



Diseño de la cubierta: Diego Vázquez Paradiñeiro; Adrián de Paz Marcos

Realización de la cubierta: Daniel Correia Gomis



Universidad Miguel Hernández de Elche

PROGRAMA DE DOCTORADO “PSICOLOGÍA DE LA SALUD”

**REPRESENTACIÓN MENTAL DE LA DEMENCIA
Y AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES
DE CENTROS SOCIOSANITARIOS**

Tesis doctoral

Presentada por:

Adrián de Paz Marcos

Dirigida por:

Dra. Sofía López Roig



Dña. Sofía López Roig, profesora del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

INFORMA

Que la presente memoria, titulada “*Representación mental de la demencia y autoeficacia en profesionales de centros sociosanitarios*”, ha sido realizada bajo mi dirección, en el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche, por D. ADRIÁN DE PAZ MARCOS. Constituye su tesis para optar al grado de Doctor y cumple los requisitos para su defensa.

Para que conste, en cumplimiento de la legislación vigente, autoriza la presentación de la referida tesis doctoral ante la Comisión de Doctorado de la Universidad Miguel Hernández de Elche,

Sant Joan d’Alacant, 15 de Junio de 2017

Sofía López Roig



D. Juan Carlos Marzo Campos, director del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

INFORMA

Que la Tesis Doctoral titulada “*Representación mental de la demencia y autoeficacia en profesionales de centros sociosanitarios*” ha sido realizada por D. ADRIÁN DE PAZ MARCOS, bajo la dirección y supervisión de D^a SOFÍA LÓPEZ ROIG, profesora del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche, y que el Departamento ha dado su conformidad para que sea presentada ante la Comisión de Doctorado.

Para que así conste a los efectos oportunos, emite este informe en,

Sant Joan d’Alacant, a 15 de Junio de 2017

Fdo. Dr. Juan Carlos Marzo Campos
Director del Departamento de Psicología de la Salud

*A mis padres,
los cimientos y pilares de mi vida.*

*Y a ti, Andrés,
por tu cariñosa presencia en la ausencia.*



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a mi directora de tesis Sofía López-Roig, por el gran apoyo que me ha proporcionado durante toda la investigación. Su ánimo insaciable ha servido para adentrarme en un mundo del que conocía una pequeña parte y donde, juntos, hemos avanzado un “pequeño gran paso”. Su enfoque y capacidad de trabajo han sido clave para el desarrollo óptimo de esta tesis, donde me ha transmitido cariño y conocimientos a partes iguales. Sin su constancia y rigurosidad no hubiera sido posible.

Gracias a Ana M^a García González, por su gran ayuda poniendo todas las facilidades que tenía a su alcance.

Gracias a mi familia y amigos, por la comprensión de lo que esta etapa de mi vida ha significado para mí. Gracias por vuestro apoyo, sobre todo en los momentos más difíciles. Gracias a mi pareja, Sofía, por su amor, apoyo y comprensión. Compartir este camino contigo ha sido la clave para llegar a la meta.

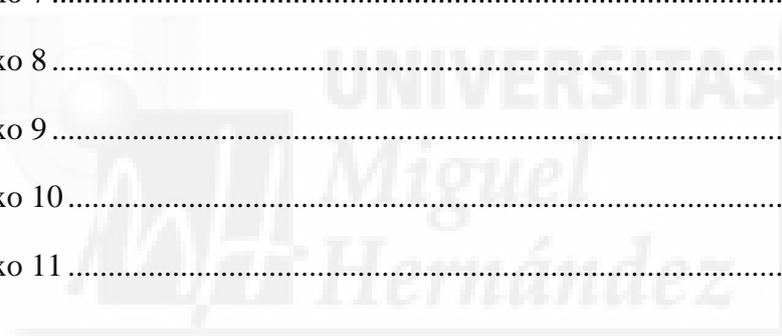
A todos los profesionales que voluntariamente han dedicado su tiempo a formar parte de esta investigación. Sin su participación esto no hubiese sido posible.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
I. INTRODUCCIÓN	5
1. Demencia.....	7
1.1. Criterios diagnósticos y clasificación y causas de las demencias.....	8
1.2. Cuidado profesional en centros sociosanitarios.....	14
2. Representación mental de la enfermedad.....	19
2.1. Modelo de Leventhal de la representación de la enfermedad.....	20
2.2. Representación mental de la demencia	31
3. Percepción de autoeficacia en profesionales sanitarios	39
3.1. Teoría de la Autoeficacia	39
3.2. Autoeficacia y salud en el ámbito profesional	43
3.3. Percepción de autoeficacia en el cuidado de la demencia.....	46
4. Satisfacción laboral en el cuidado de personas con demencia.....	51
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	55
1. Objetivo general	57
2. Objetivos específicos	61
III. MÉTODO.....	67
1. Participantes	69
1.1. Población de referencia, población elegible y población de estudio	69
1.2. Descripción de la muestra	73
2. Variables e instrumentos	81
2.1. Variables sociodemográficas y laborales	81
2.2. Representación mental	82
2.3. Autoeficacia en el cuidado de las personas con demencia.....	88
2.4. Satisfacción laboral relacionada con el trabajo con personas con demencia	91

3. Diseño y procedimiento	97
3.1. Tipo de estudio y procedimiento	97
3.2. Análisis estadístico	99
IV. RESULTADOS.....	103
1. Descripción de la representación mental de la demencia.....	105
1.1. Identidad.....	105
1.2. Dimensiones de la representación mental general	109
1.3. Causas.....	116
2. Descripción de la percepción de autoeficacia en el trabajo con personas con demencia.....	127
2.1. Frecuencia de realización de actividades	127
2.2. Autoeficacia específica en las actividades de trabajo	132
2.3. Autoeficacia específica	137
2.4. Autoeficacia general.....	142
2.5. Necesidades de formación.....	145
3. Descripción de la satisfacción laboral en el trabajo con personas con demencia	147
3.1. Satisfacción laboral global e intrínseca	147
3.2. Factores de satisfacción laboral intrínseca	150
4. Representación mental, autoeficacia y satisfacción laboral	153
4.1. Análisis de correlación	153
4.2. Análisis de modelos de ecuaciones estructurales	156
V. DISCUSIÓN.....	165
VI. CONCLUSIONES	183
Referencias bibliográficas	188
Acrónimos	201
Índice de tablas.....	203

Índice de cuadros.....	205
Índice de figuras.....	207
Índice de gráficas	209
Anexos	211
Anexo 1	213
Anexo 2	214
Anexo 3	218
Anexo 4	221
Anexo 5	222
Anexo 6	224
Anexo 7	225
Anexo 8	228
Anexo 9	230
Anexo 10	231
Anexo 11	232



RESUMEN

Las personas mayores con demencia requieren unos cuidados que en muchas ocasiones resultan complicados de proporcionar en el domicilio por la familia o cuidador. Por ello, es frecuente su institucionalización en centros residenciales donde pueden recibir una atención completa (GGPC, 2011; López et al., 2009; Nitrini y Dozzi, 2012). Esta atención requiere un equipo multidisciplinar y un enfoque que combine la sistematización y la personalización de los cuidados.

Las representaciones de una enfermedad son creencias organizadas, modelos mentales, sobre qué es la enfermedad o problema, por qué se produce, como afecta al organismo y su posible impacto en la vida diaria, entre otras. Tal y como propone el modelo de autorregulación de Leventhal (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984; Leventhal, Brisette y Leventhal; 2003), describir y comprender cómo los individuos elaboran esas teorías de sentido común es importante porque guían sus respuestas (cogniciones, emociones y conductas) a las experiencias relacionadas con la enfermedad (Cameron y Moss-Morris, 2010). Por otro lado, la autoeficacia (AE) es un indicador fiable de las habilidades de manejo de los profesionales y un determinante importante de su conducta (Bandura, 1997). La satisfacción es un indicador claro de salud laboral, que se relaciona con menor *burnout* y mayor implicación y compromiso en el trabajo (Moreno-Jiménez y Garropps Hernández, 2013).

La descripción de la representación mental cognitiva (RM) y emocional (RE) de la demencia, su relación con la autoeficacia percibida y su posible asociación con la satisfacción laboral permitirá modificar aquellos aspectos que pueden mejorar la comprensión de estos pacientes, no sólo en términos de conocimientos sino también actitudinales.

Por ello, el objetivo de esta investigación es describir la representación mental de la demencia en profesionales de centros sociosanitarios, su relación con la percepción de autoeficacia y la capacidad predictiva de ambas en la satisfacción laboral.

La muestra de estudio se compone de 273 profesionales distribuidos en 22 centros sociosanitarios pertenecientes al Grupo Amma. Un 82% son mujeres entre 20-60 años, la mayoría personal de enfermería (26%), un 48% con más de 5 años en el

puesto. Se realiza un estudio transversal y analítico, obteniendo el consentimiento informado y asegurando la confidencialidad y el anonimato. El estudio fue aprobado por los responsables de la empresa y por el comité ético de la Universidad Miguel Hernández. Se obtuvo información sobre variables sociodemográficas y laborales, RM y RE de la demencia (IPQ-R, Pacheco-Huergo et al., 2012), AE específica para el cuidado de personas con demencia (Morgan et al., 2016; Schepers et al., 2012), AE general (Pastor et al., 2012) y satisfacción laboral (Castle, 2010). Se realizaron análisis descriptivos y de asociación de variables, de componentes principales y un modelado de ecuaciones estructurales para la estimación del efecto y de las relaciones entre RM, RE, AE y satisfacción laboral.

Los resultados muestran que los profesionales tienen una RM con alta “Identidad”, “Consecuencias” graves, “Curso crónico”, alta “Coherencia y comprensión”, una moderada percepción de “Control profesional y del tratamiento” y una atribución causal a factores de “Riesgo”, “Dieta y contaminación” y “Causas psicológicas”. Las dimensiones de RM “Comprensión y coherencia” y el “Curso crónico” aumentan con la edad y tiempo en el puesto. El número de personas a las que se atiende en un centro, también se relaciona con la “Identidad” y las “Consecuencias” de la demencia. La RE de los profesionales muestra valores moderados y es mayor a medida que aumenta el número de residentes de los centros. Los profesionales se perciben altamente competentes para la atención a pacientes con demencia. La AE es más alta en enfermería y coordinadores de enfermería.

Se confirma el efecto de la RM mediado por la autoeficacia en la predicción de la satisfacción laboral intrínseca (VE= 25%). La RM y la RE no son predictores directos de la satisfacción intrínseca. La influencia indirecta de la RM se produce por las dimensiones “Coherencia y comprensión” y “Control profesional” de la demencia, a través de la autoeficacia (VE= 37,2%). Por tanto, son las creencias de los profesionales, acerca de que entienden la patología y creen que pueden modificar aspectos de la enfermedad, las que explican su percepción de autoeficacia profesional y, finalmente, resultan en la experiencia de satisfacción con el trabajo específico que realizan con este perfil de pacientes.

Se confirma el efecto directo de la RE para la predicción de la satisfacción laboral global (VE= 10,3%) y el efecto indirecto de la RM mediado por la AE (VE= 10,2%).

La influencia indirecta de la RM se produce por la dimensión “Coherencia y comprensión”. Por tanto, son las creencias de los profesionales sobre la comprensión de la patología las que generan autoeficacia, y ésta, junto con una menor respuesta emocional ante la demencia, las que resultan en la experiencia global de satisfacción con el trabajo.

Las acciones formativas de los profesionales que desarrollan su actividad con personas con demencia han de lograr aumentar el control profesional percibido, incorporando expectativas de resultados de la actividad profesional que supongan metas profesionales realistas y alcanzables, con claros beneficios para las personas con demencia que se atienden y que configuren de forma coherente una comprensión completa de la enfermedad asociada a las posibilidades de actuación en el centro. Todo ello, completado con el trabajo sobre la respuesta emocional ante la demencia para neutralizar las consecuencias negativas en la satisfacción global.





I. INTRODUCCIÓN





1. Demencia

El envejecimiento progresivo de la población y un síndrome ligado a la edad, nos explica el incremento en las últimas décadas de personas diagnosticadas de demencia, tanto de la incidencia, número de nuevos casos en un periodo determinado, como de la prevalencia, número total de afectados en un momento puntual.

Si nos remontamos a los inicios del término demencia, a comienzos de siglo XIX se entendía como “falta de juicio”, significando ausencia del pensamiento o raciocinio y se consideraba un deterioro del intelecto inexorable e irreversible provocado por lesiones anatomopatológicas. Hoy en día se entiende la demencia como un conjunto de características -nivel de conciencia conservado, persistente en el tiempo y con afectación de diferentes funciones (cognitivas, conductuales y funcionales)- que producen en el sujeto una discapacidad progresiva, repercutiendo en el funcionamiento personal, laboral o social (Gil y Martín, 2006; Montiel, Sánchez, Asensio, y Alonso, 2015; World Health Organization (WHO), 1995)

La población en España en 2016 era de 46,5 millones de personas, siendo un 49,1% hombres y un 50,9% mujeres. Los ciudadanos de 65 o más años representan el 18,6% de la población, 8.655.111 personas, mientras que en 1900 este dato era un 5,2% (Instituto Nacional de Estadística, 2016). De este amplio número de personas que constituyen la tercera edad, el 90% residen en sus domicilios, siendo un 10% los que optan por la institucionalización. Si nos centramos en aquellas personas que son dependientes por enfermedad, disminuye a un 60% los que permanecen en sus domicilios, necesitando el cuidado de sus familiares o cuidadores y no pudiendo vivir en solitario como se tiende a querer mientras se conservan las cualidades físicas y cognitivas para ello (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (GGPC), 2011; López, 2002; López, 2005)

Con este amplio número de personas mayores de 65 años, es relevante conocer los datos de incidencia y prevalencia de demencia en esta población. Si observamos a nivel mundial, la incidencia de demencia se sitúa alrededor de 7,5/1000 personas/año, aumentando de manera exponencial a mayor edad, hasta en un 50 y

70-75/1000 personas/año en la población de más de 85 y 90 años respectivamente. En España, se estima que la incidencia está entre 10-15 nuevos casos por cada 1000 personas/año.

En lo que se refiere a la prevalencia de esta patología, se observa variación a nivel mundial según el continente, yendo desde un 2,2% de África hasta situarse en Europa en torno a un 5,9 y 9,4% para aquellas personas mayores de 65 años, aumentando hasta un 13% para las edades de 80 a 85 años y un 32% en mayores de 90 años.

Los estudios en España, muestran valores mínimamente por encima de la media Europea, llegando a una prevalencia que oscila entre el 5 y 14,9% en mayores de 65 y entre 6,6 y 17,2 en más de 70 años. Si nos centramos únicamente en las personas mayores de 65 años institucionalizadas, se obtienen datos que oscilan alrededor de un 61% de prevalencia de demencia (GGPC, 2011; López et al., 2009; Nitrini y Dozzi, 2012).

1.1. Criterios diagnósticos y clasificación y causas de las demencias

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Una de las principales referencias para la aplicación de criterios diagnósticos de la demencia es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (Tabla 1). Los criterios se han ido modificando, sobre la base de resultados contradictorios proporcionados por expertos que diagnosticaban sin existir alteración de la memoria. Por ello, dichas modificaciones incluyeron este problema, priorizando el diagnóstico precoz a pesar del posible aumento de falsos-positivos. Teniendo únicamente claro que la alteración de la memoria exclusivamente no permite el diagnóstico de demencia, se estableció que al menos dos de las siguientes esferas debían estar alteradas: Memoria, Funciones ejecutivas, Habilidades visuales-espaciales, lenguaje y/o Personalidad o conducta (López-Ibor, Valdés, y American Psychiatric Association, 2002; Nitrini y Dozzi, 2012; Organización mundial de la salud (CIE-10), 1994).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de demencia del DSM-IV.

<p>A1. Deterioro de la memoria.</p> <p>A2. Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Afasia (trastorno del lenguaje)b) Apraxia (incapacidad de ejecutar movimientos coordinados)c) Agnosia (incapacidad de interpretar lo recibido a través de los sentidos)d) Deterioro de la función ejecutiva <p>B. Los déficits cognitivos causan un deterioro significativo laboral y/o social y representan deterioro significativo del nivel funcional previo del paciente.</p> <p>C. Los déficits no aparecen exclusivamente durante el delirium, aunque este puede superponerse a la demencia.</p> <p>D. Etiológicamente relacionada con una causa orgánica o a los efectos persistentes de una o varias sustancias.</p>

Tomado de López-Ibor, Valdés, y American Psychiatric Association, 2002

CLASIFICACIÓN Y CAUSAS DE LAS DEMENCIAS

Son numerosas y diferentes las formas en que se han clasificado las demencias utilizándose diferentes criterios, como por ejemplo:

- La edad presenil y senil.
- El perfil neurosicológico o neuropsiquiátrico que distingue entre una mayor o menor afectación de la memoria, lenguaje, comportamiento u otras funciones cognitivas.
- La localización neuroanatómica que clasifica según la afectación sea a nivel cortical o subcortical.
- La neuropatología que las clasifica según los depósitos de proteínas que se generan.

Se mantiene como la más utilizada la basada en la etiología, siendo muchas las enfermedades que afectando al sistema nervioso central del adulto, pueden causar demencia (Tabla 2).

Esta clasificación, apoyada en la localización neuroanatómica, nos presenta las demencias en tres grandes grupos: Primarias o degenerativas, vasculares y secundarias, encontrándonos en ocasiones con cuadros mixtos sin predominio de ninguna de las formas descritas, siendo la demencia mixta más común la causada por enfermedad de Alzheimer (EA) y demencia vascular (DV) (Gil y Martín, 2006; Gómez y García; Nitrini y Dozzi, 2012, Pascual, 2006).

Tabla 2. Clasificación de las demencias.

