetidas pretest-intervención-posttest sin grupo de control, se compone de 26 horas de formación distribuidas en 14 sesiones semanales de dos horas, las cuales, a su vez, están incluidas en siete módulos temáticos. La metodología de la intervención sería teórico-práctica, activa, inclusiva y de entrenamiento en conductas prosociales y para ello se propone la utilización diversas técnicas de dinámica de grupos para el desarrollo de las sesiones (juegos de comunicación y cooperación, torbellino de ideas, estudio de casos, *rol-playing*...) así como otras técnicas de estimulación y regulación de la discusión o debate (discusión guiada, dilemas morales...). Para evaluar los efectos de la misma se administraría la Escala para la Medición de la Conducta Prosocial en Adultos en su fase pretest y posttest. Y el impacto buscado de la implementación del mismo sería la mejora de la calidad asistencial en las residencias y con ello la satisfacción y la calidad de vida de los usuarios.

Resum

Este treball suposa una proposta de disseny i implementació d'un programa d'intervenció en l'àmbit sociosanitari gerontològic, l'objectiu de la qual és fomentar el desenvolupament socioemocional i la conducta prosocial en el personal sociosanitari que exercix la seua labor en residències de majors. El programa, en forma d'estudi experimental de mesures repetides pretest-intervenció-posttest sense grup de control, es compon de 26 hores de formació distribuïdes en 14 sessions setmanals de dos hores, les quals, al seu torn, estan incloses en set mòduls temàtics. La metodologia de la intervenció seria teoricopràctica, activa, inclusiva i d'entrenament en conductes prosocials i per a això es proposa la utilització diverses tècniques de dinàmica de grups per al desenvolupament de les sessions (jocs de comunicació i cooperació, remolí d'idees, estudi de casos, *rol-playing*...) així com altres tècniques d'estimulació i regulació de la discussió o debat (discussió guiada, dilemes morales...). Per a avaluar els efectes de la mateixa, s'administraria l'Escala per al Mesurament de la Conducta Prosocial en Adults en la seua fase pretest i post-test. I l'impacte buscat de la implementació del mateix seria la millora de la qualitat assistencial en les residències i amb això la satisfacció i la qualitat de vida dels usuaris.

1. Descripción del ámbito y del proyecto.

1.1. El proyecto profesional y el ámbito de actuación en el cual se incluye.

Este proyecto de intervención sienta sus bases sobre dos grandes pilares que articulan el desarrollo del mismo. En primer lugar, la importancia de lograr calidad asistencial total en residencias de mayores y en segundo lugar, la necesidad de formar al personal socio-sanitario en competencias emocionales y prosociales, tomándose como referencia para ello el Proyecto Change, desarrollado por Escotorín y Roche (2011) y destinado a promover una intervención en la formación socio-sanitaria centrada en los conceptos fundamentales de la salud, el bienestar y el envejecimiento activo, enfocado desde una perspectiva bio-psico-social y llevado a cabo mediante un programa de training de habilidades comunicativas prosociales. Es este último aspecto, la piedra angular del programa que a continuación se presenta: la prosocialidad.

El marco de intervención que planteamos se encuadra dentro del ámbito de los servicios sociales y de la salud en gerontología, también conocido como ámbito sociosanitario gerontológico. En concreto, se trata de un programa preventivo de formación y asesoramiento dirigido a profesionales del ámbito socio-sanitario que llevan a cabo su labor en residencias de mayores, y cuya finalidad sería la optimización sobre las variables fundamentales que inciden en el desarrollo de una conducta prosocial en pro de los usuarios de las mismas.

La génesis de esta iniciativa ha sido la idea de que la orientación prosocial en forma de interacción interpersonal y también cultural organizacional, favorece el bienestar, la prevención de la violencia y es un factor protector de una buena relación entre el personal sanitario y los actores con los que este interactúa (Escotorín, 2013). Y ha sido pensado para ser desarrollado en residencias de mayores pues es sabido que la población de la tercera edad es uno de los grupos que precisa de una atención específica y especializada, de modo muy particular por su situación de soledad, deficiencias en su estado de salud o su ausencia de familia que pueda facilitarles la atención que precisan.

La mejora en la calidad de vida y los avances médicos y farmacológicos que se han producido en los últimos tiempos han supuesto un incremento en la esperanza de vida y esto unido a las bajas tasas de natalidad de algunos países ha tenido como consecuencia un aumento del envejecimiento de la población. La Organización de Naciones Unidas, según las proyecciones realizadas en su estudio “Population Ageing and Development” (2009), sitúa a España en el año 2050 como uno de los países más

envejecido del mundo, de cuya población el 30% se situaría por encima de los 65 años, lo cual trae consigo una demanda cada vez más creciente de recursos y necesidades a cubrir que deben ser previstas. Desde aquí proponemos una medida que busca hacer de nuestras residencias un lugar más agradable y confortable en el que atender a aquellas personas que, por diferentes motivos, deben pasar parte de su vida en ellas.

Las causas por las que las personas mayores acuden a un centro residencial son diversas, pero podemos resaltar como más importantes: la incapacidad, la enfermedad, la soledad unida a incapacidad, la incapacidad de los hijos de atender la carga de sus padres y la falta de recursos sociales y económicos (Talón, 2002). Atendiendo a estas situaciones, nos encontramos con un sector de la población desfavorecido que precisa una mejora de la calidad asistencial que garantice una atención integral y confortable a los mayores.

Según la Organización Mundial de la Salud se entiende por atención sanitaria de alta calidad: «aquella que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite».

Basándonos en esta definición, nos hemos centrado en dos aspectos que consideramos esenciales. En primer lugar, resaltamos la importancia de la asignación de recursos tanto materiales como humanos, subrayando los segundos en el desarrollo de nuestro proyecto para obtener una buena calidad asistencial. Así como, lo fundamental de proveer al personal de conocimientos científicos actualizados logrando con ello una buena formación en geriatría.

Según la empresa BUREAU VERITAS, “por su propia naturaleza los Centros Geriátricos tienen una vocación irrenunciable de calidad, lo cual obliga a una mejora continua en los servicios que prestan a la sociedad”, y esto supone el reto más importante que tienen que afrontar en los próximos años los centros Geriátricos españoles. Situando en primer lugar, dentro de las áreas prioritarias de calidad a evaluar, la atención a la persona (Talón, 2002).

En relación a esto, cabe mencionar el estudio de Sanchez *et al.* (2004) sobre estrategias de mejora de la calidad asistencial en recursos socio-sanitarios de la Comunidad Valenciana, cuyos resultados ponen de manifiesto que el nivel de calidad asistencial de las residencias evaluadas no alcanza los mínimos propuestos por la

Consellería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana. Asimismo, se destaca como punto de mejora el fomento de la formación continua de los diferentes profesiones, por lo que serán incluidos en su totalidad en este programa.

De la investigación realizada por Talón (2002) cuyo objetivo era “estudiar el nivel de satisfacción personal de las personas mayores que viven en residencias y su relación con la calidad asistencial que reciben” se presentan los resultados siguientes, interés de este trabajo:

- Uno de cada cuatro ancianos vinculan la calidad asistencial a aspectos de las relaciones personales.
- Un 18,2% proponen como medidas de mejora de la calidad: un mejor trato, cariño y mejor ambiente, siendo estas muestras de afecto recibidas muy positivamente por el conjunto de entrevistados.
- La satisfacción con la residencia es muy elevada entre los mayores que valoran bastante las muestras de afecto y cariño.
- Si la valoración del animador es positiva, la satisfacción se incrementa todavía más.