<p>Demencias degenerativas primarias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Predominio cortical: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Alzheimer. - Demencia frontotemporal: enfermedad de Pick, afectación C. estriado, degeneración lóbulo frontal, afectación neurona motora. - Degeneraciones focales: demencia semántica, atrofia cortical posterior, afasia primaria progresiva, prosopognosia progresiva, amusia y aprosodia progresiva, apraxia primaria progresiva. 2. Predominio subcortical: <ul style="list-style-type: none"> - Degeneración corticobasal. - Demencias por cuerpos difusos de Lewy. - Parálisis supranuclear progresiva. - Enfermedad de Parkinson- Demencia. - Enfermedad de Huntington. - Atrofias, multisistémicas. - Heredoataxias progresivas.
<p>Demencias vasculares</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demencia multiinfarto. - Demencia por infarto único en zona estratégica. - Enfermedad de pequeños vasos. <ul style="list-style-type: none"> o Estado lacunar. o Enfermedad de Binswanger. o Angiopatía cerebral amiloidea. o Enfermedad colágeno vascular con demencia. o CADASIL. - Demencia por hipoperfusión (isquemia-hipoxia). - Demencia hemorrágica: <ul style="list-style-type: none"> o Hemorragia traumática subdural. o Hematoma cerebral. o Hemorragia subaracnoidea. - Otros mecanismos vasculares.
<p>Demencias secundarias</p> <p>Metabólica: encefalopatía urémica, hepática, hipóxica e hipercápnica.</p> <p>Carencial: tiamina, ácido nicotínico, ácido fólico y vitamina B12.</p> <p>Endocrino: insuficiencia hipofisaria, hipo e hiperparatiroidismo, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal y síndrome de Cushing.</p> <p>Infeciosas: bacterias, micosis, vírica y priones.</p> <p>Mecanismo expansivo cerebral: tumor cerebral e hidrocefalia normotensiva.</p> <p>Fármacos: antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos, anticolinérgicos, antihistamínicos, benzodiazepinas, antidepresivos, litio, anticonvulsivos, antieméticos, antiseoretos, hipotensores, cardiotónicos, inmunosupresores y antiparkinsonianos.</p> <p>Tóxicos: alcohol, toxinas orgánicas, metales pesados y demencia diálisis aluminio.</p> <p>Postraumática: demencia postraumática y demencia pugilística.</p> <p>Psiquiátricas: depresión, esquizofrenia y reacción de conversión.</p> <p>Enfermedades del colágeno: sarcoidosis, bechet, lupus eritematoso sistémico y esclerodermia.</p> <p>Enfermedades por depósito: porfiria, leucodistrofias, enfermedad por depósito de lípidos y enfermedad de Wilson.</p> <p>Miscelánea: epilepsia y esclerosis múltiple.</p>

Tomado de Gil y Martín, 2006, pp.173-188

Demencias degenerativas primarias (DDP): se incluyen en este apartado las causadas por una enfermedad o trastorno que afecta primariamente al sistema nervioso central, pudiendo dañar también otros órganos.

Teniendo en cuenta el predominio de la lesión cerebral, diferenciamos los dos grupos principales de DDP, de tipo cortical, con un déficit en distintas áreas corticales, córtex sensorial (inatención, agnosia, alucinaciones), córtex motor superior (apraxias), córtex lingüístico (afasias), córtex entorrino-hipocampal (amnesias) y/o córtex frontal-prefrontal (alteraciones del comportamiento y la conducta) y de tipo subcortical con alteraciones en las regiones subcorticales (núcleo estriado, tálamo, sustancia blanca subcortical, núcleos del tronco, cerebelo) ocasionando como síntomas más característicos la bradipsiquia, apatía, alteraciones frontales, amnesia de carácter leve, trastornos motores y normalmente sin afasia, apraxia o agnosia, si presentes en las de tipo cortical (Gil y Martín, 2006; Gómez y García; Pascual, 2006; Salvador, 2000).

La presencia, en la mayoría de los casos, de una alteración cortical acompañante, hace que el término “subcortical” no sea del todo apropiado (Pascual, 2006), sirviendo como ejemplo lo que ocurre en uno de los tipos de demencia más representativos, la demencia por cuerpos de Lewy difusos (DCLD) que incluye uno o varios síndromes clínicos con características de la EA (cortical) y de la enfermedad de Parkinson (subcortical). Esto unido a que otra de las demencias con mayor prevalencia de tipo cortical, la fronto-temporal (DFT), generalmente cursa con afectación de los ganglios basales, normalmente del estriado, característico de las demencias de tipo subcortical, ha permitido hablar de demencias degenerativas corticales-subcorticales (Gómez y García, 2011).

Ya mencionados dos de los tipos de DDP con mayor incidencia y prevalencia (DCLD y DFT), es necesario referenciar la demencia considerada prototipo de las corticales, la enfermedad de Alzheimer (EA). Sus características clínicas y anatomopatológicas fueron descritas en 1906, por Alois Alzheimer, detallada en la octava edición del *Compendium der Psychiatrie* en 1910 y denominada Enfermedad de Alzheimer (EA) por Emil Kraepelin hace 100 años (López-Pousa, 2006). La EA supone hoy día el 70-80% de las demencias (GGPC, 2011; Gómez y García, 2011; López, et al, 2009) situándose como la primera causa de demencia. Se estima un

crecimiento exponencial en su prevalencia vinculado al envejecimiento de la población causado por el incremento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad (López-Pousa, 2006). Si a esto le sumamos que nos encontramos ante la séptima causa de muerte en países desarrollados y ante la única entre las diez primeras que carece de tratamiento preventivo y curativo, resulta difícil explicar cómo tan solo un 40% de las personas (53% en España) reconocen la enfermedad como mortal (Díez, Martínez y Salas, 2015; World Health Organization, 1995)

Vasculares y otras demencias secundarias:

La demencia vascular (DV) se define como una categoría etiológica de demencia debida a lesiones vasculares o a un déficit de la circulación cerebral.

En los últimos años se han identificado simultáneamente lesiones cerebrales degenerativas y lesiones de tipo vascular en personas que habían sufrido demencia, explicando una posible interrelación entre ellas y abriendo un amplio abanico entre las demencias puramente degenerativas y las vasculares (Ejemplo: Angiopatía amiloide, alteración vascular de la EA). Estos hechos hacen pensar, que en un futuro cercano, la DV constituirá la causa más frecuente de demencia, bien por ella misma o por el solapamiento con la EA, DCLD y otras demencias degenerativas (Frank-García, 2006).

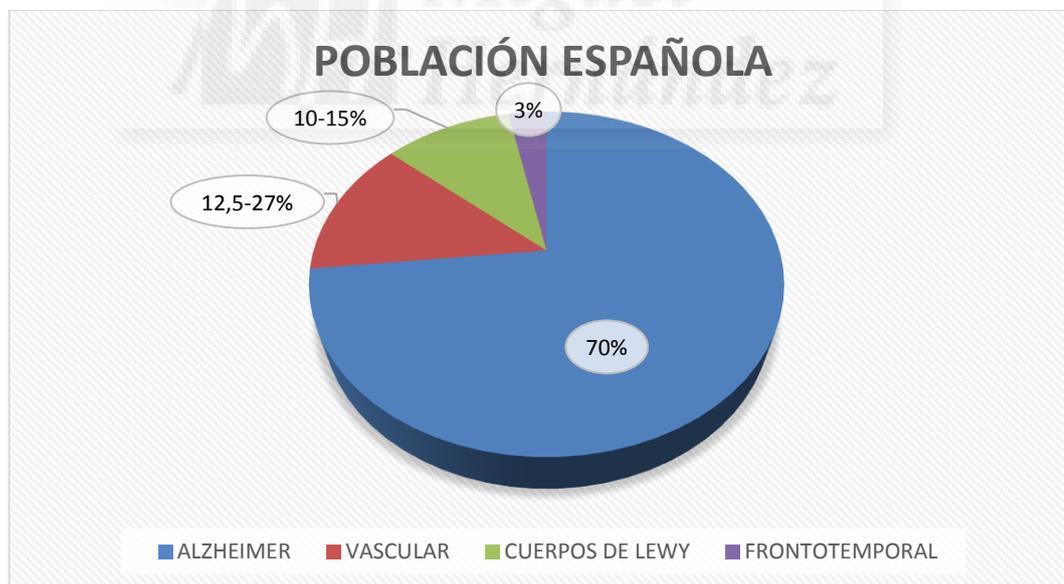
En relación a otras demencias secundarias, todo clínico tiene la obligación de excluir las causas secundarias de demencia antes de diagnosticar una DDP. Es entre estas causas donde se encuentran la mayoría de las reversibles y aunque la reversibilidad o cura clínica de estas causas sea baja (entre el 1 y 9% de los casos), los casos aislados nos obliga a realizar una buena criba (Pascual, 2006).

Debemos visualizar la demencia como una enfermedad multifactorial e irreversible que es causada por una sinergia entre factores genéticos y factores ambientales o factores de riesgo. En la actualidad, como ya sabemos, la edad es el principal marcador de riesgo. Otros factores de riesgo causantes y sobre los que las personas pueden interferir en mayor medida, son: el alcohol (Barranco-Quintana, Allam, Del y Navajas, 2005) considerado, por ejemplo el vino, como un cardioprotector y quimioprotector a dosis recomendadas, se ha llegado a asociar con menor incidencia de EA, siendo el efecto y resultado opuesto en el alcoholismo; factores tóxicos, como por ejemplo el monóxido de carbono y algunos grupos farmacéuticos como los

antibióticos, analgésicos, antidepresivos o neurolépticos, entre otros (Senties-Madrid y Estañol-Vidal, 2006); déficits de tiamina, vitamina B12 o ácido fólico y enfermedades infectocontagiosas o virus (VIH, meningoencefalitis, sífilis...) (Pascual, 2006; Senties-Madrid y Estañol-Vidal, 2006); factores relacionados con stress, depresión y nivel educativo (Arizaga et al., 1997; Llibre et al., 1999; Senties-Madrid y Estañol-Vidal, 2006); alimentación, por ejemplo una dieta insuficiente (Arizaga et al., 1997), y otros factores relaciones con patologías como traumatismo craneal, neoplasias o diabetes con hipoglucemias recurrentes (Arizaga et al., 1997; Pascual, 2006; Senties-Madrid y Estañol-Vidal, 2006; Abbott et al., 2010; Formiga, Reñe y Perez-Maraver, 2015).

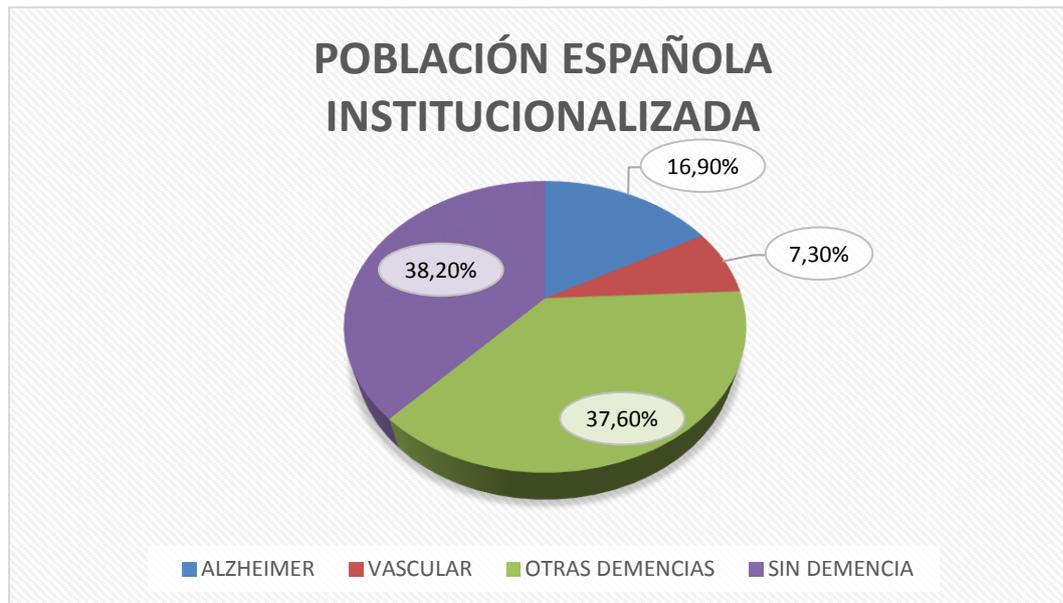
DISTRIBUCIÓN ENTRE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA Y POBLACIÓN ESPAÑOLA INSTITUCIONALIZADA

A continuación se muestra la distribución entre la población española de los cuatro tipos de demencia más representativos: Enfermedad de Alzheimer, Demencia vascular, Demencia por Cuerpos de Lewy y Demencia Frontotemporal (Gráfica 1) (GGPC, 2011; López et al., 2009).



Gráfica 1. Distribución de demencias en la población española.

En el siguiente gráfico, se muestra la distribución de la demencia en la población española institucionalizada (Gráfica 2) (GGPC, 2011; López et al., 2009).



Gráfica 2. Distribución de demencias en la población española institucionalizada.

Puede observarse en ambas representaciones gráficas, por un lado, la alta prevalencia de demencias tipo Alzheimer y vascular tanto en la población española en general como en la institucionalizada. Y por otro, el gran número de demencias sin etiquetar con un diagnóstico claro en los centros residenciales.

1.2. Cuidado profesional en centros sociosanitarios

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), define estos centros en 2003 como espacios abiertos, de desarrollo personal y con una atención continuada e interdisciplinar, donde viven, temporal o permanentemente, personas mayores por lo general con algún grado de dependencia psíquica y/o física que buscan una cobertura integral de sus necesidades (SEGG y Caja Madrid, 2003). Este último aspecto a primera vista puede chocar con el enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP) tan en auge y que busca no solo cubrir las necesidades sino fomentar las capacidades (Martínez, Suárez-Álvarez y Yanguas, 2016).

La ACP tiene su origen en la Terapia Centrada en el cliente de Carls Rogers, basada en la psicología humanística. Diferentes modificaciones han aproximado la Terapia Centrada en el cliente a otros ámbitos donde los profesionales interaccionan y ayudan a otras personas. En el campo profesional donde se desarrolla esta investigación, el enfoque está dirigido a la creación de unidades de convivencia como parte del modelo “Housing” y hacia la ACP, descrita por primera vez en 1997

por Tom Kitwood. Ambos enfoques pretenden orientar los centros gerontológicos hacia una adecuación ambiental y un modelo de trabajo que genere sensación de hogar y haga sentir a las personas usuarias como en su propia casa (Kitwood, 1997; Martínez, 2017).

En sus orígenes, Tom Kitwood fundó el Grupo de demencias de la Universidad de Bradford desde donde desarrollaron la metodología “Dementia Care Mapping” (Kitwood, Fox y Bradford Dementia Group, 1994). Esta metodología continúa hoy día en uso y permite identificar el patrón de conducta de las personas con demencia mediante la observación y registro para posteriormente establecer estrategias que mejoren la calidad de vida de la persona (Martínez, 2017).

No cabe duda que una asistencia individualizada aporta calidad al servicio y sobre todo a los usuarios, existiendo evidencias de que la ACP resulta eficaz en la reducción de la agitación en personas con demencia que residen en centros gerontológicos (Jeon et al., 2012; Sidani, Streiner y LeClerc, 2012; Stein-Parbury et al., 2012). Resultados como el anterior muestran el avance de la ACP con demencia respecto a estudios previos, donde se concluía que la voz de las personas con demencia continuaba ausente en las herramientas disponibles y que se requería más trabajo para un mayor compromiso con los puntos de vista de este perfil de personas (Edvardsson e Innes, 2010).

Por otro lado, no debemos olvidar las exigencias establecidas por las administraciones y la organización por procesos y protocolos que las entidades establecen. Esto debe ser considerado la base que aporte un pilar sólido y una ley de mínimos de ejecución a los profesionales. Aparentemente, la ACP y la actuación por procesos y protocolos parecen perspectivas de atención contrapuestas. Sin embargo, no son perspectivas opuestas. La búsqueda de la sinergia entre la sistematización y la personalización da como resultado la cobertura de los cuidados básicos, por un lado, mediante una planificación y trabajo por protocolos, generalmente en la dirección de solución de déficits; y, por otro, mediante una individualización de los recursos que satisfaga las necesidades y potencie las capacidades concretas de cada residente.

A nivel profesional puede resultar más operativo el trabajo basado en protocolos donde cumpliendo con lo establecido puede interpretarse que se están proporcionando cuidados de calidad y suficientes basados en la evidencia

documental. Mientras que para la búsqueda de la ACP no existen estrategias preestablecidas para ejecutarla, siendo las principales líneas de trabajo la observación y el análisis individualizado de cada situación (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez, Sancho, 2015).

Por otro lado, no se contempla una atención continua y de calidad en unidades de convivencia y en especial en las unidades de psicogeriatría, que no sea generada por un equipo interdisciplinar que tenga como objetivo dar respuesta, resolver un problema o analizar una situación demasiado amplia y compleja para ser tratada por una única disciplina.

Partiendo de unas competencias individuales relacionadas con la formación y cualificación de cada profesional, la organización correspondiente o el equipo particular, debe perseguir la sinergia de todas ellas para generar un estilo de trabajo participativo, integrado e interdisciplinar. Hay quien hoy día, contempla al equipo interdisciplinar como un lujo o producto ocasional, y otros, como el neurocientífico Jean Piaget, como la condición del progreso. Este estilo ha de favorecer la puesta en marcha o el desarrollo de las competencias que todo integrante de un equipo interdisciplinar de un centro gerontológico debería tener: visión global, trabajo en equipo, habilidades sociales, profesionalidad, negociación, dinamización, orientación al usuario-cliente, orientación a resultados, adaptación a cambios, capacidad de respuesta, organización del trabajo y liderazgo (SEGG y Caja Madrid, 2003).

En los últimos años en España, la creación de unidades específicas para personas con demencia y el trabajo en ellas basado en la ACP, ha mostrado resultados satisfactorios en los siguientes aspectos (SEGG y Caja Madrid, 2003):

- Retrasan el deterioro de la autonomía, potenciando la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y favoreciendo la realización de actividades significativas de manera espontánea.
- Reducen la ansiedad derivada del estrés ambiental o situacional.
- Favorecen la retirada de sujeciones físicas y la reducción de las sujeciones químicas. Ya son muchos los centros que trabajan sin sujeciones físicas en su totalidad y con unos indicadores de sujeciones químicas decrecientes.
- Mejoran los problemas de conducta.

- Aumentan las interacciones del equipo cuidador con el usuario y la familia.
- Disminuyen la rotación de personal por la unidad y aumentan la formación en el manejo de residentes con demencia.
- Aumentan la satisfacción de las familias respecto al cuidado.

Estos beneficios, no se obtienen simplemente con la ubicación de estos residentes en una zona concreta de la residencia y la colocación del nombre “Unidad de demencias/psicogeriatría”. Debe ir de la mano de:

- Un equipo de profesionales que marquen los criterios para el ingreso en la unidad.
- Un espacio arquitectónico diseñado para evitar accidentes (ingesta accidental de fármacos o tóxicos, caídas con consecuencias graves, quemaduras, fugas por desorientación, etc.).
- Personal formado, experimentado y especializado en el tratamiento y cuidado de personas con demencia.
- Una participación de la familia en la toma de decisiones y en el manejo del residente.
- Un proyecto de asistencia específica, adaptado a los déficit del residente y que potencie su autonomía.

El desarrollo del puesto de trabajo en centros que cuenten con unidades de psicogeriatría, con una metodología de trabajo que fomente la búsqueda de estrategias individualizadas para cada residente, con un sistema de gestión de la calidad establecido y certificado y con el compromiso de la organización, parece el escenario idóneo para el cuidado de personas con demencia. Sin embargo, es indispensable, conocer y trabajar sobre el equipo de profesionales de quién depende que todo lo anterior se traduzca en los cuidados adecuados.

RESUMEN

El envejecimiento progresivo de la población explica el incremento en las últimas décadas de la incidencia y prevalencia de personas diagnosticadas de demencia. La demencia incluye numerosas y diferentes formas de manifestación. Una de las clasificaciones más utilizada es la basada en la etiología, hablándose de

primarias o degenerativas, vasculares y secundarias a otras enfermedades. La enfermedad de Alzheimer es una demencia primaria cortical que supone el 70-80% de todas las demencias. Un 61,8% de las personas institucionalizadas tienen diagnosticada una demencia, siendo en la mayoría de los casos el motivo de ingreso en un centro sociosanitario.

Estos centros constituyen espacios abiertos, con una atención continuada e interdisciplinar, donde viven, temporal o permanentemente, personas mayores por lo general con algún grado de dependencia psíquica y/o física que buscan una cobertura integral de sus necesidades. Para ello, mediante un enfoque multidisciplinar, se ha de encontrar un equilibrio entre la sistematización y la personalización de los cuidados, en donde se integre la búsqueda de estrategias individualizadas para cada residente, con un sistema establecido de gestión de la calidad y con el compromiso de la organización, como marco de atención para el cuidado de personas con demencia.

Los datos expuestos y las necesidades especiales de cuidados centrados en la persona que este amplio número de personas requieren, hacen que resulte indispensable la investigación sobre todo lo que aporte conocimiento para generar estrategias de mejora de la actuación profesional y sus determinantes.

2. Representación mental de la enfermedad

Una representación mental es un esquema cognitivo, una serie de cogniciones sobre un objeto. En el contexto de la salud, es un conjunto de ideas, creencias, conocimientos, actitudes, entre otras, en relación con la experiencia subjetiva de una enfermedad, o de una amenaza para la salud. El estudio de las representaciones mentales en este contexto se ha desarrollado desde diferentes disciplinas como la sociología (Hardley, 1998), la antropología médica (Kleinman, 1988; Kleinman y Seeman, 2000) y la psicología de la salud (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Lazarus y Folkman, 1984), entre otras. Desde las perspectivas de la antropología y la sociología médicas se ha investigado esta cuestión en el marco de los modelos explicativos sobre todo con metodologías cualitativas y también mixtas (Haidet et al., 2008). La investigación en psicología de la salud ha utilizado métodos principalmente cuantitativos y también metodologías mixtas (Cameron y Chan, 2008; Cameron, Durazo y Rus, 2016).

Este trabajo se enmarca en el ámbito de la psicología social de la salud y desde el marco de los modelos sociocognitivos. Estos modelos plantean que diferentes factores sociocognitivos (creencias, actitudes, conocimientos) y socioambientales son la base de la elaboración cognitiva que realizan las personas para auto-regularse. Estos factores, organizados en una estructura de relaciones concreta, son los que explican las conductas y otros resultados ante diferentes situaciones estímulares. Por ello, constituyen una base importante para comprender las conductas en general, y las conductas de salud y enfermedad, en particular (Conner y Norman, 2005). La auto-regulación se produce en el marco de los procesos de socialización, donde las personas elaboran y procesan la información, generando auto-percepciones con coherencia entre sus conceptos, metas, conductas y resultados. Para la mayoría de conductas cotidianas, las cogniciones guían la conducta de forma implícita, con frecuencia sin esfuerzo cognitivo, por debajo del nivel consciente. Por ello, constituyen muchas veces características estables, y es en el caso de situaciones nuevas cuando se recurre a un procesamiento más consciente o a una reelaboración de la información más profunda (Conner y Norman, 2005).

El modelo de auto-regulación (Leventhal et al., 1980; Leventhal, Nerenz y Steele, 1984; Leventhal, Brissette y Leventhal, 2003) es una teoría sociocognitiva que

integra procesos cognitivos, emoción y auto-regulación para explicar la estructura de las representaciones mentales como guía para las respuestas ante una determinada condición de salud. Este modelo subraya el procesamiento continuo y recíproco que permite a un individuo ser sobretodo un “observador” y hacer juicios e inferencias basadas en la observación, más que de forma automática o sobre la base únicamente de sesgos cognitivos, y entonces modificar su propia conducta según lo necesite para las metas deseadas. Por ello, el objetivo importante de este modelo es comprender cómo las personas realizan estos procesos para autorregular su conducta en función de sus metas (Meade & Cronin, 2012; Leventhal et al., 2003).

En primer lugar, realizaremos un resumen del modelo de autorregulación y en segundo lugar, revisaremos la investigación aplicada a la representación mental de la demencia.

2.1. Modelo de Leventhal de la representación de la enfermedad

El modelo de autorregulación de la salud y la enfermedad de Leventhal (Leventhal et al., 1980; Leventhal, et al., 1984) se ocupa de cómo las personas elaboran sus teorías implícitas sobre las enfermedades, y cómo esas representaciones mentales conducen las respuestas a las experiencias vinculadas con la enfermedad o con cualquier amenaza de la salud. Las representaciones mentales de una enfermedad (RM) constituyen una serie organizada de creencias de cómo la enfermedad afecta al individuo y al desarrollo de actividades y experiencias diarias. Así, las personas se auto-regulan y elaboran sus propias teorías implícitas, que pueden coincidir o no con la realidad médica. Es por ello por lo que el modelo toma también el nombre de “Modelo de Sentido Común” Leventhal et al., 1984; Leventhal et al., 2003).

Por lo general, las representaciones mentales se activan cuando el individuo recibe el diagnóstico y/o presenta signos, síntomas o cualquier otra señal que le indique que está enfermo. También pueden ser evocadas por personas asintomáticas, o libres de enfermedad, o que están en riesgo de padecerla, siendo casi imposible que cualquiera de nosotros, no tenga su RM de patologías como el cáncer, el infarto, la anorexia o la demencia, entre otras muchas (Cameron et al., 2016). Una RM inexacta puede conllevar errores en el manejo de la enfermedad. Y con frecuencia, las representaciones del riesgo que una persona tiene de padecer una enfermedad

discrepan de las estimaciones de riesgo real, traduciéndose en un uso inadecuado de procedimientos y conductas de cuidado de salud (Cameron, 2008; Cameron y Moss-Morris, 2010).

Para comprender cómo los individuos generan esas creencias o teorías acerca de los problemas de salud, y cómo éstas guían sus respuestas ante experiencias con la enfermedad u otras amenazas a la salud, el modelo propone dos procesos paralelos y parcialmente independientes: un proceso cognitivo que se dirige a regular la amenaza de salud y un proceso centrado en la emoción que se dirige a regular las consecuencias emocionales de la información relacionada con la salud. Estos dos procesos implican sustratos distintos pero altamente interactivos.

Ambos procesos comparten dos fases clave: cómo se representa la información estimular (percepción e interpretación de la información) y cómo se traduce en una respuesta conductual, que producirá determinados resultados (Leventhal et al., 2003; Leventhal et al., 2012; Hagger y Orbell, 2003) (figura 1). En relación a la primera fase, el modelo propone que el impacto de cualquier información nueva de amenaza o riesgo, depende de cómo encaje esa información en las representaciones de la enfermedad que la persona tiene elaboradas previamente. La interacción de la información nueva con las representaciones previas, pueden modificar, o no, dichas representaciones y generar una nueva imagen de la condición de salud (RM) o de la emoción (RE).

En relación a la segunda fase, el modelo establece que una representación de la amenaza, activa un modo de afrontamiento para manejar la amenaza, tal y como es representada, o para manejar la emoción, tal y como es percibida. El afrontamiento se refiere a las respuestas conductuales que la persona utiliza para la autorregulación, siendo en todo momento coherente la relación entre los contenidos de estas conductas y los contenidos de las representaciones mentales.

Un nuevo estímulo (aparición de síntomas o nueva información relativa a la enfermedad), activa las representaciones cognitivas previas de la enfermedad (RM) almacenadas en la memoria y paralelamente puede inducir las respuestas emocionales, iniciándose los dos procesos paralelos mencionados. Por ello también se conoce con el nombre de Modelo de Respuesta Paralela (Leventhal et al., 1980; Leventhal et al., 2003; Leventhal et al., 2012).

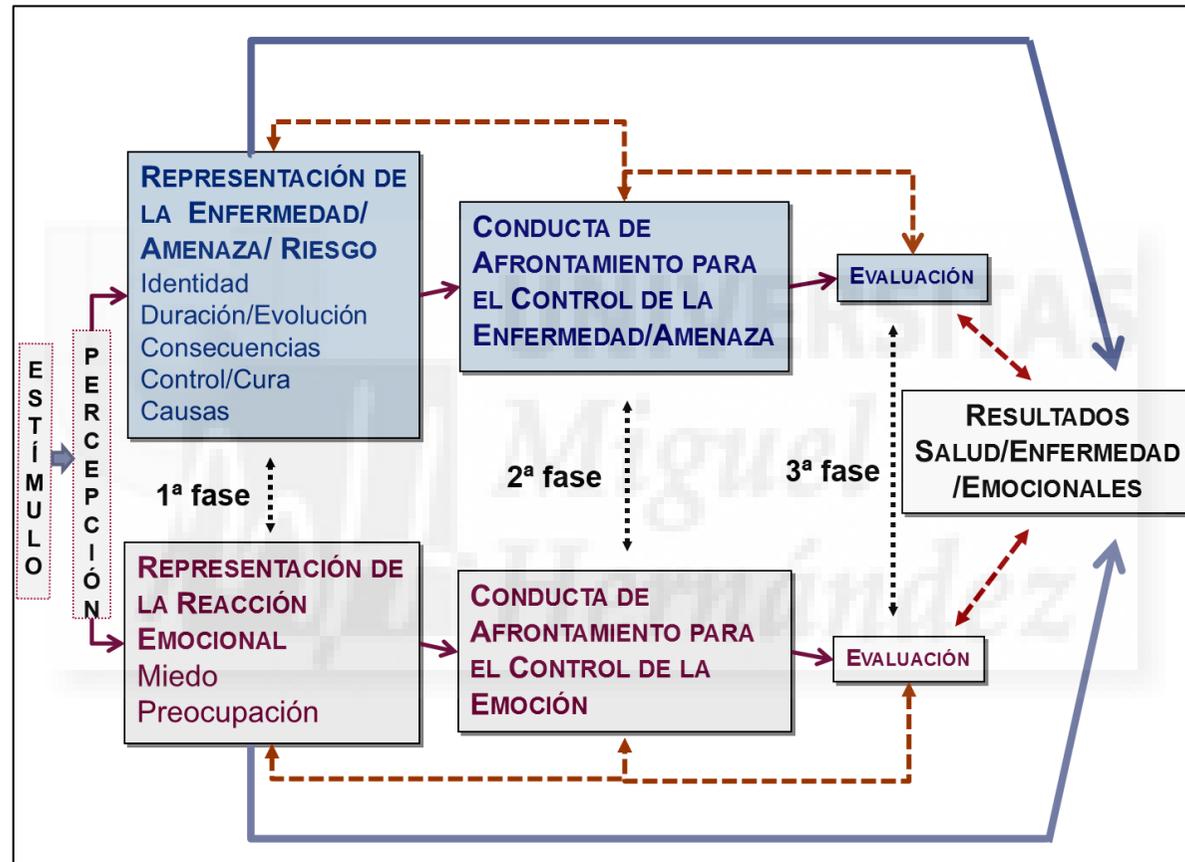
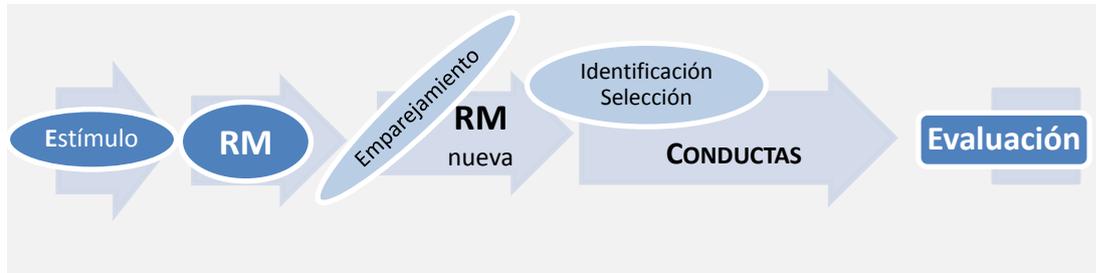


Figura 1. Modelo de Autorregulación.

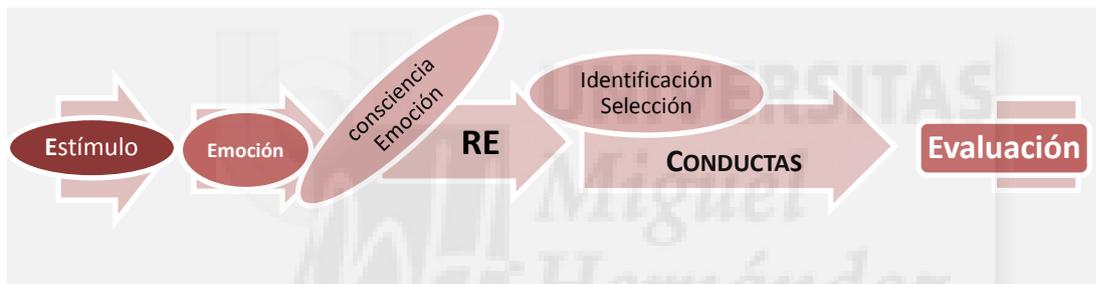
Respecto del proceso de control de la amenaza (Figura 2), el estímulo genera el replanteamiento de la RM, mediante el emparejamiento e integración de la nueva información con las creencias preexistentes, pudiendo generar una nueva representación. Esta nueva RM guía la identificación, selección y uso de conductas de afrontamiento para controlar la amenaza o para manejar la enfermedad o el riesgo. En la etapa final, se evalúan los resultados, es decir, el éxito de las acciones en términos de control de la enfermedad o riesgo y sus consecuencias. Las evaluaciones de resultados retroalimentan la información previa, conduciendo a la modificación de la RM y a una nueva selección de formas de manejo (Pastor y López-Roig, 2015).

En el proceso de control de la emoción (Figura 3), el estímulo también activa una respuesta emocional (Ej.: miedo ante un síntoma, como pérdida de memoria no habitual, que nos hace pensar en un problema, como un Alzheimer). La consciencia de la respuesta emocional o representación de la reacción emocional (RE) es la que en este proceso guía la selección y el uso de estrategias para controlar las emociones generadas. Finalmente se evalúan, en cuanto a su éxito, los esfuerzos utilizados para el control de las emociones. Estas evaluaciones guían los esfuerzos en posteriores regulaciones emocionales (Leventhal et al., 2003; Leventhal et al., 2012; Pastor y López-Roig, 2015).



(Tomado de Pastor y López-Roig, 2015).

Figura 2. Proceso de control de la amenaza. Modelo de Autorregulación.



(Tomado de Pastor y López-Roig, 2015).

Figura 3. Proceso de control de la emoción. Modelo de Autorregulación.

La continua exposición a diferentes fuentes de información (medios de comunicación, educación escolar, experiencias personales propias y de otros...) provoca que el ser humano genere sus RM. Esta información se puede clasificar en tres fuentes básicas (Pastor y López-Roig, 2015):

- Información informal: (no experta) proviene de interacciones sociales y culturales.
- Información proveniente de personas significativas para el sujeto o con autoridad, por ejemplo, los padres. Esta parte de la información puede derivar también de discusiones con otras personas sobre las causas y consecuencias de la enfermedad y/o de las interacciones con el personal sanitario y la interpretación que se haga de la información recibida en las visitas médicas.
- Información generada de la propia experiencia con la enfermedad, es decir, los síntomas, sus consecuencias y el conocimiento que el individuo tiene de la efectividad de los medios que ha utilizado en otras ocasiones para controlar los signos y síntomas.

CONTENIDOS DE LA REPRESENTACIÓN MENTAL DE LA ENFERMEDAD

Como hemos comentado, las RM de una enfermedad son conjuntos de creencias que se organizan en la memoria como modelos mentales sobre qué es la enfermedad y cómo afecta a la persona. Estas creencias varían en el nivel de elaboración de su contenido. Pero, independientemente del grado de detalle, estudios llevados a cabo sobre distintas enfermedades apoyan la necesidad casi universal que tienen las personas de comprender la experiencia de enfermedad, encontrándose en diferentes culturas y grupos sociales contenidos de creencias que se refieren a los síntomas, causas, evolución, consecuencias y control de los tratamientos (Kleinman, 1988; Kleinman y Seeman, 2000).

El modelo de auto-regulación comparte con los trabajos de otras perspectivas, la relevancia de esos tipos de creencias, concretándose la RM en esas mismas cinco cualidades, dominios o componentes clave (Leventhal et al., 2003; Cameron y Moss-Morris, 2010; Weinman, Petrie, Moss-Morris, y Horne, 1996): Identidad, Causa, Duración/evolución, Consecuencias y Cura/Controlabilidad.

Las creencias de **Identidad**, se refieren a lo que define la enfermedad, diagnóstico o etiquetado y los síntomas que se le asocian. Es habitual describir una enfermedad por las experiencias físicas asociadas a ella y que este conjunto de síntomas tengan una estructura prototípica. De este modo, al experimentar síntomas, buscamos mediante el emparejamiento con una de nuestras RM previas si estamos ante una enfermedad concreta. Si la serie de síntomas casa con una de las RM, se etiquetará fácilmente la enfermedad. Si sólo se emparejan algunos síntomas, se dificulta la identificación de la enfermedad, teniendo en cuenta, además, que una patología puede generar diferentes síntomas según el individuo.