El Análisis Factorial realizado, confirma que, de entre los 7 factores identificados como más relevantes en relación a la satisfacción personal y la calidad asistencial, se sitúa en primera posición la dimensión TRATO, que se compone de:

- Atención general
- Trato gobernante
- Respuesta a sus necesidades
- Valoración positiva del afecto
- Sentimiento de seguridad
- Trato con el animador

Talón (2002) propone que los profesionales han de ser atentos y cariñosos además de poseer grandes dosis de paciencia, comprensión y empatía para suplir las carencias afectivas que puedan sufrir los mayores, lo cual incidirá en su satisfacción con la residencia y en la aceptación de tener que vivir en ella. Y a su vez, lanza una recomendación para futuras investigaciones que en este proyecto se ha recogido e interiorizado: “Todo proyecto de intervención destinado a una residencia, debe tener como norma básica el trato que se les dispensa a los usuarios, pues es la mejor medida de calidad que se les puede dispensar y ofrecer.” Y para ello proponemos la prosocialidad como medida optimizadora del mismo.

El concepto de prosocialidad, desde la década de los 70 ha sido extensamente estudiado en niños y jóvenes en edad escolar por los grandes beneficios que comporta para su desarrollo personal e interpersonal (Eisenberg y Mussen, 1989). Sin embargo, aunque no sea tan frecuente, la prosocialidad se puede optimizar, aprender y entrenar, incluso en edad adulta (Escotorin y Cicera, 2010).

Además, el interés para estudiar los comportamientos prosociales es una tendencia que va claramente en aumento. Si revisamos el *ISI: Web of Knowledge* podemos verificar que la producción de artículos científicos sobre *prosocial behavior* ha aumentado notablemente en estos últimos años (Escotorin y Cirera, 2013).

La prosocialidad estudia los factores y beneficios que las acciones de ayuda, solidaridad, cooperación y del dar y compartir, tienen para todas las personas, grupos o sociedades que se implican en ellas como autores o receptores. Este término, como sustantivo, lo empezó a utilizar Robert Roche (1995) para referirse no solo a la mera calificación de acciones prosociales sino para denominar también un modelo de pensamiento.

El mismo autor, define estas acciones prosociales como “aquellos comportamientos que, sin la búsqueda de recompensas externas, extrínsecas o materiales, favorecen a otras personas o grupos, según los criterios de éstos o también como la metas sociales, objetivamente positivas que aumentan la probabilidad de generar una reciprocidad positiva de calidad y solidaria en las relaciones interpersonales o sociales consecuentes, salvaguardando la identidad, creatividad e iniciativa de los individuos o grupos implicados”. Y se presenta como criterio último y funcional de toda acción prosocial la aceptación o satisfacción de quien la recibe, orientando su acción no tanto a la buena intención de ayudar, sino al bien específico del otro, a la generación de reciprocidad, a su bienestar y a la armonía relacional, grupal y colectiva (Escotorin y Cicera, 2010).

Existen diferentes tipos de conductas prosociales y Roche (1995) las clasifica de la siguiente manera:

1. Ayuda física: Conducta no verbal que procura asistencia a otras personas para cumplir un determinado objetivo, y que cuenta con la aprobación de las mismas.
2. Servicio físico: Conducta que elimina la necesidad a los receptores de la acción de intervenir físicamente en el cumplimiento de una tarea o cometido, y que concluye con la aprobación o satisfacción de éstos.

3. Dar y compartir: Entregar objetos, alimentos o posesiones a otros perdiendo su propiedad o uso.
4. Ayuda verbal: Explicación o instrucción verbal o compartir ideas o experiencias vitales, que son útiles y deseables para otras personas o grupos en la consecución de un objetivo.
5. Consuelo verbal: Expresiones verbales para reducir tristeza de personas apenadas o en apuros y aumentar su ánimo.
6. Confirmación y valorización positiva del otro: Expresiones verbales para confirmar el valor de otras personas o aumentar la autoestima de las mismas, incluso ante terceros. (Interpretar positivamente conductas de otros, disculpar, interceder, mediante palabras de simpatía, alabanza o elogio).
7. Escucha profunda: Conductas metaverbales y actitudes de atención que expresan acogida paciente pero activamente orientada a los contenidos expresados por el interlocutor en una conversación.
8. Empatía: Conductas verbales que, partiendo de un vaciado voluntario de contenidos propios, expresan comprensión cognitiva de los pensamientos del interlocutor o emoción de estar experimentando sentimientos similares a los de éste.
9. Solidaridad: Conductas físicas o verbales que expresan aceptación voluntaria de compartir las consecuencias, especialmente penosas, de la condición, estatus, situación o fortuna desgraciadas de otras personas, grupos o países.
10. Presencia positiva y unidad: Presencia personal que expresa actitudes de proximidad psicológica, atención, escucha profunda, empatía, disponibilidad para el servicio, la ayuda y la solidaridad para con otras personas y que contribuye al clima psicológico de bienestar, paz, concordia, reciprocidad y unidad en un grupo o reunión de dos o más personas

1.2. Los objetivos que se persiguen.

Teniendo claro cuál es el marco de referencia, diremos que este proyecto ha sido creado con la finalidad de aumentar los niveles de prosocialidad en el personal socio-sanitario dentro del ámbito gerontológico, de manera que las reestructuraciones

cognitivas y los procesos empáticos que se trabajen en las distintas sesiones, se vean reflejados en un mejor trato con el personal para el que trabajan, en este caso personas de la tercera edad. Así pues, los objetivos específicos serán:

- Concienciar a los mediadores socio-sanitarios de su papel como optimizadores de la calidad de vida de los pacientes.
- Favorecer su conocimiento sobre la prosocialidad permitiendo que adquieran una mayor competencia emocional, habilidades sociales e instrumentales que les permitan ser más eficientes en su trabajo.
- Cambiar las estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles, evitando que aparezcan conductas negativas y fomentando e incrementando el repertorio de conductas positivas, como las prosociales-altruistas.
- Promover el uso de una comunicación prosocial (escucha activa, comunicación bidireccional y asertiva, diálogo racional, etc.)
- Estimular la capacidad de cooperación, es decir, enseñar a dar y recibir ayuda para contribuir a fines comunes.
- Generalizar los conocimientos adquiridos a la práctica de la atención sanitaria, así como a otros contextos tales como el personal, el familiar o el social.

1.3. El plano del trabajo y calendario de acciones

Este proyecto de formación se plantea en forma de diseño experimental de medidas repetidas pretest-postest sin grupo control. Este tiene una duración de 26 horas, las cuales se han distribuido en siete módulos diferentes cuya estructura se presenta a continuación. Suman un total de catorce sesiones y la asignación de las mismas por módulo se ha realizado en función de la conveniencia que hemos considerado para llevar a cabo aquellas actividades que nos ayuden en la consecución de los objetivos expuestos. Se celebrarán con una periodicidad semanal y su extensión aproximada será de tres meses.

El primer módulo consta de una única sesión de una hora de duración, la cual se ha titulado: “Bienvenidos y gracias por su colaboración”. En ella se busca: en primer lugar, introducir brevemente el desarrollo del programa que se va a implantar, en segundo lugar, evaluar tanto los conocimientos de los asistentes sobre Psicología del pensamiento Sociomoral y Conducta Prosocial como sus niveles de prosocialidad en la fase pre-test y por último motivar a los asistentes en su implicación con el programa. La metodología, en este caso, será fundamentalmente teórica basada en la exposición oral

del ponente, quien se encargará de presentar el proyecto y sondear las primeras impresiones y expectativas de los sujetos. Con respecto a la evaluación, conviene resaltar que será anónima, para evitar así el sesgo de deseabilidad social, es decir, a cada sujeto se le asignará un código, que nos servirá para emparejar los resultados obtenidos en ambas fases de evaluación.