La asignación errónea de síntomas a una determinada enfermedad conduce a conductas inapropiadas para su manejo, como retraso en la búsqueda de ayuda. El inicio y cese de los síntomas de la enfermedad asociados a la RM, puede ser utilizado como criterio para iniciar o parar un tratamiento. La adhesión al tratamiento aumenta cuando el/los síntomas son nuevos, aspecto que no garantiza un indicador fiable de la enfermedad (Cameron y Moss-Morris, 2010).

Las creencias sobre la **Causa** se refieren a la etiología, a lo que conduce a padecer la enfermedad. Suponen la percepción de procesos y factores o condiciones relevantes en su aparición y evolución. Encontrar lo que causa una enfermedad da sentido a la experiencia y proporciona predictibilidad y control, es decir, permite anticipar la experiencia y valorar la posibilidad de que podamos realizar cambios para prevenir o mejorar su evolución.

En cualquier caso, la necesidad de encontrar causas es variable. Para ciertas enfermedades, como la diabetes, se pueden encontrar frecuencias bajas de elaboración de atribución causal. Mientras que en otras, como cáncer de mama, casi todas las pacientes desarrollan creencias causales, que coinciden en grado variable con la evidencia (Taylor, Lichtman y Wood, 1984). En este sentido, el estrés es una de las causas frecuentes a las que se atribuye el cáncer (Leventhal et al., 1984; Taylor et al, 1984), y otras muchas enfermedades, como cardíacas (French, Senior, Weinman y Marteau, 2001) y reumatológicas (Moss-Morris et al., 2002), entre otras.

Además de factores emocionales como el estrés, otro tipo de causas son biológicas (virus, bacterias), susceptibilidad biológica interna (sistema inmunológico, factores

hereditarios), psicológicos (actitudes mentales, carácter), las acciones de otras personas, el ambiente (ej. polución), el destino o mala suerte y la propia conducta (Cameron y Moss-Morris, 2010).

Las creencias causales pueden predecir los comportamientos y los resultados de salud. Las creencias de que las causas son estables e incontrolables (como la inteligencia, la polución ambiental) se asocian con el uso de afrontamiento evitativo y pobre ajuste físico y emocional. Mientras que las atribuciones a causas internas, inestables y controlables (tomar una medicación, hacer dieta...) se asocian con afrontamiento adaptativo centrado en el problema y en la emoción y con mejor ajuste (Roesch y Weiner, 2001). La atribución causal al estrés y a otros factores psicológicos aumenta la probabilidad de uso de tratamientos complementarios y alternativos (masajes, yoga, homeopatía) (Bishop, Yardley y Lewith, 2007). Las atribuciones a dieta y ejercicio se asocian con cambios saludables en esos hábitos, como por ejemplo en pacientes que han sufrido infarto de miocardio (Martin et al., 2005). Las personas que creyeron, por ejemplo, que la causa de la obesidad es la sobrealimentación se implicaron más en cambios de dieta que las que creyeron que la obesidad se asocia a falta de ejercicio y, finalmente, disminuyeron su índice de masa corporal (McFerran & Mukhopadhyay, 2013).

Las creencias sobre la **Duración/evolución** hacen referencia a la permanencia, la manifestación en cuanto a períodos temporales y a la estabilidad de la enfermedad en el tiempo. Las personas clasifican las patologías según su durabilidad en agudas (ej: una gripe); cíclicas, con recidivas (ej. migraña); y crónicas (ej. diabetes). Los estudios aplicados a distintas enfermedades apoyaron la pertinencia de concretar la evolución temporal en dos dimensiones: **Curso agudo/crónico** y **Curso cíclico** (Moss-Morris et al., 2002).

En la misma línea que las creencias sobre la causa, la clasificación según la durabilidad de las patologías también es un factor influyente en la adhesión al tratamiento. En ocasiones son necesarias varias recidivas de una enfermedad crónica para que la persona la asuma y siga las indicaciones al completo. La diabetes o el asma, son ejemplos de patologías crónicas que en ocasiones son entendidas como cíclicas por las personas, generando dejadez en el uso de los tratamientos preventivos

(Cameron y Moss-Morris, 2010). Y sin embargo, una enfermedad crónica implica en muchos casos aceptar que la enfermedad puede no tener cura y que los síntomas han de manejarse desde su inicio y a lo largo de mucho tiempo.

Las **Consecuencias** de la enfermedad trascienden el componente de los síntomas constituyendo creencias sobre el impacto de la enfermedad sobre distintas dimensiones y aspectos vitales, como el bienestar físico, social, económico y psicológico (ej., estatus funcional, discapacidad, estado emocional, relaciones sociales, entre otras muchas).

La percepción de las consecuencias de una enfermedad predice de modo importante las respuestas conductuales y el ajuste a la enfermedad. Aunque trascienden el componente de identidad, sin embargo, las creencias sobre las consecuencias van ligadas a la experiencia vivida con los síntomas. Si son percibidos como incapacitantes, la tendencia es hacia identificar la enfermedad como más grave. Este aspecto hace que enfermedades con un curso silente en sus comienzos provoquen que los pacientes vean su enfermedad como menos grave y se impliquen menos en su autocuidado, pudiendo generar evoluciones muy negativas (ej: consecuencias tardías de la diabetes, como ceguera, amputaciones, fallo renal) (Cameron y Moss-Morris, 2010).

En el caso de patologías cuya etiología no está definida (ej. la fatiga crónica o la fibromialgia), son los pacientes los que experimentan síntomas importantes en intensidad y frecuencia, y vinculan su enfermedad con un amplio rango de consecuencias. Sin embargo, pueden ser percibidas por los profesionales sanitarios como menos serias, lo que explica las dificultades para obtener un diagnóstico en este tipo de problemas (Pastor, Lledó, Pons, y López-Roig, 2011).

Por otro lado, dependiendo de la patología, las creencias en consecuencias serias pueden resultar más o menos adaptativas. Puede ocurrir, por ejemplo, que en pacientes con artritis reumatoide, las creencias en consecuencias adversas se asocien con más visitas a consultas, más cansancio y más ansiedad (Cameron y Moss-Morris, 2010). O que, por ejemplo la percepción de consecuencias serias suponga mayor adhesión a un programa de rehabilitación cardíaca (French, Cooper, y

Weinman, 2006), o a las prescripciones de inyección de insulina, frecuencia de control glucémico y ejercicio en diabetes tipo I (McGrady, Peugh y Hood, 2014).

Los contenidos de la **Cura/controlabilidad** son un conjunto de creencias de control percibido sobre las posibilidades de modificar la existencia del riesgo o la enfermedad y sus consecuencias. Hacen referencia a la medida en que las enfermedades pueden controlarse o curarse mediante tratamientos y conductas (ej.: medicación, dejar de fumar, control del estrés...). Este aspecto está estrechamente relacionado con la percepción de la gravedad de la enfermedad, de modo que a mayor percepción de gravedad, menor es la percepción de que pueda controlarse o curarse. En el mismo sentido que las consecuencias, las personas con mayor sensación de control, pueden estar más preparadas para implicarse en programas terapéuticos que aceleren su recuperación o eviten recaídas (McGrady et al., 2014).

Dada la importancia de la percepción de control por su relación con la salud y la existencia de multitud de constructos que lo incluyen (Skinner, 1996), resulta relevante que la dimensión inicial de Cura/controlabilidad se concretara posteriormente en otras dos dimensiones: **Control personal** y **Control del tratamiento** (Moss-Morris et al., 2002). El control personal incluye creencias de que las propias acciones ayudaran al control de la enfermedad, mientras que el control del tratamiento incluye creencias de que los tratamientos prescritos serán eficaces para el control de la condición. Es decir, las primeras son creencias de autoeficacia, mientras que las segundas son creencias sobre la eficacia o expectativas de resultados de los tratamientos. Las creencias de control han mostrado relación directa con la adhesión a los tratamientos (Hagger y Orbell, 2003) y con el bienestar físico y psicológico (Skinner, 1996).

Un aspecto importante de una representación de la enfermedad ya comentado es su coherencia, es decir, la medida en que las creencias que configuran la representación encajan unas con otras, de modo que los distintos componentes de la RM de la enfermedad se combinan teniendo sentido y además se vinculan de forma coherente con las conductas de manejo. Así, por ejemplo, las creencias de que una enfermedad durará mucho y que tiene numerosos síntomas tienden a asociarse con consecuencias más severas y con creencias de control de la enfermedad más bajas (Weinman et al.,

1996). O por ejemplo, las representaciones de una patología que incluyen “causas genéticas” son a menudo vistas como menos controlables que las amenazas producidas por causas medioambientales o de conducta, independientemente de que las prescripciones puedan ser igual de efectivas en ambos casos (Marteau y Weinman, 2006). Por ello, cuando las personas no tienen una conexión clara y coherente entre la RM y la conducta de manejo, la información para aumentar la adhesión ha de enfatizar ese mecanismo de conexión de forma detallada (Marteau y Weinman, 2006).

Las **emociones** juegan un importante papel en las cogniciones de enfermedad. Las RE pueden evocar experiencias emocionales potentes y esas experiencias pueden influir significativamente en las respuestas conductuales y en el ajuste a la enfermedad. Cogniciones y emociones interactúan mutuamente: las RM de una enfermedad pueden activar emociones (preocupación, miedo); y las emociones pueden influir en las RM (figura 1). Así, el estado de ánimo puede modificar la percepción e interpretación de síntomas físicos. Es posible que las emociones, los estados de ánimo, funcionen como indicadores de la propia actuación: si la persona se siente feliz, esto se asocia a que está haciendo bien las cosas y que hay poco peligro o poco de qué preocuparse (Cameron y Morris, 2010). Es también posible que el ánimo positivo estimule la autoconfianza en la capacidad para protegerse o controlar peligros potenciales. Por otra parte, es posible que el ánimo negativo intensifique la auto-focalización y esto incremente la consciencia de los síntomas y estimule las preocupaciones relativas a la salud-enfermedad (Cameron y Morris, 2010). Finalmente, los procesos de memoria congruentes con las emociones pueden hacer que los estados de ánimo negativos aumenten la accesibilidad en la memoria de las preocupaciones y pensamientos relacionados con la salud (Cameron y Morris, 2010; Marteau y Weinman, 2006). A pesar de la importancia, existe escasa investigación sobre los procesos de regulación emocional en el contexto del modelo.

El modelo de auto-regulación ha tenido una importante aplicación a una amplia variedad de enfermedades crónicas (Hagger y Orbell, 2003) incluyendo enfermedades neurodegenerativas (Eccles, Murray y Simpson, 2011; Helder et al., 2002). En muchas enfermedades crónicas, para obtener resultados óptimos en la

evolución y en la prevención de complicaciones, se necesita una buena adhesión a tareas de auto-manejo (por ej., medición de tensión arterial, control de peso, movilidad, ejercicio, etc.). Las diferencias que se encuentran en las conductas de adhesión pueden ser en parte explicadas por diferencias en las representaciones de la enfermedad. La investigación aplicada muestra la asociación de determinados contenidos de esas percepciones con las conductas de manejo de la enfermedad y a su vez, la relación de esas conductas con resultados de salud. Pero también hay evidencia suficiente para apoyar una importante relación directa entre las representaciones de la enfermedad y distintos resultados de bienestar físico, psicológico y social (Cameron y Moss-Morris, 2010; Hagger y Orbell, 2003). Así, diferentes trabajos reflejan esa asociación directa entre diferentes dimensiones de la RM y resultados de salud, sin que las conductas de manejo o afrontamiento medien entre ambos (Groarke, Curtis, Coughlan y Gsel, 2005; Helder, et al., 2002; Law, Kelly, Huey y Summerbell, 2002; Moss-Morris, Petrie y Weinman, 1996; Quiles y Terol, 2011; Rutter y Rutter, 2002; Scharloo et al., 1998).

2.2. Representación mental de la demencia

La aplicación original del modelo de sentido común de Leventhal se ha centrado tradicionalmente en el estudio de las RM en personas con una enfermedad, o en personas con riesgo de padecerla. Su aplicación en personas sanas (Figueiras y Alvers, 2007), en familiares o cuidadores (Olsen, Berg y Wiebe, 2008) y en profesionales de la salud (Pastor, López-Roig y Johnsnton, 2012) es más reciente.

Por otro lado, respecto a la aplicación de estudios dirigidos a la RM de la demencia, la mayoría se centran en la Enfermedad de Alzheimer (EA) (Anderson, McCaul, y Langley, 2011; Marchwick, Domone, Leroi, y Simpson, 2014; Roberts y Connell, 2000; Shinan-Altman, Werner, y Cohen, 2014; Shinan-Altman et al., 2016), lo cual no sorprende si tenemos en cuenta que esta patología supone más del 70% de las demencias.

ESTUDIOS CON PACIENTES

Hasta donde sabemos, hay escasos trabajos sobre representación mental de la demencia con pacientes, que además se han realizado en etapas tempranas de la

enfermedad, con diagnósticos de EA leve o moderada. De acuerdo con el modelo de Leventhal, las personas tratarán de dar sentido a su experiencia de enfermedad. Como se sabe, se tiene evidencia escasa sobre el papel factores de riesgo claros, relacionados con la edad y factores genéticos. Es esperable que cuando no hay causas claramente establecidas, las atribuciones causales sean variadas y la comprensión de la enfermedad sea más difícil (Benyamini, Leventhal y Leventhal, 2007). En muchos casos las personas con demencia realizarán esas atribuciones tomando como referencia sus experiencias previas de enfermedad física (Marchwick, Domone, Leroi, y Simpson, 2014).

En uno de los estudios encontrados, los pacientes etiquetaron su situación como “problemas de memoria o de olvido”, y utilizaron el etiquetado de “demencia” o de “Alzheimer” en 5 de los 22 casos (Clare, Goater y Woods, 2006). Sin embargo, dos de los participantes afirmaron explícitamente que su problema no era “Alzheimer”, a pesar de tener ese diagnóstico.

En general, las personas con demencia tienen dificultad para identificar la causa de su problema, ya que se vive como una condición crónica, con un comienzo lento, lo que hace difícil una atribución causal a cualquier acontecimiento o situación específica (Matchwick et al., 2014). En el estudio de Clare et al. (2006), los síntomas experimentados se atribuyeron al curso normal del envejecimiento, al que se asocia un deterioro progresivo de la memoria pero no a tener una enfermedad. Otras atribuciones causales fueron el estrés laboral en años previos, la herencia y traumatismos cerebrales. Un tercio percibió un curso progresivo en relación con el envejecimiento y, en otros casos, independientemente de esta causa, un tercio se percibió con alta probabilidad de deterioro, mientras que el resto percibió su condición como estable (Clare et al., 2006).

Respecto a la dimensión de control, los pacientes de más edad en el trabajo de Clare et al. (2006) tendían a pensar que no era posible hacer nada y fueron los que menos estrategias de control llevaban a cabo, presentando niveles más altos de ansiedad y depresión. En otros casos, habían incorporado como medio de control estrategias prácticas, como escribir sus pensamientos y acciones para practicar la memoria, o mantener la normalidad de sus rutinas o apoyarse en otras personas, pero también evitar actividades difíciles en relación con sus dificultades (Clare et al., 2006). El uso

de estrategias de control personal conductual se relaciona con la necesidad de percibir que se puede modificar los síntomas (Clare et al., 2006; Preston, Marshall y Bucks, 2007).

ESTUDIOS CON PERSONAS SANAS

En estudios realizados con personas sanas, se han encontrado como causas más frecuentes de la EA el estilo de vida, la herencia y la inactividad mental (Anderson et al., 2011). Pero también otras causas como la “debilidad de carácter” y la “pereza” (Low y Anstey, 2009). Cuando se han comparado grupos de edad, el estilo de vida es una causa más frecuente en los más mayores (58 a 89 años), mientras la herencia, la edad y la disfunción cerebral lo fue para los más jóvenes (18 a 38 años) (Anderson et al., 2011).

En este último estudio, los de mayor edad se percibieron con menor riesgo de padecer EA. Así, mientras que los más jóvenes pensaban que no había nada que se pudiera hacer para prevenirla, en el grupo de mayor edad la creencia de que se podía hacer algo para evitarla fue mayor y estaban más dispuestos a utilizar el “mantenerse socialmente activos”, como conducta preventiva, además de la “actividad mental” y el buen “estilo de vida” (Anderson et al., 2011). Las estrategias de estimulación mental o “mantener el cerebro activo” aparecen también como uno de los principales mecanismos de control de la EA en otros estudios con adultos (Low y Anstey, 2009), con personas mayores sanas (Roberts et al., 2003) y personas mayores residentes en un centro (Morano y DeForge, 2004).

En un estudio con personas sanas sobre intención de búsqueda de ayuda profesional en el caso de vivir situaciones de personas con déficits cognitivos, esa intención fue menor si identificaban el problema como “estrés” o si se hacía atribución a causas psicológicas. Un mayor etiquetado del problema como “demencia” se relacionó con la percepción de gravedad de los síntomas y con la percepción de consecuencias importantes y permanentes (Hamilton-West, Werner, y Cohen, 2014).

ESTUDIOS CON CUIDADORES

En el contexto del cuidado informal, la comprensión de la demencia y otros aspectos de su RM pueden influir en sus respuestas ante la persona que cuidan y en los resultados emocionales, entre otros. Concretamente, la RM de los cuidadores puede

interferir en cómo interpretan las conductas que observan en la persona que cuidan. Así, atribuir síntomas como conductas problemáticas a la persona y no a la enfermedad, como por ejemplo, creer que se trata de conductas manipuladoras, genera resentimiento y depresión (Martin-Cook et al., 2003).

Un estudio con familiares de primer grado, cuidadores de personas con demencia (Roberts y Connell, 2000), mostró que tenían buenos conocimientos de la enfermedad, pero que tenían algunas concepciones erróneas y poco realistas de las posibilidades de los tratamientos. Concretamente el factor hereditario se percibió como la principal causa de la demencia y, por tanto, como una amenaza para su salud en el 75% de las mujeres (Roberts y Connell, 2000).

En otro trabajo más reciente la mayoría de los cuidadores etiquetó la enfermedad utilizando el diagnóstico médico, o con etiquetados basados en los síntomas, como “problemas de memoria” o “pérdidas de memoria a corto plazo” (Quinn, Jones, y Clare, 2016). Es posible que este tipo de etiquetados resulte menos estigmatizante que el uso del término “demencia”, aunque con ello se pierda también el sentido de gravedad de estos problemas. Resulta relevante la incertidumbre que presentaron los cuidadores respecto de la causa, el curso y la controlabilidad de la demencia. La explicación predominante fue causa biológica, mientras que la herencia, la edad, el estilo de vida, acontecimientos vitales y el medio ambiente fueron los factores contribuyentes principales. Pocos cuidadores identificaron acciones que la gente podría hacer para manejar la condición de la demencia, y en otros casos pensaban que no podía hacerse nada. El control atribuido al tratamiento fue variable y presentaban una importante incertidumbre respecto al curso o evolución de la demencia (Quinn et al., 2016).

Cuando se ha comparado la percepción de enfermedad de pacientes y cuidadores familiares, se encuentran discrepancias. Por ejemplo, los pacientes con deterioro cognitivo leve perciben menor gravedad y más control que sus familiares, en los cuales, la percepción de más consecuencias se relacionó con mayor distrés emocional (Lingler, Terhorst, Schulz, Gentry y Lopez, 2016).

Estos resultados apoyan la necesidad de incrementar la educación sanitaria para corregir conceptos sobre la herencia genética y para difundir información sobre tratamientos eficaces. Igualmente subrayan la relevancia de ajustar la información a

la RM que tienen sobre la demencia, cuestión en la que tienen un papel relevante los profesionales de la salud.

ESTUDIOS CON PROFESIONALES

Los trabajos realizados con profesionales en distintos problemas crónicos sugieren que las representaciones de la enfermedad que tengan pueden ser un elemento importante que influya en la atención que se proporciona (Heijmans et al., 2001; Insel, Meek, y Leventhal, 2005; Pastor et al., 2012).

En un estudio que comparó la percepción de la EA de profesionales de enfermería y trabajo social, que trabajan en centros hospitalarios y sociosanitarios, los síntomas que identificaron con mayor frecuencia fueron los problemas cognitivos: pérdida de memoria, desorientación en tiempo y espacio y problemas de juicio. Otros síntomas como problemas de lenguaje o delirios fueron relacionados con la EA por menos de un 60%. Ambos colectivos percibieron la EA como una enfermedad crónica asociada a graves consecuencias y a baja percepción de control. A pesar de esta percepción de la EA, en estos profesionales el grado de representación emocional negativa (RE) fue moderado. La atribución causal se relacionó sobre todo con factores de riesgo, como herencia, tabaco y alcohol. El personal de enfermería atribuyó más causas psicológicas que el personal de trabajo social, mientras que estos últimos se mostraron más pesimistas en lo que se refiere a evolución y consecuencias de la enfermedad (Shinan-Altman et al., 2014).

Un aspecto importante que aparece asociado a la RM de la EA es el grado de conocimiento de esta patología, el cual permite a los profesionales identificar más síntomas, atribuir más la enfermedad a factores de riesgo, percibirla como una enfermedad crónica severa, y percibir mayor coherencia y comprensión. Se concluyó la necesidad de distribuir material informativo diferenciando por grupo profesional y de desarrollar programas de capacitación (Shinan-Altman et al., 2014).

Estos mismos autores realizaron un análisis de modelos de ecuaciones estructurales probando el modelo de Leventhal y seleccionando como variable resultado los componentes del *burnout* (Shinan-Altman et al., 2016). La RM se asoció de forma directa con este resultado, mostrando que los factores causales de riesgo, la evolución cíclica y la coherencia de la enfermedad influyen en mejores resultados de las dimensiones de *burnout*. Sin embargo, la RE, influyó de forma indirecta, a través

de las estrategias de manejo de la emoción, que, a su vez, se relacionaron con cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal (Shinan-Altman et al., 2016). Estos resultados sugieren que la RM de la EA puede ser un factor de riesgo para desarrollar *burnout* (Shinan-Altman et al., 2016).

Los resultados de estos trabajos apoyan la necesidad de formación para la atención a los pacientes con demencia, no sólo en aspectos instrumentales y organizacionales, sino teniendo en cuenta la RM de los profesionales y sus posibles consecuencias.

RESUMEN

El modelo de auto-regulación de Leventhal (Leventhal et al., 1980; 1984) es una teoría sociocognitiva que se ocupa de describir y comprender cómo los individuos elaboran teorías implícitas de sentido común sobre las enfermedades. Las representaciones mentales de una enfermedad constituyen creencias organizadas, modelos mentales, sobre qué es la enfermedad o problema, por qué se produce, como afecta al organismo y su posible impacto en la vida diaria, entre otras. El modelo propone dos procesos paralelos pero también interactivos: uno cognitivo que explica cómo la representación cognitiva (RM) regula la respuesta a la enfermedad, y otro proceso centrado en la emoción que explica cómo la representación emocional (RE) regula las consecuencias emocionales de la información relacionada con la enfermedad. Describir y comprender las RM y RE es importante porque guían las respuestas de las personas (cogniciones, emociones y conductas) a las experiencias relacionadas con la enfermedad y, a través de ellas, o de forma directa, producen resultados en el bienestar físico y emocional.

La investigación aplicada muestra la asociación de determinados contenidos de esas representaciones con las conductas de manejo de la enfermedad y a su vez, la relación de esas conductas con resultados de salud. Pero también hay evidencia suficiente para apoyar una importante relación directa entre las representaciones de la enfermedad y distintos resultados de bienestar físico, psicológico y social.

Las personas con demencia EA en estadios tempranos no tienden a utilizar esta etiqueta aunque tengan el diagnóstico, identifican su problema como “problemas de memoria”, lo atribuyen al curso normal del envejecimiento, más que a enfermedad y

perciben un curso más bien progresivo y con altas probabilidades de deterioro. Son los que tienen más edad los que perciben menor control y llevan a cabo menos estrategias para contrarrestar los síntomas y tienen niveles más altos de ansiedad y depresión.

El abanico de atribución causal es más amplio en personas sanas, incluyendo desde herencia, hasta estilo de vida, debilidad de carácter, inactividad mental y pereza. Los de más edad se perciben con menor riesgo de padecer EA y, a diferencia de las personas con EA, perciben más control y utilizan estrategias dirigidas a aumentar actividad mental y social.

La experiencia de los cuidadores y su manejo de las diferentes situaciones de cuidado está influida por la RM. La atribución causal que sobreestima el factor hereditario supone mayor preocupación por la sobreestimación de su propio riesgo. Igual que los pacientes, la enfermedad es etiquetada por el síntoma “problemas de memoria”, que es menos estigmatizante que demencia pero que también minimiza la gravedad. La atribución causal es a factores biológicos, pero también herencia, estilo de vida y factores ambientales. La menor percepción de control de la enfermedad de su familiar está asociada a peor bienestar emocional.

La RM en profesionales que trabajan en problemas crónicos influye en diferentes aspectos de la atención que proporcionan. En el único estudio encontrado con profesionales que atienden a personas con EA, la RM incluye una alta percepción de consecuencias graves y una baja percepción de control, pero también, una RE negativa moderada. Los trabajadores sociales percibieron mayores consecuencias y una peor evolución. La atribución causal es a factores de riesgo. Pero los profesionales de enfermería atribuyeron además causas psicológicas.

Como una estrategia más de salud laboral y de mejora de la atención centrada en el paciente, se necesita mayor investigación aplicada a los profesionales de este campo, para describir sus dimensiones de RM, así como comprobar qué otras variables se asocian con esos componentes.



3. Percepción de autoeficacia en profesionales sanitarios

3.1. Teoría de la Autoeficacia

La Teoría de la Autoeficacia de Albert Bandura surge en 1987 como propuesta para explicar la conducta humana, en el marco de su Teoría Social Cognitiva, que explica el funcionamiento humano como “*un modelo de reciprocidad triádica en el que la conducta, los factores personales y los acontecimientos ambientales actúan entre sí como determinantes interactivos*” (Bandura, 1987). La teoría de la autoeficacia puede considerarse como un submodelo dentro de la teoría cognitivo social. En ésta, además de las expectativas, se proponen otros determinantes importantes de las conductas: las habilidades, los incentivos y los recursos materiales necesarios para realizar una determinada conducta (Villamarín y Sanz, 2004).

En los años 60, Bandura, a través de la Teoría Social Cognitiva establece la posibilidad de aprender sin la experiencia directa que supone realizar la conducta, mediante la observación del comportamiento de otros y sus consecuencias. Distingue entonces, dos procesos: aprender y ejecutar. De esta forma, las personas pueden aprender mediante la observación, conductas que podrán desarrollarse a posteriori sin necesidad de ejecutarlas en el proceso de aprendizaje. Desde esta perspectiva, Bandura da toda la importancia a la actividad de nuestro sistema cognitivo, sin el cual no sería posible gran parte de la conducta humana (Pastor y López-Roig, 2015).

La teoría social cognitiva explica cómo se produce el “salto” desde el sistema cognitivo del individuo a la ejecución conductual. La base de la respuesta está las cinco capacidades humanas propuestas por Bandura (simbólica, previsor, vicaria, auto-reguladora y auto-reflexiva) a través de las cuales, lo aprendido permanecerá en el sistema cognitivo sin materializarse en una conducta hasta que mucho tiempo después sea requerido por la persona. La teoría de la autoeficacia explica, finalmente, el proceso por el cual, lo simbólico (lo aprendido) se transforma en ejecución (la conducta realizada por la persona) (Bandura, 1997).

La *capacidad simbólica* permitirá que muchas de nuestras acciones estén basadas en pensamientos previos. La *capacidad previsor* hace que anticipemos las posibles

consecuencias más probables de nuestras acciones y planifiquemos tras ponernos metas. Una previsión motiva a las personas y hace que dirijan sus actos, haciendo que el efecto de las consecuencias inmediatas sobre la conducta se reduzca, pasando a estar dirigida por motivaciones internas. Por ello, la representación cognitiva de los acontecimientos o consecuencias futuras, puede convertirse en un motivador y regulador de la conducta. La *capacidad vicaria* nos ayuda a adquirir reglas de regulación de la conducta, nos proporciona aprendizaje de respuestas nuevas o nos inhibe respuestas aprendidas. La *capacidad de auto-reflexión* facilita analizar las ideas, actuar sobre ellas, predecir acontecimientos a partir de ellas, juzgarlas en función de los resultados esperados y, por tanto, modificarlas o mantenerlas. La previsión realizada se convertirá en actos con la ayuda de mecanismos de *autorregulación*.

La *capacidad auto-reguladora* hace que nuestro comportamiento no sea únicamente adaptativo a las demandas externas, sino que esté motivado y regulado por decisiones internas y reacciones auto-evaluadoras de nuestras acciones. La persona colabora con la causa de lo que le motiva y de lo que finalmente convierte en conducta. La Teoría de la Autoeficacia es la explicación que Bandura da a cómo se produce esa autorregulación y, por tanto, se constituirá en una teoría “causal” del comportamiento humano. La Teoría de la Autoeficacia da respuesta a los procesos que regulan la interrelación entre conocimiento y acción (Pastor y López-Roig, 2015).

Esta capacidad cognitiva de *auto-regulación* es la más importante para comprender cómo y por qué se materializan los cursos de acción elaborados, previstos y ensayados cognitivamente. Nuestras predicciones y expectativas regulan nuestro comportamiento, destacando entre ellas, las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultado. Según Bandura “...Entre los tipos de pensamiento que inciden sobre el comportamiento no hay ninguno que sea tan importante como la opinión que el individuo tenga de su capacidad para afrontar de forma eficaz distintas realidades” (Bandura, 1987). Gracias a las expectativas de autoeficacia: “...la iniciación y control de las interacciones con el entorno están gobernadas en parte por el juicio que haga el individuo de sus propias capacidades operantes” (Bandura, 1987).

Las **expectativas de autoeficacia** son descritas por Bandura como *“las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para manejar situaciones futuras; se refiere, por tanto, a los juicios de cada persona sobre las capacidades que posee, y a partir de los cuales se comportará para poder alcanzar el rendimiento deseado”* (Bandura, 1997). La autoeficacia no se refiere a los recursos objetivos de los que dispone la persona, sino a su opinión sobre lo que puede hacer con ellos. Nuestra percepción de autoeficacia sobre el rendimiento que seremos capaces de alcanzar en esas situaciones, tiene un papel crítico en nuestra conducta posterior. Cuando hablamos de autoeficacia no hablamos de ausencia de realismo, o de un optimismo ingenuo; la autoeficacia no es una afirmación repetitiva que uno se hace a sí mismo *“soy capaz”... sino que es el resultado de un complejo proceso de auto-persuasión derivado del procesamiento cognitivo que hacemos de la información obtenido desde diferentes fuentes* (Bandura, 1987).

Las **expectativas de resultado** se refieren a las consecuencias esperadas de la conducta desarrollada. Bandura describe tres tipos de consecuencias: Físicas (cambios que pueden desarrollarse en la persona o en el entorno físico), sociales (reacciones esperadas de aprobación o rechazo en el entorno social) y autoevaluativas (reacciones emocionales ante el éxito o fracaso junto con la interpretación que la persona haga).

Las expectativas de autoeficacia, o autoeficacia propiamente dicha, se refieren a la conducta, a la capacidad percibida para realizar una acción concreta en una situación también concreta, antes de llevarla a cabo; mientras que las expectativas de resultados son anticipaciones cognitivas respecto de las consecuencias que producirá dicha conducta (Bandura, 1997). Sin negar la interacción entre ambas expectativas, Bandura dota de mayor importancia a la autoeficacia, entendiendo que las consecuencias que una persona anticipa en relación a su conducta, dependen en mayor medida de lo capaz que se sienta para realizarla (Pastor y López-Roig, 2015).

Bandura establece cuatro fuentes por las que se adquiere autoeficacia:

- 1) Experiencias de éxito, de dominio o “maestría”: Los éxitos, las experiencias de logro, generan una fuerte creencia en la eficacia personal. Si las personas sólo experimentan éxitos fáciles llegan a esperar resultados inmediatos y se desmotivan rápidamente con los fracasos.

2) Experiencias vicarias o aprendizaje por modelos sociales: Cuando no tenemos datos objetivos para evaluar nuestra acción, estimamos nuestra eficacia por comparación social, nos comparamos con otros. Las personas buscan modelos competentes que posean las habilidades a las que ellos aspiran.

3) Persuasión verbal: las personas que han sido persuadidas de carecer de las capacidades tienden a evitar las actividades que cultivan sus potencialidades, y abandonan rápidamente ante las dificultades. Por otro lado, las persuasiones utópicas se desconfirman rápidamente ante resultados decepcionantes. Infundir creencias de autoeficacia altas resulta más complicado que debilitarlas mediante la persuasión.

4) La interpretación de los estados fisiológicos: la persona interpreta su activación somática ante situaciones estresantes o amenazantes como signos globales de vulnerabilidad a la disfunción. Las personas suelen ser más optimistas, en cuanto a los resultados exitosos que podrán alcanzar, cuando no se siente desbordado por el nivel de activación fisiológica (Pastor y López-Roig, 2015).

Finalmente, la teoría de autoeficacia aborda cómo la autoeficacia ejerce su influencia en el comportamiento. Establece tres mecanismos de relación entre autoeficacia y conducta (Bandura, 1997):

1) A través de la elección de actividades y conductas: cada persona se implicará en las actividades que cree dominar y evitará enfrentarse a aquellas que cree que exceden sus capacidades. De esta manera, la autoeficacia percibida ejerce su influencia directamente sobre el desarrollo personal del individuo, puesto que la implicación en determinadas actividades tiene como consecuencia su práctica y con ello la adquisición de competencias que nos faciliten ejecutarlas con éxito. Mientras que evitar una actividad hará imposible la práctica.

Un juicio adecuado de eficacia en relación a una tarea o actividad, ayudará a no sobreestimar nuestra eficacia y con ello evitar implicarnos en actividades inalcanzables, con las consiguientes consecuencias aversivas. Si por el contrario, subestimamos nuestra eficacia, nos auto-limitaremos y nos privaremos de experiencias gratificantes. Los juicios de eficacia más útiles son los ligeramente por encima de nuestras capacidades, nos impulsan a iniciar tareas que constituyen un reto individual y nos ofrecen motivación para la práctica y el desarrollo progresivo de esas capacidades.

2) A través del grado y persistencia de los esfuerzos: la expectativa de autoeficacia determina cuánto esfuerzo invierte la persona en realizar una conducta y cuán persistente es en sus intentos. Cuanto más capaz se sienta una persona de ejecutar una conducta, mayor empeño pondrá en su consecución. La perseverancia generalmente tiene como resultado la mejora del rendimiento. Tanto los conocimientos como las competencias se consiguen a base del esfuerzo continuado.

3) A través de los pensamientos y reacciones emocionales: los juicios de falta de capacidad hacen que la persona sobreestime sus déficits y la dificultad de la meta y que tengan respuestas emocionales de estrés ante las situaciones. Por el contrario, la percepción de autoeficacia hace que la persona perciba las situaciones como retos y active sus esfuerzos.

El constante feedback entre autoeficacia, funcionamiento psicosocial y resultados propuesto por Bandura, hace que aquellas personas que se crean capaces de llevar a cabo una conducta, elijan actividades que les conduzcan al resultado deseado, inviertan esfuerzo y tiempo en ello, confíen en su capacidad de manejar la situación y con todo ello aumenten las posibilidades de conseguirlo. Si llegan al éxito, reforzarán y aumentarán la creencia en su propia capacidad. En el caso de no lograrlo, vincularán su fracaso a un déficit en su propio esfuerzo y para la próxima vez perseverarán en mayor medida en las actividades con las que perseguirán el resultado deseado (Pastor y López-Roig, 2015).

3.2. Autoeficacia y salud en el ámbito profesional

La autoeficacia es una expectativa referida a la conducta y, como tal, en la amplia investigación aplicada en diferentes ámbitos, ha demostrado su capacidad para predecir conductas y sus resultados. En el campo de la salud, está demostrada la influencia de la autoeficacia y las expectativas de resultados sobre la mejora y mantenimiento de la salud. Por un lado, como mecanismo motivacional, al regular el esfuerzo y la persistencia en conductas que favorecen la salud. Por otro, a través de las emociones, ya que constituyen moduladores de del impacto emocional de las situaciones problemáticas (Villamarín y Sanz, 2004). Diferentes estudios con enfermedades crónicas han mostrado que una autoeficacia alta se asocia tanto a la realización de conductas de prevención y de autocuidado, como al buen estado

emocional y a la adaptación psicosocial (Holman y Lorig, 1992; López-Roig, Neipp, Pastor, Terol y Massutí, 2004; Lorig, Mazonson y Holman, 1989).