El segundo módulo, con tres sesiones de dos horas cada una, supone la aproximación teórica a los conceptos en los que se basa el trabajo: calidad asistencial, conducta prosocial y pensamiento sociomoral y papel de los mediadores en la optimización de la calidad de vida de los usuarios. La primera sesión de este módulo, se ha titulado: “Aspectos básicos de la Psicología del Pensamiento Sociomoral y Conducta Prosocial” y tal y como refiere este, los objetivos serían: introducir los aspectos básicos del contenido teórico y ubicarlo dentro de las ramas de la Psicología y fomentar el trabajo cooperativo en pareja, la escucha activa y la ayuda. Esto último, se trabajará transversalmente en todo el programa. La metodología está basada, para el primer objetivo, en exposiciones teóricas acompañadas de presentaciones mediante soporte visual. Y para el segundo, en la técnica “*Scripted Cooperation*” de Dansereau y O’Donnell, (1988), mediante la cual se dividirá el grupo en parejas y se repartirá un artículo (“el caso de Kitty Genovese” como hito en el estudio de la prosocialidad). Uno de los dos, leerá en voz alta el contenido del mismo y el otro, una vez finalizado, deberá recordar todos los datos importantes, mientras recibe *feedback* positivo y ayuda por parte de su compañero.

La siguiente sesión, “Modelos teórico-explicativos de la prosocialidad”, está planteada para: esclarecer qué variables influyen en el desarrollo de la misma, lograr la asimilación del contenido teórico mediante el trabajo en grupo y estimular la cohesión del grupo, la comunicación, la cooperación y la ayuda verbal. Para ello se realizarán de nuevo, exposiciones teóricas seguidas de una actividad basada en el “*Students Teams Achievement Divisions*” (STAD) de Slavin (1978). Este consiste en realizar pequeños grupos de discusión con 4 o 5 personas, quienes reflexionarán sobre el contenido trabajado en las dos sesiones, para su posterior debate grupal. De esta manera todos podrán aportar ideas al grupo y trabajar en la ordenación y estructuración del contenido. Con ello lograremos la fijación de la información de forma más significativa al estar construida por ellos mismos y mediante un proceso de trabajo de igual a igual.

Y para finalizar este módulo teórico, la sesión “Entre todos podemos conseguir el bienestar de nuestros mayores, ¡piénsalo!” pretende concienciar a los agentes socio-

sanitarios de su papel como optimizadores potenciales de la calidad de vida y asistencial de los residentes y animar la participación de todos los asistentes en la dinámica grupal. En lo que a metodología se refiere, se llevará a cabo una exposición basada en investigaciones científicas sobre del tema y para finalizar se presenta la siguiente dinámica de grupo basada en el aprendizaje cooperativo de S. Kagan: a todos, sentados en forma de círculo, se les reparte aleatoriamente una ficha con una indicación del tipo de intervención que deben desarrollar y a continuación deberán mantener una conversación usando dichas fichas, cuyo contenido será del tipo: exprese una duda, responda la pregunta, ofrezca argumentos, pida información, resume lo dicho, anime a otra persona a hablar, etc.

En el tercer módulo, con tres sesiones de dos horas cada una, igual que en el caso anterior, se analizará la realidad del contexto mismo de la residencia, como lugar para llevar a cabo el repertorio conductual que en posteriores sesiones trabajaremos. Para ello, en la sesión cinco hemos propuesto como taller “la realización de un DAFO grupal” que se ha planteado con el objetivo de que los propios trabajadores descubran las dificultades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la misma para poder desarrollar dichas conductas y con ello se busca también incluir a todos en el proceso de análisis y comunicación. La metodología de esta sesión se articula mediante el uso de la técnica “*brain storming*” seguido de un debate guiado. Así, una vez hecha la fotografía correspondiente del entorno en el que nos encontramos, se plantea, en la sesión seis, el taller: “¿Qué podemos hacer?”, cuyo objetivo sería, en base a lo analizado, marcar las líneas factibles de actuación y buscar alternativas que enfrenten dichas amenazas y dificultades. Para ello, se plantea la misma metodología que en la sesión anterior y además se introduce la técnica de modificación de conducta “Economía de fichas” en forma de lista de conductas deseables a desarrollar, la consecución de las cuales, se irá reforzando verbalmente en próximas sesiones. Y para finalizar este módulo analítico, planteamos la sesión siete, llamada: “¿Con quién te identificas?”. Los objetivos de esta son: ofrecer modelos de comportamiento prosocial/antisocial, analizar la viabilidad de la replicación de los mismos, lograr que se de una activación emocional en los sujetos y con ella un aprendizaje más significativo y estimular los procesos empáticos. Para ello se proyectarán algunos vídeos que reproducen diferentes tipos de conducta y se realizará un análisis grupal e introspección de los sentimientos y las emociones provocadas por las imágenes.

El cuarto módulo es el destinado al ensayo de las prácticas prosociales y ocupará

tres sesiones de dos horas. La primera, llamada “Todos somos uno” es un taller mediante el cual se pretende trabajar sobre los costes y beneficios que conlleva desarrollar la CP y estimular los procesos empáticos. Utilizaremos la técnica *role-playing*: ante una situación ficticia, se asignarán distintos personajes entre los participantes, los cuales adoptarán el rol de aquellas personas que rodean al protagonista de la historia para que recapaciten sobre posibles ayudas que le podrían ofrecer. Y se repetirá con ejemplos diferentes.

La semana siguiente, en la sesión 9, se realizará el taller: “¿Tú qué harías?” en el que, mediante dilemas morales a los que tendrán que dar respuesta en grupos pequeños, trabajarán los beneficios que conlleva ampliar el marco de actuación prosocial, extendiéndolo a otros contextos, y ampliando el abanico de posibilidades ante la resolución de conflictos. Con ello se busca también fomentar la idea de que el trabajo en equipo es más eficaz que el individual, para lo cual, se plantea la conocida dinámica de grupo “Perdidos en la luna (N.A.S.A)”. En ella se trabaja la lluvia de ideas de forma individual y después grupal, constatando la eficacia de trabajar en equipo. Y para cerrar este bloque, enteramente práctico, se desarrollará el taller: “¿Recuerdas aquella vez que...?” en la décima sesión, pensada con el objetivo de simular situaciones ocurridas en la residencia y regular las propias emociones en la resolución de dichos conflictos, favoreciendo la experiencia afectiva como motor de la empatía situacional. Para ello se dividirá el conjunto en pequeños grupos, cada uno planteará un conflicto y escenificarán la manera óptima de dar solución al mismo desde el análisis de los errores cometidos y la consiguiente propuesta de intervención.

El quinto, busca poner remedio a los obstáculos encontrados en otras investigaciones, por lo que se plantean dos sesiones de dos horas. La primera, llamada “Correspondencia Decir-Hablar”, ha adoptado su nombre de la técnica desarrollada por Herruzo y Luciano, (1994), la cual se define como un procedimiento de autocontrol que utiliza la verbalización del compromiso para hacer o no alguna acción. De esta manera se aprenderá la importancia de ser coherente con lo que se dice, en pro de un mejor trabajo y eficacia grupal y se aumentará el mantenimiento de las CP aprendidas. Para ello se instará a los participantes a que refuercen a sus compañeros ante el cumplimiento de dicho compromiso en las diferentes modalidades que esta presenta.

Y en la segunda sesión, con nombre: “¿Dónde más puedo desarrollar conductas prosociales?” se trabajará la generalización de las conductas ensayadas a otros contextos, como el familiar, de pareja o social. En esta línea se plantea una actividad de análisis de

las CP que se han dado en su entorno recientemente y se ensayará con situaciones en las que desarrollarlas fuera del contexto laboral. La metodología pensada es la siguiente: durante semana previa rellenarán unas fichas en las que se enumeran distintos contextos en los que se ha presenciado una conducta prosocial y el análisis de la misma y serán compartidas con sus compañeros. Además se tratarán situaciones de necesidad en la vida cotidiana y las posibles pautas de actuación desde un marco prosocial.