La investigación sobre autoeficacia ha ido incorporando diferentes niveles de especificación, desde la evaluación de la “autoeficacia general”, hasta niveles de conductas específicas. Bandura (1997) sugiere que las creencias de eficacia general no determinan creencias de autoeficacia específicas, y que la investigación aplicada precisa de medidas de autoeficacia específicas para comprender las complejas relaciones y para seleccionar focos concretos de intervención. Ello explica que los resultados más relevantes aparezcan cuando se desarrollan medidas de autoeficacia específicas en relación con la conducta o resultados que se quieren predecir (Luszczynska y Schwarzer, 2005; Pastor y López-Roig, 2012).

En el ámbito profesional, entre otros, el concepto de “autoeficacia” es sinónimo del concepto de “competencia” o “sentido de competencia” o “competencia percibida”, evaluándose en términos de cuánto de competente o capaz se siente el profesional para realizar acciones concretas (Salanova, 2004; Schepers, Orrell, Shanahan y Spector, 2012).

Diferentes estudios que trabajan la autoeficacia en el ámbito de profesionales de la salud, por ejemplo con enfermería, prueban la eficacia de cursos, programas o métodos de entrenamiento. En algunos casos se plantean estudios con medidas de autoeficacia pre- y post- programa para ver sus efectos en el grupo en el que se ha aplicado (Cohen, Cragin, Wong y Walker, 2012; Doyle et al., 2011); y en otros se comparan los métodos de enseñanza para ver cual ha tenido mejores resultados (Akhu-Zaheya, Gharaibeh y Alostaz, 2013). Se trabaja tanto con estudiantes (Akhu-Zaheya et al., 2013; Pike y O'Donnell, 2010) como con profesionales (Cohen et al., 2012; Doyle et al., 2011) y educadores (Phillips, Salamonson y Davidson, 2011). Los contenidos de los programas se refieren a distintos ámbitos, como cuidados críticos, o manejo de pacientes difíciles y delicados (McConville y Lane, 2006), entre otros. Los resultados o efectos positivos de los programas en el aprendizaje se miden como: grado de conocimientos adquiridos (Cohen et al., 2012; Akhu-Zaheya et al., 2013; McConville y Lane, 2006), ejecución o realización correcta de la técnica, o de las habilidades que se enseñan (Doyle et al., 2011; McConville y Lane, 2006; Pike y O'Donnell, 2010), satisfacción de los asistentes, entre otras. Pero en todos ellos, el

cambio en la autoeficacia es una medida de resultado a considerar en la evaluación de los programas, a veces la más importante. Incluso puede ser la única medida de resultado, cuando lo que se entrena no puede evaluarse inmediatamente después del programa. De este modo, cuando un método formativo consigue aumentar la autoeficacia percibida de los profesionales, este resultado apoya su superioridad frente a otra que no lo consiga.

Así, la autoeficacia es una medida de resultado fundamental, en el aprendizaje y la ejecución de técnicas complejas, en contextos profesionales y ha demostrado ser predictiva del rendimiento o ejecución, por ello es una buena medida de resultado de un programa de entrenamiento. Generar autoeficacia específica mediante experiencias reales o simuladas, es un elemento importante para la conducta profesional.

La investigación en el ámbito laboral ha mostrado también el papel relevante de la autoeficacia sobre el desempeño laboral y el estrés (Bandura, 2004). Hay evidencia que muestra que las personas que se sienten capaces de desempeñar determinadas tareas, las desempeñan mejor, persisten en ello y son capaces de manejar mejor las situaciones de cambio. Diferentes trabajos han mostrado que inducir creencias de autoeficacia tiene un efecto directo sobre el desempeño laboral (Martínez, 2004). En cualquier caso, la persona ha de tener unas competencias básicas para que la autoeficacia pueda favorecer el esfuerzo y perseverancia para adquirir las competencias más complejas o las necesarias para desempeñar nuevas tareas (Bandura, 1987). En profesionales de enfermería, la competencia percibida para el desarrollo de tareas específicas va unida a la experiencia laboral (Meretoja, Leino-Kilpi y Kaira, 2004).

Respecto al bienestar psicológico, está bien establecida la relación entre niveles de autoeficacia y ansiedad o depresión (Martínez, 2004). La autoeficacia constituye un elemento importante en las experiencias de estrés laboral, amortiguando el impacto negativo de los estresores. De hecho, se propone que el *burnout* se desarrolla a partir de sentimientos de ineficacia o falta de confianza en las propias competencias (Salanova, 2004). Las personas con altos niveles de autoeficacia tienen mayor experiencia de control y es más probable que interpreten las demandas laborales y los problemas como retos más que como amenazas incontrolables. Constituye así, un

predictor de bajos niveles de *burnout*, ansiedad, menos síntomas físicos, menor tendencia al abandono, mayor compromiso laboral y mayor satisfacción (Bandura, 2004; Martínez, 2004).

Por tanto, la percepción de autoeficacia se asocia positivamente al bienestar psicológico, proporcionando control sobre las demandas del entorno, actuando de amortiguador ante los estresores. La autoeficacia favorece la percepción de las demandas laborales como retos y oportunidades para desarrollar sus competencias, y una percepción alta de autoeficacia hace que las personas se esfuercen para obtener buenos resultados, relacionen sus logros con sus esfuerzos y estén más satisfechos con su trabajo (Salanova, 2004).

3.3. Percepción de autoeficacia en el cuidado de la demencia

Aunque existen pocos trabajos sobre autoeficacia en profesionales y/o cuidadores informales que desarrollan su actividad con personas con demencia, los resultados van en la línea de la teoría y en la misma dirección que lo comentado arriba sobre salud y ámbito profesional. La autoeficacia es un predictor del cambio conductual personal y profesional.

AUTOEFICACIA EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA

El sentido de competencia de los cuidadores para el cuidado de su familiar con demencia aumenta con el entrenamiento y el nivel de conocimiento (Brodaty, Green, y Koschera, 2003; Vernooij-Dassen et al., 2000). Y a medida que aumenta la percepción de autoeficacia de los cuidadores en el manejo de los síntomas, disminuyen los síntomas depresivos y de salud física de los propios cuidadores (Fortinsky, Kercher y Burant, 2002; Gallagher et al., 2011).

La mejora en depresión y ansiedad en los cuidadores están asociadas también a otros contenidos específicos como autoeficacia en el manejo de conductas problemáticas del paciente y en el control de pensamientos negativos en los propios cuidadores (Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher y Bandura, 2002).

En su estudio, Gallagher y cols. (2011) distinguieron dos dimensiones en la autoeficacia específica de los cuidadores: en el manejo de síntomas y en el uso de los servicios o recursos de apoyo comunitarios. La primera predijo la depresión de los

cuidadores, mientras que la segunda fue predictora de la sobrecarga del cuidador. En pacientes con deterioro grave, la autoeficacia en el manejo de síntomas fue además mediador entre los síntomas neuropsiquiátricos del paciente y la depresión en los cuidadores (Gallagher et al., 2011).

AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES QUE ATIENDEN A PERSONAS CON DEMENCIA

En los profesionales, la percepción de competencia respecto de conductas concretas, como el manejo de conductas difíciles del paciente, también está asociado al entrenamiento y nivel de conocimiento (Hughes et al., 2008; Elvish et al., 2014). En este último trabajo, se realizó un programa de formación, para aumentar los conocimientos sobre demencia en 72 profesionales sanitarios, con una media de 6 años de experiencia. El nivel de conocimiento fue mayor después del programa, y la autoeficacia fue un buen indicador de su efectividad, aumentando significativamente después del entrenamiento (Elvish, et al., 2014). La perspectiva es que si la formación puede incrementar la autoeficacia, disponemos de estrategias para producir cambio y resultados positivos y la consecuente mejora de la calidad asistencial.

Sin embargo, estos resultados no son consistentes en todos los trabajos en profesionales que trabajan con personas con demencia en centros sociosanitarios. El entrenamiento previo no fue predictor del sentido de competencia en estudios en los que se evalúa la autoeficacia respecto del conjunto de conductas que incluye la atención profesional a personas con demencia (Mullan y Sullivan, 2016); ni tampoco lo fue el grado de conocimiento previo de la demencia (Mullan y Sullivan, 2016; Sheppers et al., 2012; Zimmerman, 2005).

En trabajos en los que el conocimiento o la formación no se han asociado a la competencia percibida, ésta sí se asocia a actitudes positivas respecto a la demencia (Mullan y Sullivan, 2016; Schepers et al., 2012; Zimmerman et al., 2005). Por otro lado, la autoeficacia en el cuidado de la demencia es predictor de mayor satisfacción laboral (Zimmerman, et al., 2005; Sheppers et al., 2012) y de niveles bajos de burnout en los profesionales (Duffy, Oyebode y Allen, 2009). En este sentido, intervenciones dirigidas a estimular la autoeficacia de los profesionales tienen como efecto la reducción del burnout y aumentar la satisfacción de los profesionales (Mackenzie y Peragina, 2003).

El énfasis más reciente se centra en la evaluación de la competencia percibida en actividades profesionales específicas, adecuadas al perfil de los roles profesionales. El sentido de competencia evaluado en personal de enfermería (enfermeras, auxiliares y gestores de casos) (Morgan et al., 2016) muestra que las enfermeras se percibieron más competentes que las auxiliares en 9 de las 20 actividades evaluadas, incluyendo la discusión de cuestiones legales con pacientes o familiares y el manejo del dolor. El personal auxiliar, se percibió más competente que el de enfermería en de las 20 actividades: asistencia en el cuidado personal y en las actividades de la vida diaria (Morgan et al., 2016).

En el desarrollo un instrumento de evaluación específico de la competencia percibida en profesionales que desarrollan su actividad con personas con demencia (Schepers et al., 2012), la percepción de competencia se asocia con la satisfacción laboral, las actitudes hacia la demencia y la experiencia laboral (cantidad de tiempo trabajado en el puesto), pero, como hemos comentado, no con el nivel de conocimiento de la demencia. Las actitudes hacia la demencia se evaluaron con una escala que incluía dos factores: esperanza y actitudes hacia la atención centrada en el paciente (Schepers et al., 2012). Con esta misma escala, un estudio reciente, con personal de enfermería con personas institucionalizadas con demencia (Mullan y Sullivan, 2016), concluye que una visión positiva hacia las personas con demencia (el mejor predictor) y una mayor intención de implementar estrategias de atención centrada en la persona, fueron los predictores de la competencia percibida para proporcionar la atención requerida. Puesto que ni el conocimiento de la demencia, ni el entrenamiento fueron predictores significativos, los resultados apoyan invertir los esfuerzos dirigidos a aumentar el conocimiento general de la demencia, en formación que mejore las actitudes del personal hacia estas personas con demencia y fomentar el enfoque de atención centrada en la persona (Mullan y Sullivan, 2016).

RESUMEN

La capacidad cognitiva de *auto-regulación* es la más importante para comprender cómo y por qué se materializan los cursos de acción elaborados, previstos y ensayados cognitivamente. Son sobre todo las expectativas de autoeficacia las que tienen un papel crítico como motivador y regulador de nuestra conducta posterior (Bandura, 1997). Las expectativas de autoeficacia son creencias de una persona acerca de su capacidad para organizar y ejecutar cursos de acción para manejar situaciones concretas. Las creencias de autoeficacia tienen diversos efectos sobre el funcionamiento psicológico, ya que, por un lado, determinan las conductas que la persona pondrá en marcha, el esfuerzo que empleará en realizarlas y en mantenerlas a pesar de los obstáculos y las experiencias aversivas. Y, por otro lado, afectan a su vulnerabilidad para el distrés emocional y la depresión. Bandura (1997) sugiere que las creencias de eficacia general no determinan creencias de autoeficacia específicas, y que la investigación aplicada precisa de medidas de autoeficacia específicas para comprender las complejas relaciones y para seleccionar focos concretos de intervención.

La investigación en el ámbito laboral ha mostrado también el papel relevante de la autoeficacia sobre el desempeño laboral y el mejor manejo de situaciones cambiantes. Así mismo, la autoeficacia constituye un elemento importante en las experiencias de estrés laboral, proporcionando control sobre las demandas del entorno, actuando de amortiguador ante los estresores y asociándose positivamente al bienestar psicológico. En el ámbito de la enfermería, la autoeficacia es, además, un indicador fiable de las habilidades de manejo profesional y de resultados de aprendizaje y ejecución de técnicas complejas, en situaciones críticas, demostrando ser predictiva del rendimiento.

Se ha estudiado ampliamente en el contexto laboral de profesionales de la salud, pero se sabe poco acerca de las expectativas de autoeficacia y sus efectos en profesionales en el contexto del cuidado de personas con demencia.

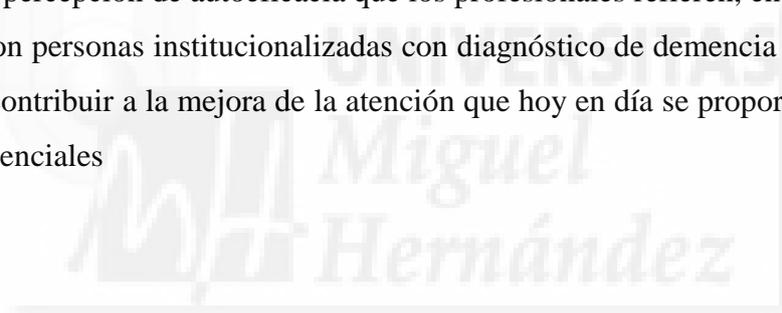
En cuidadores informales de personas con demencia, distintas medidas de autoeficacia se relacionan de forma coherente con resultados de manejo del paciente (síntomas, conductas problemáticas, uso de recursos comunitarios) y de bienestar

psicológico y emocional en el cuidador (control de pensamientos negativos, ansiedad y depresión).

La autoeficacia de profesionales que atienden a personas con demencia se asocia, con el nivel de conocimiento y el entrenamiento previos, aunque no de forma consistente. Otros estudios muestran la relación de la autoeficacia en la atención profesional con la experiencia previa, las actitudes positivas respecto a la demencia, y su capacidad predictiva del *burnout* y de la satisfacción laboral.

El papel de la autoeficacia en el desempeño y en el bienestar profesional apoya la importancia de conocer cómo de eficaz se percibe el personal que desarrolla su actividad profesional en centros sociosanitarios. Las posibilidades de incrementarla tras una adecuada capacitación apoyan establecer las necesidades de formación en relación con el trabajo con personas con demencia.

El análisis de la percepción de autoeficacia que los profesionales refieren, en relación con el trabajo con personas institucionalizadas con diagnóstico de demencia o signos de ella, puede contribuir a la mejora de la atención que hoy en día se proporciona en los centros residenciales



4. Satisfacción laboral en el cuidado de personas con demencia

La investigación sobre salud laboral ha mostrado la importancia de la satisfacción de los profesionales como variable que comparte antecedentes y consecuentes con diferentes procesos. Con uno de los más estudiados, el *burnout*, se relaciona en sentido negativo; mientras que con el *engagement* (implicación o compromiso laboral), lo hace en un sentido positivo (Moreno-Jiménez y Garrosa Hernández, 2013).

En el ámbito de la salud, especialmente en el de los profesionales de enfermería, se ha investigado la relación de la satisfacción laboral con factores estructurales, como la autonomía, el soporte de la organización, la posición dentro de la empresa y la organización de la carga de trabajo, entre otros (Chou, Boldy y Lee, 2002; Cicolini, Comparcini y Simonetti 2014). Pero también con aspectos psicológicos como el significado que los profesionales dan al trabajo que desarrollan (King, 1977) y la percepción de autoeficacia para desarrollar con éxito los requerimientos del trabajo (Cicolini et al., 2014).

La evaluación de la satisfacción laboral se concreta en distintos niveles de especificación. Con frecuencia se evalúa en términos de satisfacción global, con referencia al ejercicio laboral en general. Pero en otros muchos casos se especifican diferentes componentes del trabajo (Cicolini et al., 2014). Una de las especificaciones es aquella que tiene en cuenta características que configuran la satisfacción laboral, tanto intrínsecas como extrínsecas. La dimensión intrínseca se refiere a satisfacción con características inherentes a las actividades laborales, como autonomía, dinámicas grupales, formación y contenidos o actividades del trabajo. La dimensión extrínseca se refiere a aspectos que son parte del entorno que acompaña a esas actividades, como sueldo, relaciones con colegas y supervisores, sobrecarga, condiciones físicas, oportunidades de carrera, entre otras (Castle, 2010; Ellenbecker y Byleckie, 2005; Schepers et al., 2012). Un aspecto relevante de la satisfacción intrínseca en el contexto de cuidados en centros geriátricos es la satisfacción de los profesionales con la calidad del cuidado (Castle, 2010; Schmidt, Dichter, Bartholomeyczik y Hasselhorn, 2014).

Respecto de otros grupos de profesionales sanitarios que trabajan en geriatría, cuidados paliativos y hospitalización domiciliaria, el personal de enfermería es el que

presenta mayor grado de *burnout* (en las dimensiones de cansancio emocional y realización personal) y mayor insatisfacción laboral (Bujalance et al., 2001). Comparado con otros ámbitos, el personal de enfermería de centros geriátricos está más insatisfecho con la calidad del cuidado que el de otros centros sanitarios (Nübling et al., 2010; Schmidt, et al., 2014).

La insatisfacción laboral es un claro predictor del abandono y del cambio de trabajo (Karantzas et al., 2012), siendo la principal causa de abandono del personal de enfermería (Cicolini, et al., 2014). La satisfacción laboral tanto intrínseca como extrínseca, junto con el compromiso con el trabajo y los estresores laborales, fueron los principales predictores de la intención de dejar el trabajo en personal que trabaja con personas mayores (Karantzas et al., 2012) y en centros geriátricos (Castle, Engberg, Anderson y Men, 2007).

Aunque se encuentra que a medida que aumenta el tiempo en el ejercicio de la profesión, disminuye la satisfacción laboral (Bujalance et al., 2001), no es un resultado consistente, y otros elementos parecen jugar un papel más importante. Así, la satisfacción respecto a la calidad de la atención proporcionada a las personas institucionalizadas con demencia se asocia a la autoeficacia percibida para realizar las demandas específicas del trabajo (Cicolini et al., 2014; Schmidt, et al., 2014) y con el estado de salud general percibido (Schmidt, et al., 2014).