El penúltimo módulo, con una sesión de dos horas, representa el cierre de la intervención, no así el total del programa. En ella se administrarán la escala de CP en su fase post-Test y se les repartirá a los asistentes un cuestionario de satisfacción con el programa, abriendo con él un debate que fomente el análisis crítico del contenido y su desarrollo, así como sus implicaciones en la vida laboral y personal.

Por último, el séptimo módulo, con tan solo una sesión de una hora, se llevará a cabo semanas después. En él se propone una fase de seguimiento para analizar el impacto y eficacia del programa pasado el tiempo, por lo que, el objetivo del mismo será evaluar el mantenimiento de la conducta prosocial aprendida y para ello se administrará un último cuestionario anónimo sobre este tema y se analizará en grupo la actuación de los propios trabajadores una vez finalizada la última sesión.

1.4. Instrumentos y metodología.

Actualmente no se dispone de procedimientos estandarizados que se encarguen de medir la conducta prosocial y la empatía y que contemplen una propuesta de intervención a partir de los resultados obtenidos (Vilar, 2010).

En especial se hace necesaria la construcción de instrumentos de medición de la conducta prosocial en la adultez específicos para ámbitos, tales como el clínico, forense, educacional y laboral. Por lo que, aunque presenta alguna limitación, se ha escogido para esta investigación la Escala para la Medición de la Conducta Prosocial en Adultos (PSA; *Prosocialness Scale for Adults*) de Caprara, Steca, Zelli y Capanna (2005) por ser la que mejor se adapta a nuestro objetivo. Esta consta de dieciséis ítems, tipo Likert, con cinco opciones de respuesta. Cada ítem refleja comportamientos y sentimientos que pueden ser incluidos en una de las cuatro clases de acciones: de ayuda, de compartir, de cuidar, y ser empático con los otros. El Alfa de Cronbach para el test completo fue de .91 y la media de la correlación ítem-test corregida, .59. Mediante Teoría de la Respuesta al Ítem se determinó que la escala discrimina muy bien en individuos con un rasgo relativamente moderado, y tiene menos poder de discriminación en personas

altamente prosociales (Asuné et al., 2014).

No obstante, y debido a que el estudio de la prosocialidad en la adultez y la vejez es un fenómeno incipiente, desde este trabajo se insta a los investigadores a realizar sus trabajo en esta línea, pues es un campo con una gran variedad por explorar.

La intervención, basada en investigaciones y programas semejantes, tal y como se ha podido observar, es teórico-práctica, mediante la cual se da a conocer tanto las bases científico-teóricas del estudio de la prosocialidad como sus aplicaciones en la vida real, enfatizando la repercusión interpersonal que aquello conlleva.

Con respecto a la metodología, proponemos una intervención activa, inclusiva, de entrenamiento en conductas positivas y de cooperación, con técnicas de ensayo en situaciones simuladas y tareas de generalización. Tiene como estructura central las aportaciones de Kolberg (1976), quien afirma que el pensamiento moral, además de otros procesos interactivos de afección o motivación, influye en la conducta y viceversa, el desarrollo del cual se trabaja mediante dilemas morales. De Grinesky (1991) quien estudió como los juegos de cooperación promueven la conducta prosocial y por último de Hoffman (1983), quien señala la experiencia afectiva de conductas prosocial-altruistas como motor de la empatía situacional.

También Landazabal (2003), en su investigación expone distintas técnicas de dinámica de grupos para el desarrollo de la acción así como otras técnicas de estimulación y regulación de la discusión o debate, de entre las cuales hemos compartido las siguientes: juegos de comunicación y cooperación, rol-playing, pequeños grupos de discusión, *brain storming*, estudio de casos prácticos, discusión guiada y debate; a partir de los trabajos de Lopez et al (1994) se introdujo el factor de motivación, las ejemplificaciones e imitaciones, y las tareas de generalización.

1.5. Efectos positivos que puedan derivarse de la implementación del proyecto.

En la implementación de un proyecto de estas características, la labor de “prosocializar” se entiende como un plus que puede agregar calidad al trabajo o satisfacción al desempeño del mismo (Change 2011). También constituye un aporte para comprender y operativizar una mejora en la calidad de vida y en las relaciones entre los adultos (Capara, 2006).

La prosocialidad, es tenida como un vía segura para construir relaciones positivas y de confianza, generar altos niveles de cohesión grupal, mejorando con ello la comunicación, el clima, la participación y la motivación en múltiples y diferentes

ámbitos, como el organizacional o laboral (Brief y Motowildo, 1986), el de las relaciones de ayuda (Marroquín y Pulido, 2009) o el de la relación médico paciente (Juarez, 2009). De igual manera, en el ámbito de la sanitario, se ha demostrado que mejora la calidad de la atención medica e incluso la propia salud del personal sanitario, pues evita el *burnout* y mejora el clima y la calidad relacional entre estos (Escotorin y Cicera, 2013). Es decir, el entrenamiento en conducta prosocial y razonamiento moral no solo mejora la salud de las organizaciones, sino también la de las personas que forman parte de ella.

La conducta prosocial influye en el desarrollo del pensamiento moral, como una especie de *feedback*. Asimismo, clarificar los propios conocimientos y probar su valía frente a otros puntos de vista, implica construcciones mutuas + y promueve cooperar, compartir, dar y recibir (Vilar, 2010).

Si estimulamos, mediante las actividades propuestas en el programa, la manifestación de conductas prosociales, estaremos aumentando la probabilidad de que estas se reproduzcan y se generalicen a otros contextos, ya que, según los estudios realizados por el grupo LIPA (Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada), se ha demostrado como la persona que actúa prosocialmente obtiene beneficios psíquicos en lo que supone al descentramiento del propio espacio psíquico a favor del bien del otro.

A su vez, la frecuencia de estos comportamientos prosociales producirían también un efecto multiplicador debido a su poder de reciprocidad, pues, la acción prosocial al constituir un estímulo perceptivamente claro, provoca en el receptor condiciones de alta consciencia y sensibilidad al respecto de las acciones y sus raíces, aumentando la valoración de las mismas con lo que se convierten en fuertemente modélicas y por tanto aumentan las posibilidades estadísticas de que el propio receptor se convierta en iniciador de otras acciones similares. Provocándose círculos concéntricos de positividad en el entrono (Proyecto Change, 2011).

Por último, se expone también en el mismo proyecto que un mediador socio-sanitario sensibilizado no solo a comunicar eficazmente sino con calidad prosocial, estimula la empatía interpersonal y social haciendo posible el dialogo entre sistemas humanos muy diversos o incluso opuestos. Lo cual es extensible a su sistema sociolaboral y relacional con sus pacientes, logrando así un impacto a nivel personal. De este training en habilidades comunicativas prosociales del ámbito socio-sanitario gerontológico se extraen estos beneficios:

- Prevención/extinción la violencia.

- Promoción la reciprocidad positiva de calidad y solidaria en las relaciones interpersonales y de grupo.
- Valoración y atribución positiva interpersonal.
- Incremento en la autoestima e identidad.
- Aumento de la flexibilidad y disminución del dogmatismo.
- Sensibilización respecto a la complejidad del otro y del grupo.
- Refuerzo del autocontrol

1.6. Obstáculos inconvenientes y efectos colaterales que se anticipen y como se van a corregir.

Teniendo, de nuevo, en cuenta la experiencia de otros investigadores, junto con la propia en el intento de implantación de este mismo programa en una residencia, se ha elaborado un abanico de posibles obstáculos a evitar que nos pueden llevar a la no consecución de nuestros objetivos y para los cuales hemos propuesto algunas alternativas para su resolución.