No es objetivo de esta investigación, medir la satisfacción laboral de los profesionales relacionada con su horario, carga de trabajo y/o retribución económica. Nos encontramos en una situación en la que los centros sociosanitarios de nuestro país se están llenando de personas con unas necesidades concretas, haciendo que centros de bajo requerimiento, pasen a medio o alto requerimiento.

Siendo el motivo de ingreso más común un avance de la demencia, cabe cuestionarse cómo de satisfechos se encuentran los profesionales trabajando con este perfil de usuario y con los cuidados que pueden proporcionarles. Entendemos que las personas no se definen por sus patologías y por ello no nos centramos solamente en los profesionales sanitarios de los centros. Consideramos importante conocer la satisfacción laboral intrínseca respecto al trabajo con personas con demencia de todo el equipo multidisciplinar que desarrolla estrategias basadas en buenas praxis,

abordando desde las patologías, entorno familiar y aspectos ambientales hasta sus gustos y aficiones.

Recientemente, en un estudio sus autores se cuestionaron: “*Cuál es el secreto de los familiares, voluntarios y profesionales comprometidos que se dedican al cuidado de los mayores con demencia?*”. Se concluye que la aceptación de la persona mayor con sus limitaciones derivadas de su patología junto con la tranquilidad obtenida de la formación y aprendizaje, que permite saber estimular las funciones cognitivas y establecer una comunicación eficaz, lleva a experimentar la satisfacción en el trabajo que se realiza (Fajardo y Casanueva, 2017).

RESUMEN

Por tanto, al igual que en otras instituciones, en contextos geriátricos, la satisfacción laboral está asociada a menores niveles de *burnout* y a mayor implicación en el trabajo en profesionales sanitarios, sobretodo de enfermería. Los niveles de satisfacción en este ámbito son más bajos, comparando con profesionales de otros centros, y la baja satisfacción laboral es un indicador significativo de intención de abandono. La autoeficacia percibida para realizar las demandas específicas del trabajo se asocia a la satisfacción, destacando su relación con la calidad de la atención proporcionada a las personas institucionalizadas con demencia.



II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS





1. Objetivo general

La evolución demográfica y el aumento de la incidencia y prevalencia de la demencia en la población de personas mayores ha generado una necesidad de profesionales especializados en la atención de pacientes con este perfil. Las personas mayores con demencia requieren unos cuidados que en muchas ocasiones resultan complicados de proporcionar en el domicilio por la familia o cuidador. Por ello, es frecuente su institucionalización en centros residenciales donde pueden recibir una atención completa (GGPC, 2011; López et al., 2009; Nitrini y Dozzi, 2012). Esta atención requiere un equipo multidisciplinar y un enfoque que combine la sistematización y la personalización de los cuidados.

Las necesidades especiales de cuidados que requiere este amplio número de personas hacen indispensable la investigación sobre todo lo que aporte conocimiento para generar estrategias de mejora de la actuación profesional y sus determinantes.

Las representaciones de una enfermedad (RM) son creencias organizadas, modelos mentales, sobre qué es la enfermedad o problema, por qué se produce, como afecta al organismo y su posible impacto en la vida diaria, entre otras. El modelo de autorregulación de Leventhal (Leventhal et al., 1980; 1984) es una teoría sociocognitiva que se ocupa de describir y comprender cómo los individuos elaboran esas teorías implícitas de sentido común, y esto es importante porque las RM guían sus respuestas (cogniciones, emociones y conductas) a las experiencias relacionadas con la enfermedad (Leventhal et al., 1984; 2003). La investigación aplicada muestra la asociación de determinados contenidos de esas representaciones con las conductas de manejo de la enfermedad y a su vez, la relación de esas conductas con resultados de salud. Pero también hay evidencia suficiente para apoyar una importante relación directa entre las representaciones de la enfermedad y distintos resultados de bienestar físico, psicológico y social (Cameron y Moss-Morris, 2010; Hagger y Orbell, 2003).

Recientemente, el estudio de la RM en pacientes se ha ampliado a familiares o cuidadores y también a los profesionales. Como en todo contexto en el que adquirimos experiencia, los profesionales también elaboran un conjunto de ideas más o menos complejas respecto de los problemas de salud y de las personas que los padecen. Una RM inespecífica, que enfatice más aspectos negativos que positivos de

la enfermedad y que además esté desviada de la evidencia, puede ser un determinante relevante de la atención que se proporciona (Gove et al., 2016; Insel et al., 2005; Pastor et al., 2012) y de resultados de salud y bienestar psicológico de los propios profesionales (Hagger y Orbell, 2003; Pastor et al., 2012).

Desde la teoría de Bandura (1997), las conductas que realizamos, en cualquier ámbito, tienen un antecedente cognitivo causal que son las expectativas de autoeficacia y de resultados. Las expectativas de autoeficacia son el mecanismo de auto-regulación conductual más importante (Bandura, 1987). Son juicios individuales sobre las capacidades de realizar una conducta, por lo que, a partir de ellas, la persona la realizará para poder alcanzar las consecuencias deseadas (Bandura, 1987, 1997). La interacción profesional con pacientes complejos, como es el caso de personas con problemas crónicos, y su manejo clínico pueden ser complicados (Parsons et al., 2007). La autoeficacia es un indicador fiable de las habilidades de manejo de los profesionales y un determinante importante de su conducta.

La satisfacción laboral es uno de los principales predictores de la intención de dejar el trabajo en personal sanitario (Cicolini et al., 2014) y concretamente en personal que trabaja con personas mayores (Karantzas et al., 2012). Se relaciona con menor *burnout* y mayor implicación y compromiso en el trabajo (Moreno-Jiménez y Garrospá Hernández, 2013). Es, por tanto, un claro indicador de salud laboral.

Los dos modelos mencionados proporcionan marcos teóricos para estudiar las cogniciones de los diferentes profesionales y sus relaciones con la satisfacción laboral. Las necesidades especiales de cuidados centrados en la persona que este amplio número de personas requieren, hacen que nos preguntemos, qué representación mental tienen los profesionales de los centros sociosanitarios sobre la demencia, qué percepción de autoeficacia tienen al trabajar con los residentes que la padecen y cuál de los dos predice la satisfacción laboral en la atención específica a las personas con este problema.

La descripción de la RM de la demencia, que es la situación de muchas de las personas que se atienden en los centros sociosanitarios, su relación con la autoeficacia percibida y su posible asociación con la satisfacción laboral permitirá modificar aquellos aspectos que pueden mejorar la comprensión de estos pacientes,

no sólo en términos de conocimientos sino también actitudinales. Por ello, el objetivo general de esta investigación es

Describir la representación mental de la demencia en profesionales de centros sociosanitarios, su relación con la percepción de autoeficacia y la capacidad predictiva de ambas en la satisfacción laboral.





2. Objetivos específicos

OBJETIVO 1

El estudio de las RM se ha centrado en personas con una enfermedad o con riesgo de padecerla. Su aplicación en personas sanas (Figueiras y Alvers, 2007), en familiares o cuidadores (Olsen, Berg y Wiebe, 2008) y en profesionales de la salud (Pastor, López-Roig y Johsnton, 2012) es más reciente. Esto hace que los trabajos sobre RM en profesionales aun sean escasos y, sobre todo, en profesionales que atienden a personas con demencia. Dada la evidencia sobre la asociación de la RM con las conductas de manejo de la enfermedad y con resultados de salud en distintos contextos (Hagger y Orbell, 2003), resulta necesario disponer de evidencia sobre la RM de los profesionales de este campo. Por ello, nuestro primer objetivo es,

1. Describir la representación mental (cognitiva y emocional) de la demencia que tienen los profesionales de centros sociosanitarios.

La prevalencia de personas con demencia en centros sociosanitarios es alta, y la proporción de personas con sintomatología y evolución avanzada es mayor que en otros contextos asistenciales (GGPC, 2011; López et al., 2009; Nitrini y Dozzi, 2012). Como propone el modelo de Leventhal, la experiencia profesional es una fuente de información y conocimiento que genera contenidos de RM. En este sentido, planteamos la siguiente hipótesis:

Hipótesis 1: Los profesionales con mayor atención directa con los residentes con demencia (coordinación y personal de enfermería, y coordinación de auxiliares) tendrán altas puntuaciones en “Identidad”, “Curso agudo/crónico” y “Coherencia/comprensión”, y serán mayores que las de otros colectivos con menos funciones de atención directa (dirección, trabajo social y coordinación de servicios generales)

Respecto de las dimensiones de control, las creencias sobre las posibilidades de modificar la enfermedad y/o sus consecuencias han resultado bajas en el estudio de profesionales con demencia tipo EA (Shinan-Altman et al., 2014), y variables en función de la edad en estudios con cuidadores (Lingler et al., 2016; Quinn et al., 2016). En estos estudios se pregunta por la percepción que tienen sobre cuanto control perciben los pacientes. Sin embargo, en nuestra investigación, se evalúa la controlabilidad percibida de los profesionales y de los tratamientos. Dados los diferentes recursos de abordaje de las demencias, en un entorno multidisciplinar como el de los centros sociosanitarios, formulamos la siguiente hipótesis:

Hipótesis 2: Los profesionales tendrán puntuaciones altas en “Control profesional” y “Control del tratamiento”.

En relación con la dimensión “Causas”, las demencias son enfermedades multifactoriales en donde confluyen factores genéticos, ambientales y de riesgo (Barranco-Quintana et al., 2005). El abanico de atribución causal de la demencia es amplio, tanto en pacientes (Clare et al., 2006), como personas sanas (Anderson et al., 2011) y cuidadores (Quinn et al., 2016), incluyendo factores biológicos, de riesgo, herencia, estilo de vida y factores ambientales. Podría esperarse, una atribución causal más precisa en el caso de los profesionales, dados los conocimientos y la experiencia. Sin embargo, es también esperable que cuando no hay causas claramente establecidas, las atribuciones causales sean variadas (Benyamini, Leventhal y Leventhal, 2007). Los profesionales no están exentos de los mecanismos por los que se configuran las RM, que no dependen exclusivamente de los conocimientos. En el estudio sobre RM de la demencia tipo Alzheimer, las causas principales fueron las referidas a factores de riesgo, pero en segundo lugar fueron las causas psicológicas, seguidas de inmunidad y accidente o azar (Shinan-Altman et al., 2014). Por ello planteamos:

Hipótesis 3: Los profesionales realizarán una atribución causal amplia, que incluirá causas que se corresponden con evidencia real de riesgo para las demencias (causas

biológicas y factores de riesgos), pero también otras causas como las psicológicas y el azar.

A pesar de que los profesionales tengan una percepción realista de las demencias y, por tanto, las identifiquen con gran número de síntomas y consecuencias, esa RM es compatible con una RE moderada. Como propone el modelo de auto-regulación, la RE guía la selección y el uso de estrategias para controlar las emociones que genera una determinada enfermedad (Leventhal et al., 2003; Leventhal et al., 2012). Esperamos que, sobre la base de la prevalencia de personas con demencia las estrategias adaptativas que proporciona la experiencia laboral, resulten en una RE adaptativa. En este sentido, se ha comprobado el efecto positivo de poner en práctica estrategias de manejo de la emoción, mediando entre la RE y los resultados de burnout (Shinan-Altman et al., 2016). Por ello se plantea que:

Hipótesis 4: La “Respuesta Emocional” de los profesionales ante la demencia presentará niveles moderados y más bajos que las dimensiones de la RM cognitiva.

OBJETIVO 2

La investigación en el ámbito laboral y concretamente también en el contexto de profesionales de la salud, ha mostrado el papel relevante de la autoeficacia sobre la actuación profesional y el mejor manejo de situaciones cambiantes (Salanova et al., 2004). Las expectativas de autoeficacia se han estudiado ampliamente en el contexto laboral de profesionales de la salud, pero se sabe poco acerca de sus efectos en el contexto del cuidado de personas con demencia. El papel de la autoeficacia en el desempeño laboral y en el bienestar profesional apoya la importancia de conocer cuál es la autoeficacia percibida por el personal respecto de la actividad profesional que desarrolla en la atención a personas con demencia en centros sociosanitarios. Por ello, el siguiente objetivo es:

2. Describir la percepción de autoeficacia de los profesionales en la atención de personas con demencia.

Como establece la teoría, la predicción sobre conducta y resultados es más precisa cuando más específica o ajustada es la autoeficacia a las conductas que se quiere predecir (Bandura, 1997). En nuestro caso, la autoeficacia específica ajustada al perfil de los roles profesionales, es la que permitirá una evaluación precisa de estas creencias. La autoeficacia de profesionales que atienden a personas con demencia se asocia con el nivel de conocimiento y el entrenamiento previos (Hughes et al., 2008; Elvish et al., 2014), aunque no de forma consistente (Mullan y Sullivan, 2016; Sheppers et al., 2012; Zimmerman, 2005). Como propone la teoría, las experiencias de logro generan una fuerte creencia en la eficacia personal (Bandura, 1997). Así, la experiencia profesional se constituye en una fuente de autoeficacia. En este sentido, en profesionales de enfermería, la competencia percibida para el desarrollo de tareas específicas va unida a la experiencia laboral (Meretoja, Leino-Kilpi y Kaira, 2004) y también en el contexto de profesionales que trabajan con demencia (Mullan y Sullivan, 2016; Schepers et al., 2012; Zimmerman, 2005). Sobre la base de la teoría y de los datos comentados, formulamos las siguientes hipótesis:

Hipótesis 5: Los profesionales que lleven mayor el tiempo en el puesto, mostrarán mayores niveles de autoeficacia específica ajustada a las actividades que realizan.

Hipótesis 6: No aparecerán diferencias significativas en autoeficacia específica entre los diferentes grupos profesionales.

OBJETIVO 3

La capacidad cognitiva de *auto-regulación* es la más importante para comprender cómo y por qué se materializan los cursos de acción elaborados, previstos y ensayados cognitivamente. Son sobre todo las expectativas de autoeficacia las que tienen un papel crítico como motivador y regulador de nuestra conducta posterior (Bandura, 1997). En esa representación cognitiva de los acontecimientos o consecuencias futuras que suponen las creencias de autoeficacia,

la configuración de la RM de la demencia que tengan los profesionales de centros geriátricos se integraría generando relaciones coherentes e influyendo en la AE. En este sentido, diferentes trabajos muestran la relación de actitudes positivas respecto a la demencia con la autoeficacia en la atención profesional (Mullan y Sullivan, 2016; Schepers et al., 2012; Zimmerman et al., 2005). Por ello, la RM de la demencia puede estar vinculada con la percepción de autoeficacia que los profesionales tienen en el trabajo con este perfil de residentes.

La satisfacción con el trabajo es un indicador de salud laboral (Moreno-Jiménez y Garrosa Hernández, 2013). La dimensión intrínseca se refiere a satisfacción con características inherentes a las actividades laborales, como autonomía, dinámicas grupales, formación y contenidos o actividades del trabajo (Castle, 2010; Ellenbecker y Byleckie, 2005; Schepers et al., 2012), incluyendo la satisfacción con la calidad del cuidado en centros geriátricos (Castle, 2010; Schmidt et al., 2014).

Por un lado, está demostrada la influencia de las creencias de autoeficacia en resultados de salud y en la modulación del impacto emocional de las situaciones problemáticas, la predicción de bajos niveles de burnout y mayor satisfacción laboral (Bandura, 2004; Martínez, 2004). Se ha comprobado la relación de la satisfacción laboral con la percepción de autoeficacia para desarrollar con éxito las demandas del puesto (Cicolini, et. al, 2014). Por otro lado, hay evidencia suficiente para apoyar la relación entre las representaciones de la enfermedad y distintos resultados de bienestar físico, psicológico y social (Cameron y Moss-Morris, 2010; Hagger y Orbell, 2003). Así, las RM y la percepción de autoeficacia pueden explicar parte de la varianza en la satisfacción de los profesionales. Hasta donde sabemos, no hay estudios que planteen cuál de los dos conjuntos de creencias es más predictivo, ni cuál es la posible predicción conjunta, de resultados como la satisfacción laboral. Por ello, el objetivo que planteamos es:

3. Comprobar la aplicación del modelo de Leventhal, estableciendo la capacidad predictiva de la representación mental y de la autoeficacia sobre la satisfacción laboral intrínseca y global.

El modelo de Leventhal propone dos procesos paralelos, uno que explica cómo la representación cognitiva (RM) regula la respuesta a la enfermedad, y otro que explica cómo la representación emocional (RE) regula las consecuencias emocionales de la información relacionada con la enfermedad (Leventhal et al., 1984; 2003). Además de la influencia de la RM en conductas y a través de ellas, en resultados, hay evidencia suficiente para apoyar una importante relación directa entre las representaciones de la enfermedad y distintos resultados de bienestar físico, psicológico y social (Hagger y Orbell, 2003). A lo largo de la experiencia en el cuidado de personas con demencia, los profesionales desarrollan y/o modifican sus creencias sobre la demencia, y sus estrategias técnicas y personales de cuidados. La representación mental que se haya elaborado de la demencia, puede estar relacionada de forma directa con la satisfacción laboral, pero también de forma indirecta, a través de la percepción de autoeficacia específica. Por lo que planteamos:

Hipótesis 7: Los procesos de representación cognitiva y emocional del modelo de auto-regulación mostrarán relaciones significativas con la satisfacción intrínseca y global, tanto de forma directa como a través de la autoeficacia.