En primer lugar, con respecto al desarrollo del plan del proyecto: en la literatura se han dado programas teóricamente muy interesantes pero que a la hora de ser llevados a la práctica se vuelven inoperantes, con lo que se disminuye la probabilidad de ser replicados por otros investigadores, impidiendo que estos puedan ser probados en distintos contextos y con distintas muestras y frenando así el estudio de su validez ecológica. Con el fin de evitar programas pretenciosos, se plantea como valor la sencillez, para lo cual deberemos acotar los objetivos y definirlos minuciosamente.

En segundo lugar, otra de las grandes críticas ha sido la falta de rigor y calidad de los datos obtenidos en los procesos de investigación. Esto se debe al uso de instrumentos con baja bondad psicométrica, así como al uso exclusivo de autoinformes en su evaluación, los cuales son meramente subjetivos y excesivamente sesgados, cosa que intentaremos evitar, aunque tal y como comenta Escotorín (2013) constituye uno de los problemas en intervenciones de conducta prosocial.

En tercer lugar, en lo que a eficacia de los programas se refiere, es conveniente comentar que el mantenimiento a largo plazo de la conducta prosocial aprendida está siendo excesivamente débil. Por lo que aquí se propone una fase de generalización y otra de seguimiento para comprobar la estabilidad positiva de las conductas en el tiempo y en otros contextos diferentes al laboral. Además para reforzar la interiorización de las mismas en el repertorio conductual propio hemos propuesto adoptar la medida

propuesta por Herruzo y Luciano, (1994) llamada Correspondencia Decir-Hacer. En cuanto a la generalización de los resultados, no se ha realizado todavía ninguna prueba específica y fiable con la que comprobar si el patrón de conducta adquirido se repite en otros contextos, y sobre todo, con otros comportamientos nuevos.

Estas tres amenazas atacan directamente al contenido del programa. Sin embargo, encontramos otros obstáculos también dentro del contexto en el que implementar la intervención.

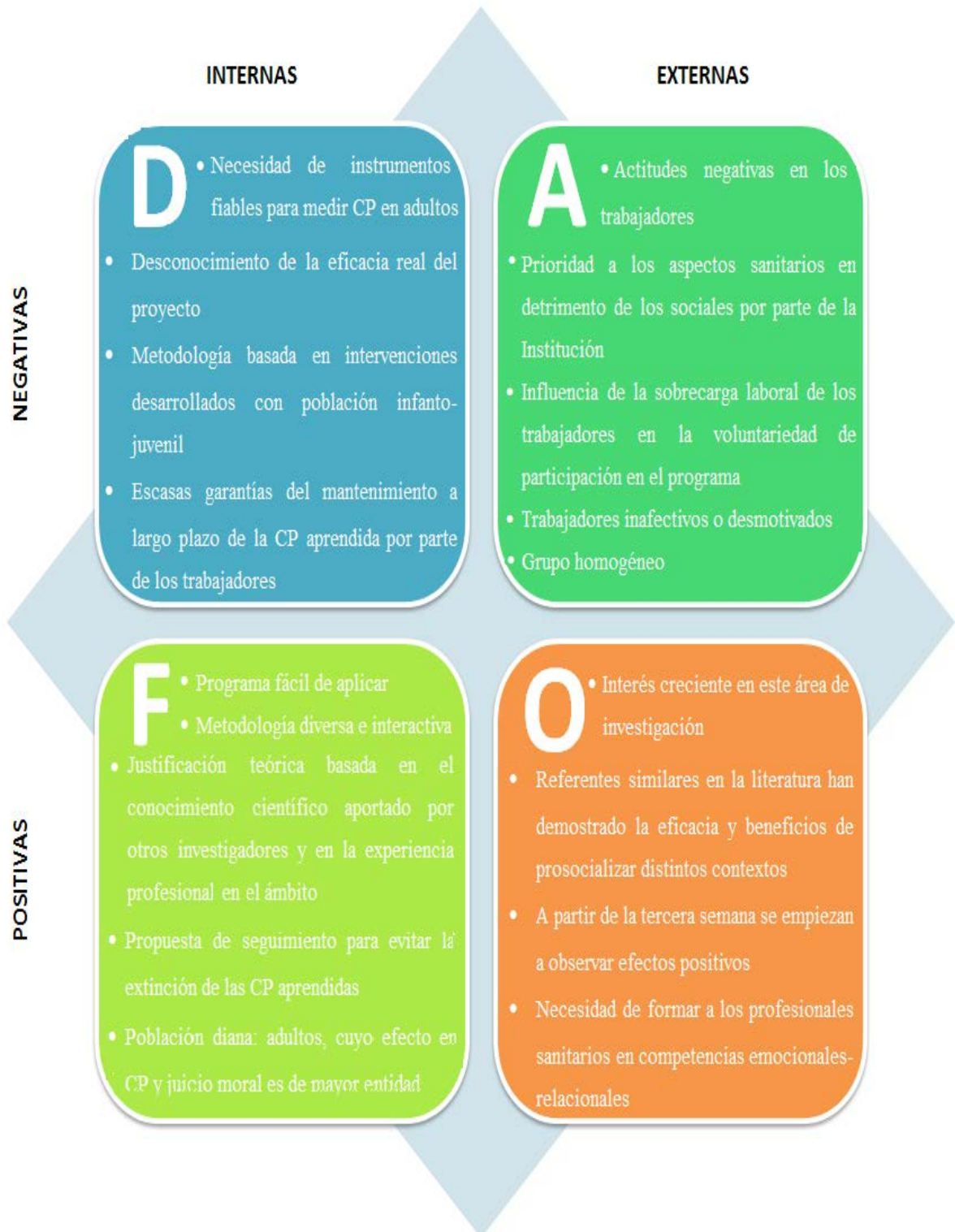
La falta de apoyo por parte de la directiva a la hora de incluir el programa dentro del horario laboral, puede llevarnos a unos niveles de participación reducidos o insuficientes debido al conflicto de intereses con respecto a los costes y beneficios que supone para el trabajador, quien probablemente esté sobrecargado con las exigencias mismas de su puesto de trabajo. Esto puede estar relacionado con el enfoque de la institución, orientado preferentemente a lo estrictamente sanitario en detrimento de lo social.

Otros factores que pueden influir en la participación serían: la falta de motivación intrínseca o desconfianza en el programa, poca predisposición al trabajo en equipo o plantilla desmotivada e inefectiva. En relación esto, es importante resaltar que para que el programa resulte efectivo debe plantearse desde la total voluntariedad del asistente, de no ser así, no tenemos ninguna garantía de que aquello trabajado en las sesiones vaya a ser interiorizado.

Y por último, las variables que pueden influir de manera negativa en la eficacia de la intervención son: las actitudes negativas, estilo de enseñanza del ponente o la homogeneidad del grupo. Para paliar estos efectos se proponen: actividades novedosas, atractivas y asequibles para todos, formación del ponente en liderazgo de estilo directivo y dinámico y ejercicios de *role-playing* para evitar los efectos de homogeneidad.

1.7. Análisis de su viabilidad.

Teniendo en cuenta estos factores, hemos realizado un análisis de viabilidad y calidad de nuestro propio proyecto. Para ello hemos utilizado la técnica DAFO que nos permite de manera intuitiva observar las dificultades, las amenazas, las fortalezas y las oportunidades que tenemos que tener en cuenta para el desarrollo del mismo.



2. Competencias del psicólogo en el ámbito.

En el desarrollo de este apartado partiremos de lo molar para llegar a lo molecular, es decir desde la definición del concepto “competencia”, hasta la clasificación de aquellas que son deseables para el personal socio-sanitario que desempeña su labor en centros o residencias de mayores, así como las funciones más importantes en este puesto de trabajo.

2.1. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de competencias?

En la literatura de la rama de Recursos Humanos, encontramos que el estudio de las competencias se remonta al final de la década de los 60 y principio de los 70 y su primera definición se data en 1982 acuñada por Boyatzis en su obra *The competent manager*.

En España, sin embargo, se empieza a hablar de competencias y del modelo de gestión por competencias en la década de los 90, en concreto se introduce este concepto en nuestra literatura por Mitraini, Daliziel y Suárez de Puga (1992) en su obra conocida como “Las competencias: clave para una gestión integrada de recursos humanos”. Y desde entonces, cuenta con gran aceptación y proliferación de manuales, en castellano, que tratan este tema.

Existen dos tipos de definiciones: por un lado, las que hacen referencia a la “característica subyacente de la persona, que esta causalmente relacionada con un cumplimiento bueno o excelente en un puesto de trabajo concreto y/o en una organización concreta (Boyatzis, 1982)”. Véase también la definición de Hay Group, (1996) que va en esta misma línea: “cualquier característica individual que se pueda medir de manera fiable, y que se pueda demostrar que diferencia de una manera significativa entre los trabajadores que mantienen un cumplimiento excelente de los simplemente adecuados”

Y por el otro, las que defienden que esta se define como el “conjunto de comportamientos observables que están causalmente relacionados con un cumplimiento bueno o excelente en un trabajo concreto y en una organización concreta (Levy-Leboyer, 1996)”. Y los cuales, son consecuencia de la experiencia y constituyen saberes articulados que una persona pone en marcha automáticamente (Levy-Leboyer, 1997).

Nosotros nos decantamos por la segunda, que ha adquirido mayor aceptación con el paso del tiempo, y entendemos por “competencia”, aquel comportamiento medible mediante la manifestación de una serie de conductas que está causalmente

relacionada con una actuación de éxito en el puesto, poniendo énfasis en este último aspecto, pues las competencias que llevan al éxito son específicas de cada organización, y los comportamientos en que este éxito se manifiesta también.

La importancia de estas reside en su capacidad para que aquel que las posea pueda prestar los servicios de forma profesionalmente aceptable. Ahora bien, el concepto ha ido evolucionando desde estas primeras aproximaciones, y hoy en día, según el Diploma Europeo en Psicología elaborado por el COP se tiene al profesional competente como aquel que no sólo debe ser capaz de demostrar las habilidades necesarias sino también las actitudes apropiadas para la práctica adecuada de su profesión. Es más, se consideran las actitudes de especial importancia, ya que definen la única naturaleza de la profesión psicológica. Mientras hay conocimientos y habilidades generales en su aplicación, la mayor parte de ellos están relacionados con el contexto concreto en el que se han de aplicar.

Son, en definitiva, una amalgama entre aptitud, experiencia y pericia que se expresa de modo concreto en la resolución de una situación-problema en particular. Prieto (1997) las clasifica en tres tipos:

1. Las competencias observables y medibles o competencias de índole objetiva.
2. Las competencias percibidas y atribuidas, de índole subjetiva.
3. Las competencias contrastables y certificables o de índole institucional.

2.2. *Competencias genéricas del psicólogo.*

Las competencias, en el ámbito de la psicología, se basan en el conocimiento, comprensión y habilidades aplicadas y practicadas éticamente y proporcionan una descripción de los distintos roles que desempeñan los psicólogos. Estos roles se llevan a cabo en una o más variedades de contextos ocupacionales y para diversos tipos de clientes. Siendo esta alta presión del mercado la que lleva a que se desarrollen nuevas actuaciones e intervenciones profesionales en diversas áreas, declarándose necesaria una formación y una especialización específicas del psicólogo en cada área de intervención (Santolaya Ochando, 2003).

Según el Modelo de competencias para la obtención del Diploma Europeo de Psicología existen dos grandes grupos: por un lado, las que se relacionan con el contenido psicológico del proceso de práctica profesional conocidas como competencias primarias. Estas son específicas de la profesión psicológica en sus contenidos,

conocimiento y habilidades requeridos para su desempeño. Y por otro lado, las competencias posibilitadoras o facilitadoras que permiten al profesional prestar sus servicios eficazmente.

En el desarrollo y evaluación de las competencias debe tenerse en cuenta el hecho de que el contenido real de los servicios ofrecidos es diferente, para cada contexto en el que se ejerce la profesión (clínica y salud, educación, trabajo y organizaciones u otros).

Se datan veinte competencias primarias que cualquier psicólogo debería ser capaz de demostrar, las cuales se han agrupado en seis categorías relacionadas con los roles profesionales. Estos roles se designan como:

- Especificación de objetivos
- Evaluación
- Desarrollo
- Intervención
- Valoración
- Comunicación

En esta misma línea, Solano (2004) en su estudio “Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales”, encontró un factor que denominó competencias genéricas, las cuales eran transversales a todas las áreas de la psicología y estaba integrado por las siguientes habilidades básicas:

1. trabajo en equipos interdisciplinarios
2. trabajo en situaciones de crisis
3. trabajo en poblaciones de bajos recursos económicos
4. trabajo en programas comunitarios
5. redacción de informes psicológicos
6. conocimiento de investigaciones empíricas y su metodología
7. comunicación del trabajo mediante gráficos, tablas y estadísticas
8. manejo de paquetes informáticos básicos
9. manejo del idioma inglés

2.3. Competencias Específicas del Psicólogo Clínico.

En la referencia U.70 del Anexo II del Real Decreto 1277/2003 de Autorización de Apertura de Centros Sanitarios, modificado posteriormente por la orden

SCO/1741/2006, de 29 de mayo (BOE de 6 de junio de 2006), se define al psicólogo clínico como al especialista "... responsable de realizar el diagnóstico, evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento".

A su vez, según se establece en la disposición adicional séptima de la Ley General de Salud Pública 33/2011, las funciones del psicólogo general sanitario están referidas a la "investigación, evaluación e intervención psicológica sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora de su estado general de salud, siempre que dichas actuaciones no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios" Echeburúa et al (2010).

También, creemos interesante incluir la información procedente del estudio de Yáñez-Galecio (2005), en el que se investiga sobre las competencias profesionales valoradas como necesarias para la especialización profesional en psicología clínica y el desempeño de una buena práctica como psicólogo clínico, y estas, se relacionan directamente con conocimientos y habilidades para el diagnóstico, intervención, evaluación e investigación, acompañadas por actitudes de actualización de conocimientos, respeto y ética.

De nuevo y para finalizar con este apartado, tomando como referencia el modelo de competencias para la obtención del Diploma Europeo de Psicología, se destacan de las ocho competencias posibilitadoras que se relacionan con la actividad profesional en general aquellas que, para el ámbito sociosanitario geronológico, creemos de mayor importancia:

- Desarrollo profesional continuo
- Relaciones profesionales
- Gestión de la responsabilidad profesional
- Gestión de la práctica y autoreflexión
- Garantía de calidad

2.4. Funciones del psicólogo en la realidad laboral de las residencias de mayores.

Con respecto a las funciones que el psicólogo debe desempeñar si trabaja en una residencia de mayores se datan aquellas expuestas en la investigación de Talón (2002), de entre las cuales hemos destacado las siguientes:

- Elaborar, poner en marcha y supervisar/evaluar Programas de Atención

Personalizada prestando especial atención a la población residente con necesidades especiales.

- Diagnosticar e intervenir con posibles trastornos y/o patologías, tanto crónicas como temporales. Así como hacer un seguimiento cercano de trastornos ya diagnosticados y controlar el deterioro cognitivo/mental de los residentes junto con el equipo sanitario.
- Supervisar la programación de las actividades de terapia ocupacional, recreativas, manuales, psicomotrices y rehabilitadoras para evitar que los usuarios caigan en el abatimiento y depresión.
- Prevenir posibles trastornos psicológicos mediante el desarrollo de la labor educativa en su ámbito funcional.
- Fomentar la integración y la motivación de los residentes dentro de la estructura social y relacional del centro favoreciendo su adaptación al nuevo entorno local y social.
- Orientar al equipo sobre la forma correcta de tratar ciertos problemas individuales de los residentes derivados de su deterioro psíquico o de sus alteraciones conductuales por otras psicopatías
- Derivar casos a otros profesionales si así se requiere
- Ofrecer apoyo psicológico en diferentes ámbitos (psicología clínica, social y/o comunitaria)
- E intervenir directamente en el Programa de Actividades de Convivencia y con la familia.

3. Discusión.

El presente estudio ha desarrollado un proyecto de intervención en el ámbito socio-sanitario gerontológico, cuya población diana sería los distintos agentes que desempeñan sus funciones en las residencias de mayores. Y se ha elegido el fomento de la prosocialidad en la atención sociosanitaria, como eje vertebrador de la misma, por sus múltiples beneficios e impacto tanto directo, en los mismos trabajadores, como indirectos, en la calidad de vida de los usuarios con los que estos trabajan, los mayores, y la satisfacción de los últimos ante la circunstancia de tener que estar institucionalizados.

Nos encontramos con una intervención teórico-práctica cuya implementación supone un bajo coste económico y humano, ya que se necesita poco tiempo para ser

desarrollada: en comparación con otras investigaciones similares cuya duración supera el curso o los dos cursos escolares, catorce semanas (que es la duración que tiene este programa) se ha estimado un tiempo suficiente para que se obtengan unos resultados significativos sobre las variables objeto de intervención, sin suponer con ello un desembolso económico grande o una pérdida motivacional por parte de los asistentes. Se destaca también su asequible desarrollo ya que de la puesta en marcha podría ocuparse incluso el propio psicólogo del centro, con ayuda de los materiales facilitados. Con respecto a sus efectos se espera que sean rápidos, ya que según la literatura existente en este tipo de intervenciones data la tercera semana, a partir de la cual se empezarían a observar las conductas esperadas y los consiguientes beneficios, y se espera que se mantengan en el tiempo.

Además supone una mejora en la formación de los trabajadores, lo cual es un valor perseguido si se tiene en cuenta lo expuesto tanto en el estudio de las competencias genéricas (Santolaya Ochando, 2003) como en el de aquellas específicas del psicólogo clínico (Yañez-Galecio, 2005). Y aunque en este caso está planteado para ser implementado en un contexto muy específico (el socio-sanitario gerontológico en las residencias de mayores) de igual manera se podría adaptar a cualquier realidad, contexto o tipo de población.

Retomando el tema de los efectos esperados tras la implementación del programa, encontramos que tanto con el desarrollo del pensamiento sociomoral como con las actividades de comunicación, ayuda, y cooperación que se proponen transversalmente en las distintas sesiones suponen una mejora el clima organizacional, promoviendo en los trabajadores comportamientos prosociales en detrimento de posibles conductas disruptivas.

En esta misma línea, Muñoz-Seco et al (2006) han estudiado como el clima organizacional en el ámbito sanitario influye también en la calidad de vida profesional, especialmente en la motivación, la cohesión y el trabajo en equipo, los cuales declaran una mejor valoración del apoyo directivo. De este estudio queremos resaltar también que la insatisfacción y el síndrome de *burnout* son dos fenómenos cada vez más frecuentes entre los profesionales sanitarios de todo el mundo y un motivo de preocupación para los investigadores de este ámbito. La importancia de ello estriba en el hecho demostrado según diversos estudios de que existe una relación directa entre la satisfacción de los trabajadores sanitarios y la de sus pacientes, en el sentido de que, la insatisfacción laboral del personal socio-sanitario influye en la calidad de la atención y

en su relación con los usuarios. Situación que se repite en el panorama asistencial gerontológico de la Comunidad Valenciana, tal y como se ha podido observar en la investigación de M.J Talon (2002). Por ello, lograr satisfacción y motivación en los profesionales se considera uno de los tres grandes objetivos a cumplir de cualquier sistema de salud, al igual que la asistencia sanitaria de calidad y la satisfacción subjetiva de los usuarios.

Y es bajo esta óptica donde nosotros proponemos como medida paliativa de los inconvenientes encontrados un programa de entrenamiento en conductas prosociales y de fomento del desarrollo del pensamiento sociomoral en el que analizar y reflexionar sobre el protocolo de actuación imperante en la mayoría de las residencias de mayores y en concreto en cada una de ellas en las que se desarrolle el mismo.

Por último, queríamos hacer hincapié en la importancia de la formación en competencias relacionales-emocionales en este sector de la población. Pues en los últimos tiempos ha habido gran proliferación de estudios que abarcan la necesidad de priorizar de igual manera los aspectos biológicos como los psico-sociales en la formación del personal sanitario.

Pilar Escotorín (2013) hace explícito el convencimiento de que existe una urgencia en desarrollar competencias que vayan más allá de las competencias profesionales habituales, en pro de las competencias emocionales, en concreto en aquellos profesionales sanitarios que trabajan con mayores.

Anteriormente, Epstein y Hundert (2002), avanzaron en el estudio de notables investigaciones que identificaban que las competencias que necesitan los profesionales de la salud para desarrollar su trabajo no sólo se corresponden con dimensiones de tipo cognitivo o técnico, sino que también son necesarias las competencias relacionales, de tipo afectivo y moral, y de hábitos en el uso o entrenamiento de la propia mente. Así pues, el modelo biomédico debe complementarse, a nivel fáctico, con una perspectiva psicosocial y un modelo constructivista, encaminado a crear un significado compartido del encuentro profesional-consultante, a partir de la comunicación y de la interrelación. Los autores identifican como centrales las competencias de empatía, o la de ser capaces de establecer credibilidad, lograr la confianza y un juicio positivo del paciente.

Actualmente, las competencias emocionales se consideran un aspecto importante de las habilidades de empleabilidad, es más, en el mundo laboral se acepta que la productividad depende de una fuerza de trabajo que sea emocionalmente competente (Elias et al., 1997; Goleman, Boyatzis y McKee, 2002). Y son estas competencias

emocionales las que son percibidas como elemento esencial del desarrollo integral de la persona cuyo objeto es capacitarle para la vida. Y todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social (Alzina, 2003).

Este aspecto, tal y como se puede observar en el apartado anterior, no cobra la suficiente importancia en nuestro marco legal, laboral o de estudio y, sin embargo, es tenido muy en cuenta en el mercado laboral americano, donde ocupa parte del currículo formal. Para muestra de ello, se ha realizado una revisión mediante el portal de empleo ONET en el cual se presenta la siguiente información: entre las competencias exigidas se destacan la escucha activa, las habilidades comunicativas, la perspicacia social, entendida como el ser consciente de las reacciones de los demás y entender por qué reaccionan como lo hacen, la orientación al servicio, definida como “buscar activamente formas de ayudar a la gente” y la preocupación por los demás, como el ser sensible a las necesidades y sentimientos de otros y ser comprensivo y atento en el trabajo.

Con respecto a las actividades de trabajo, se destacan las siguientes: ayudar y cuidar de los demás (compañeros de trabajo, clientes o pacientes) y establecer y mantener relaciones interpersonales y de trabajo, constructivas y de cooperación con los demás, y su mantenimiento en el tiempo.

En los estilos de trabajo, se tildan como importantes, el autocontrol o capacidad de mantener las emociones bajo control evitando comportamientos agresivos y relacionado con este, la tolerancia al estrés, aceptando sanamente la crítica y recurriendo a la calma y eficacia en situaciones difíciles.

Y por último, en esta misma línea se definen en los valores Laborales, la importancia de las relaciones, las cuales permite a los empleados proporcionar servicio a los demás y trabajar con compañeros de trabajo en un ambiente no competitivo y cuyas demandas son el compañerismo, los valores morales y el servicio social.

Por todo ello y porque a veces los grandes cambios dependen de iniciativas pequeñas, consideramos que este programa de formación en conductas prosociales dirigido a los trabajadores de las residencias, puede ser una medida sostenible para hacer de su realidad laboral un espacio más confortable y de convivencia, además de un medio para lograr mejorar la vida de nuestros mayores y una vía para humanizar el ámbito socio-sanitario que nos espera y al que nos dirigimos gran parte de la población. Asimismo, como dijo el pedagogo Paulo Freire, “la educación no pretende cambiar el mundo, sino cambiar a los hombres que van a cambiar el mundo”.

4. Referencias bibliográficas.

- Alzina, R. B. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de investigación*, 21(1), 7-43.
- Auné, S. E., Blum, D., Abal, F. J. P., Lozzia, G. S., y Attorresi, H. F. (2014). La conducta prosocial: Estado actual de la investigación. *Perspectivas en psicología*, 11(2), 21-33.
- Boyatzis, R. E. (1982). *The competent manager: A model for effective performance*. Nueva York: John Wiley and Sons
- Brief, A. P., y Motowidlo, S. J. (1986). Prosocial organizational behaviors. *Academy of Management Review*, 11(4), 710-725.
- Certificado Europeo de Psicología (2015). *Competencias de los Psicólogos 2015*. Recuperado de: <http://www.europsy.cop.es/index.php?page=competencias-de-los-psicologos>
- Dansereau, D. F., O'Donnell, A. M., y Lambiotte, J. G. (1988, April). Concept maps and scripted peer cooperation: Interactive tools for improving science and technical education. Comunicación presentada en el *Annual Meeting of the American Educational Research Association*, Nueva Orleans, LA.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. D., y Cruz-Sáez, M. S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 423-435
- Eisenberg, N., y Mussen, P. H. (Eds.). (1989). *The roots of prosocial behavior in children*. Cambridge University Press.
- Elias, M. J. (Ed.). (1997). *Promoting social and emotional learning: Guidelines for educators*. ASCD.
- Epstein, R. M. y Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Jama*, 287(2), 226-235.
- Escotorín, G. y Cicera, M. (2010) Nuevos desafíos para la optimización prosocial. En ROCHE, R. (2010) *Prosocialidad: nuevos desafíos. Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno*. Buenos Aires: Ciudad Nueva
- Escotorín, G., Roche, R. (2011). *Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas. Conclusiones del Proyecto Europeo CHANGE*. La Garriga: Fundación Martí L'Humà.
- Escotorín, G., (2013). *Prosocial Communication Inquiry in collaboration with gerontology health professionals. Consulta sobre comunicación prosocial con*

- profesionales socio-sanitarios del ámbito gerontológico*. Tesis doctoral no publicada. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Escotorín, G. y Cicera, M. (2013). Salut i humanisme. Per què formar-se en prosocialitat: noves vies per optimitzar la salut dels professionals sociosanitaris. *Annals de Medicina*, 96(3), 115-117.
- Fernández, J. L., Parapar, C., y Ruiz, M., (2010) El envejecimiento de la población. *Lychnos, Cuadernos de la Fundación General CSIC*, 2, 6-11.
- García, J.A., Martínez, E., Muñoz, C., Margalef, P. y Domínguez, M^a, (2006) Calidad asistencial. En Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (Eds.) *Tratado del residente en Geriátría* (pp. 95-105). Madrid: International Marketing y Communication, S.A
- Goleman, D., Boyatzis, R. E. y McKee, A. (2002). *The new leaders: Transforming the art of leadership into the science of results*. London: Little, Brown.
- Grineski, S. C. (1991). The effects of cooperative games on the prosocial behavior interactions of young children with and without impairments. *Dissertation Abstract International*, 51.
- Herruzo, J. y Luciano, M. C. (1994). Procedimientos para establecer la correspondencia decir-hacer. Un análisis de sus elementos y problemas pendientes. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, 2(2), 192-215.
- Hay Group (1996). *Las competencias: Clave para la gestión Integrada de los Recursos Humanos*. Ediciones Deusto. Madrid, España.
- Hoffman, M.L. (1983). Affective and cognitive processes in moral internalization. En E. Higgins, D. Ruble y W. Hartup (eds.), *Social cognition and social development: A sociocultural perspective*. Cambridge, C.U.P.
- Hunter, F.T. y Jounis, J. (1982). Changes in functions of three relations during adolescence. *Developmental Psychology*, 18, 806-81.
- Juárez, M.P. (2009). *Comunicación de Calidad Prosocial desde la perspectiva del paciente en la comunidad barrial Hipódromo, Argentina*. Tesina de doctorado en Psicología de la Comunicación, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Kagan, S. y Kagan, M. (1994). The Structural Approach: Six keys to cooperative. En S. Sahran (Ed.), *Handbook of Cooperative Learning methods*, (pp. 115-133). Wesport, CT: Greenwood Press.
- Kolberg, L. (1976). Moral stages and moralization: The cognitive-developmental

- approach. En T. Lickona (ed.), *Moral development and behavior: theory, research and social issues*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Landazabal, M. G. (2005). *Diseño y evaluación de un programa de intervención socioemocional para promover la conducta prosocial y prevenir la violencia* (Vol. 160). Ministerio de Educación.
- Levy-Leboyer, C.(1996) *La gestion des compétences*,Paris: Les Editions d'Organisation.
- Levy-Leboyer, C. (1997). *Gestión de Competencias. Cómo analizarlas, evaluarlas y desarrollarla*. Edición Gestión 2000. Barcelona, España
- López, F., Apodaka, P., Ezeiza, A., Etxebarria, I., Fuentes, M. J. y Ortiz, M. J (1994) Propuesta de desarrollo de la conducta prosocial-altruista en la escuela. En F. López (Ed.) *Para Comprender la Conducta Altruista*. Navarra: Verbo Divino.
- Marroquín y Pulido (2009). Emociones y comunicación de calidad prosocial: aplicación en las relaciones profesionales de ayuda. En R. Roche (Ed.), *Prosocialidad: Nuevos desafíos*. Ciudad Nueva, Buenos Aires. En prensa.
- Martí, M. (2010). *Razonamiento moral y prosocial. Fundamentos*. Editorial CCS. Madrid.
- Mitrani, A., de Puga, I. S. y Dalziel, M. M. (1992). *Las competencias: clave para una gestión integrada de los recursos humanos*. Ediciones Deusto.
- Muñoz-Seco, E., Coll-Benejam, J. M., Torrent-Quetglas, M., y Linares-Pou, L. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atención primaria*, 37(4), pp. 209-214.
- Onet online, a proud partner of the american job center network (2015). *Summary Report for: 19-3031.02Clinical Psychologists*. Recuperado de:<http://www.onetonline.org/link/summary/19-3031.02>
- Priero, J. M., (1997). Prólogo. En C. Levy-Leboyer, *Gestión de las competencias*. Barcelona: Gestión 2000.
- Roche, R. (1995). Psicología y educación para la prosocialidad. *Colección Ciencia y Técnica: Universidad Autónoma de Barcelona*.
- Santolaya Ochando, F. (2003). *Informe de perfiles profesionales del psicólogo*. Colegio Oficial de Psicólogos de España [Professional profiles of psychologist inform]. Extraído de la World Wide Web: <http://www.cop.es/perfiles/contenido/presentacion.htm>
- Slavin, R. E. (1994). Student teams achievement divisions. Handbook of cooperative

learning methods. Westport, CT: Greenwood

Solano, A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Interdisciplinaria*, 21(2), 117-152.

Talón, M. T., (2002) *Criterios de satisfacción personal y calidad asistencial en residencias de personas mayores: una propuesta de intervención* . Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia: Valencia.

Yáñez-Galecio, J. (2005). Competencias profesionales del psicólogo clínico: un análisis preliminar. *Ter. psicol*, 23(2), 85-93.