III. MÉTODO





1. Participantes

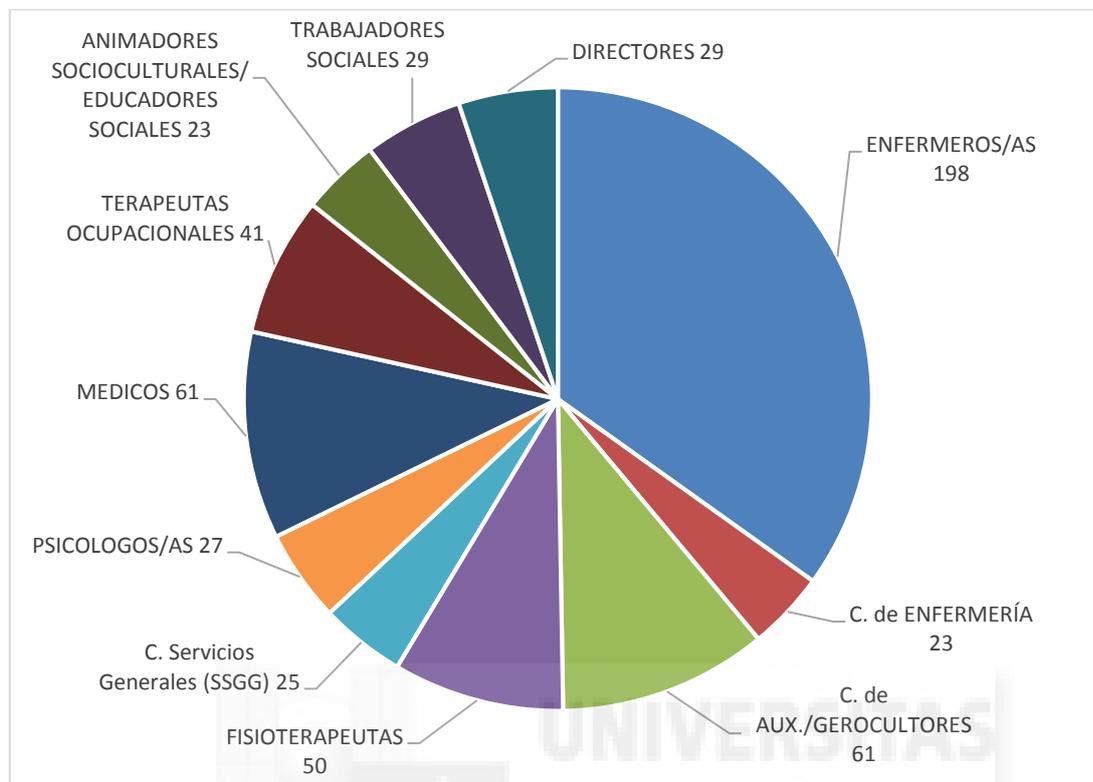
El interés por conocer cuál es la representación mental, autoeficacia percibida y satisfacción laboral que los profesionales manifiestan en relación a la atención a personas con demencia, nos hizo buscar colaboración con el Grupo Amma, empresa líder en el sector de la geriatría con amplia experiencia en el cuidado de personas con demencia.

1.1. Población de referencia, población elegible y población de estudio

La población de referencia está constituida por los más de 2.800 trabajadores que desarrollan su actividad laboral en los centros sociosanitarios del Grupo Amma (Figura 4).

Estos profesionales aplican sus cuidados a unos 5.400 usuarios, de los cuales, 481 (9%) están diagnosticados de demencia. A esta cifra habría que sumar un 30% de personas con demencia en diferentes fases ya que, tal y como profesionales de esta empresa expusieron en el 51º congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología del año 2009, 1 de cada 3 personas con demencia que ingresa en las residencias no ha sido diagnosticada (Rodríguez, Espantaleón y López, 2009). Así, con una tasa aproximada de 39% de sus usuarios con demencia, una media de 65 personas por centro, el Grupo Amma se situó como el campo idóneo para desarrollar el estudio.

Centramos nuestra atención en los integrantes de los equipos multidisciplinares que generan las estrategias a trabajar con cada usuario, incluyendo el equipo de enfermería al completo. Así, nuestra población elegible la componen un total de 567 profesionales que ocupan diferentes puestos de trabajo (Gráfica 3 y Figura 4).



Gráfica 3. Distribución de profesionales de la población elegible.

Las personas de nuestra población elegible ejercen su profesión distribuidos en los 29 centros de la empresa, situados geográficamente en 7 comunidades autónomas, lo que configura una heterogeneidad aceptable a este respecto (Gráfica 4).



Gráfica 4. Distribución de profesionales de la población elegible.

III. MÉTODO

Una vez aplicado el protocolo de reclutamiento de la muestra (ver apartado 3.1), del total de centros del Grupo Amma, en 7 de ellos no se ha evidenciado ninguna respuesta. Es posible que, entre otras cosas, haya fallado la transmisión de la información por parte del director/a del centro, a partir del cual se vehiculiza el acceso al resto de sujetos. Finalmente, han participado un total de 22 centros (75,9%), y se contactó con 449 profesionales, de los cuales 176 no están incluidos en la muestra (Figura 4). Por tanto, hemos obtenido una tasa de participación (participantes / elegidos) del 48,1% y una tasa de respuesta (participantes / elegidos contactados) del 60,8%. Así, finalmente, la población de estudio la componen 273 sujetos.



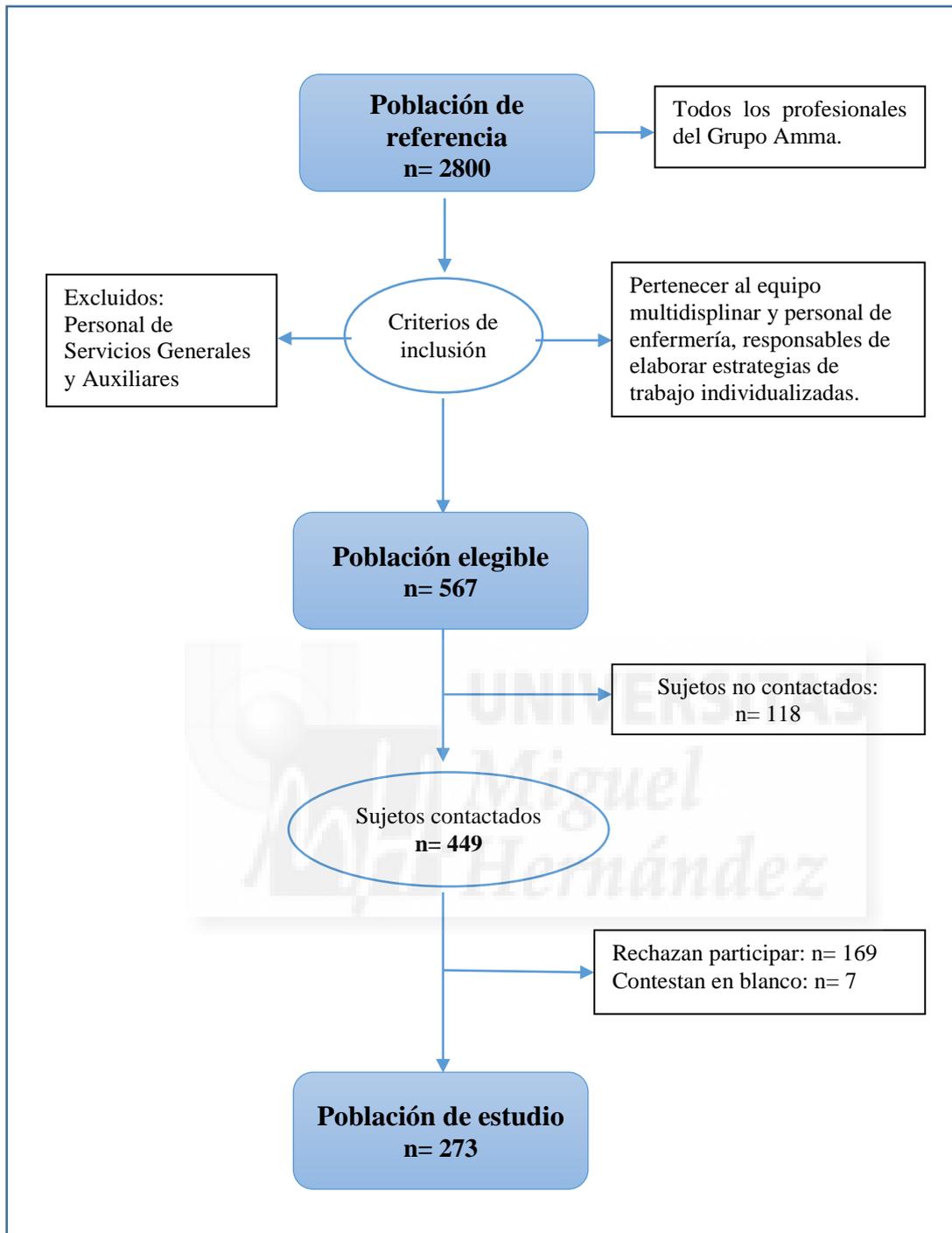


Figura 4: Selección de la población de estudio.

1.2. Descripción de la muestra

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En el análisis por sexo de la población de estudio, se evidencia que de los 270 sujetos que reflejaron este dato, un 82% son mujeres frente a un 18% de hombres.

Respecto de la edad, un 84,4% de los sujetos tiene menos de 46 años y un 55,6% menos de 36 años (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la muestra en grupos de edad.

	n	%
<25	33	12,2
26-35	117	43,3
36-45	78	28,9
46-55	34	12,6
>55	8	3,0

n=270

No encontramos diferencias significativas en la distribución de grupos de edad en función del sexo ($\chi^2 = 2,522$; gl=4; p=,641).

En relación con el nivel de estudios de la muestra, un 86,7% son universitarios (Tabla 4).

Tabla 4. Nivel de estudios.

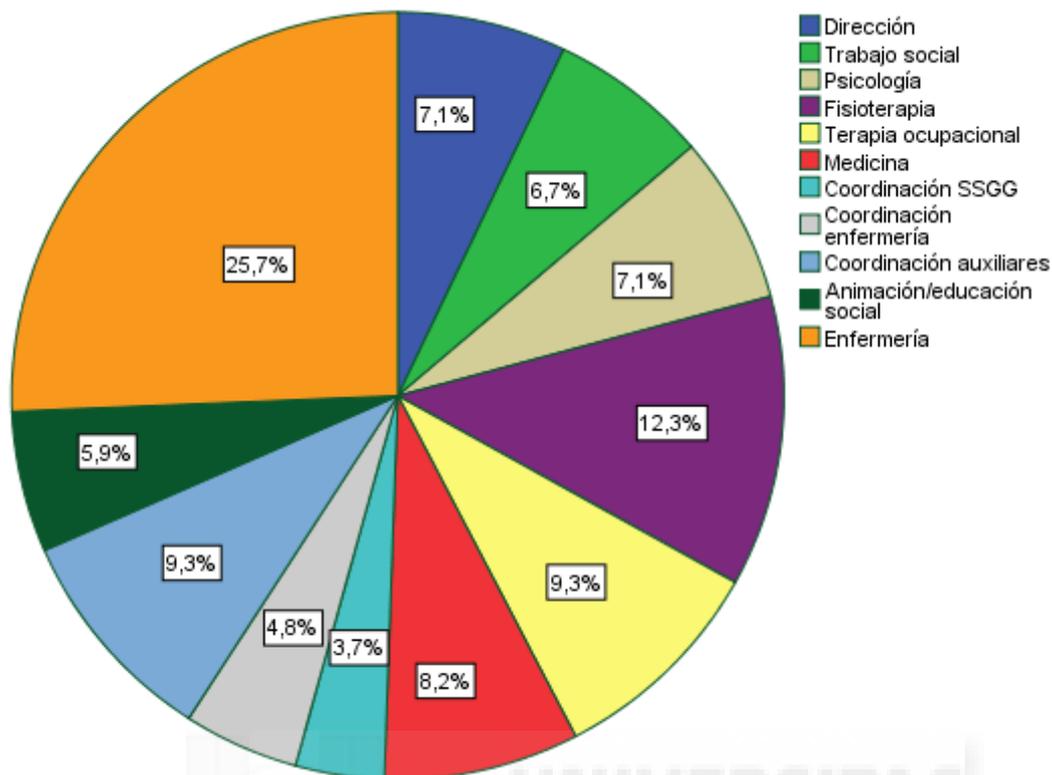
	n	%
Primarios	2	,7
Secundarios/FP	13	4,8
Bachiller/FP superior	21	7,7
Universitarios	235	86,7

n=271

Un 32,2% (n= 87) de los sujetos afirmó tener un familiar cercano con demencia, sin que existan diferencias en la distribución según el sexo ($\chi^2 = 0,346$; gl=1; p=,556).

VARIABLES LABORALES

En lo que refiere al puesto de trabajo que ocupan los diferentes profesionales, un 25,7% de la muestra son enfermeros/as y un 3,7% Coordinadores/as de servicios generales (SSGG), situándose el resto de profesiones entre un 4,8% y un 12,3% en los demás colectivos (Gráfica 5).



Gráfica 5. Distribución de profesionales por puesto de trabajo.

La distribución en los diferentes puestos de trabajo en función del sexo muestra que en todos los puestos hay mayor proporción de mujeres. Como dato destacable, observamos que las posiciones de psicología y coordinación de SSGG son ocupadas en su totalidad por mujeres. Además las mujeres se distribuyen en mayor proporción en el puesto de enfermería (26,6%), coordinación de auxiliares (11,0%) y fisioterapia (10,6%). Por su parte, los hombres trabajan mayoritariamente en enfermería (22,9%), medicina (16,7%), fisioterapia (18,8%), dirección (12,5%) y terapia ocupacional (10,4%) (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución por puesto de trabajo y sexo.

	Mujeres			Hombres		
	n	Según el puesto (%)	Según el sexo (%)	n	Según el puesto (%)	Según el sexo (%)
Dirección	12	(66,7)	(5,5)	6	(33,3)	(12,5)
Trabajo social	16	(88,9)	(7,3)	2	(11,1)	(4,2)
Psicología	19	(100)	(8,7)		(28,1)	(0,0)
Fisioterapia	23	(71,9)	(10,6)	9	(20,8)	(18,8)
Terapia ocupacional	19	(84,1)	(8,7)	5	(36,4)	(10,4)
Medicina	14	(63,6)	(6,4)	8	(7,7)	(16,7)
Coordinación SSGG	10	(100)	(4,6)		(4)	(0,0)
Coordinación enfermería	12	(92,3)	(5,5)	1	(31,3)	(2,1)
Coordinación auxiliares	24	(96,0)	(11,0)	1	(15,9)	(2,1)
Animación/ educación social	11	(68,8)	(5,0)	5	(33,3)	(10,4)
Enfermería	58	(79,2)	(26,6)	11	(11,1)	(22,9)
Total	218		(100)	48		(100)

Según la distribución de la muestra por el tiempo que los profesionales llevan ocupando el puesto actual, un 24,9% refiere llevar menos de 1 año (n= 38), un 17,5% entre 1 y 3 años (n=47) y un 57,6% más de 3 años (n=155) (Gráfica 6).

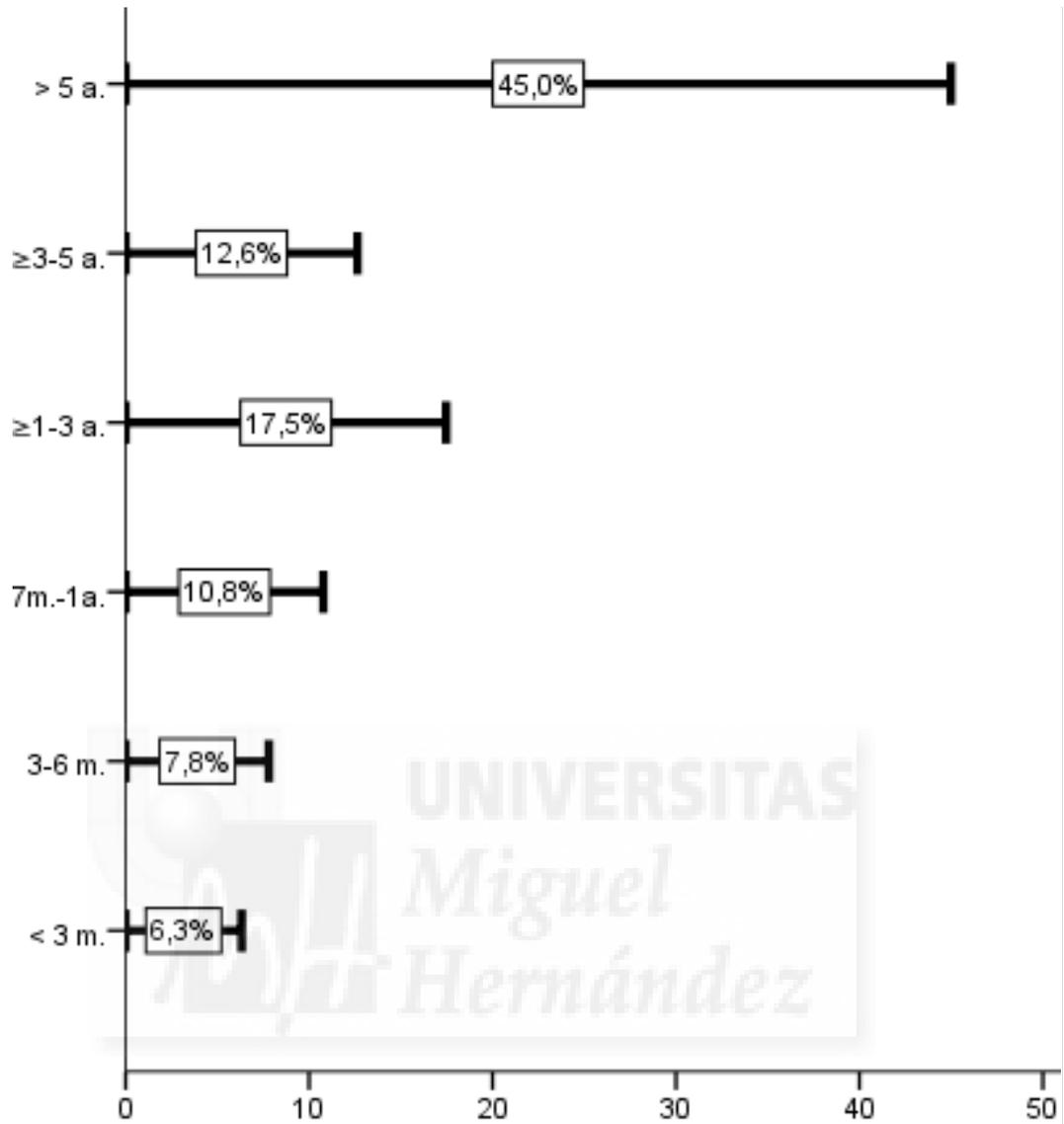
Atendiendo al tiempo en el puesto de trabajo según el sexo, si clasificamos a los sujetos en más y menos de 1 año trabajando, el 76,3% de las mujeres y el 68,1% de los hombres tienen un tiempo en el puesto actual mayor de un año. No existen diferencias en estas proporciones ($\chi^2= 1,371$; gl=1; p=,242). Si distribuimos la muestra en tres grupos: menos de un año, entre 1-3 años y más de 3 años, sí aparecen diferencias ($\chi^2= 7,042$; gl=1; p=,032). La proporción de mujeres que llevan trabajando más de 3 años (60,7%) es mayor que la de los hombres (40,4%) (Tabla 6).

Si observamos el tiempo actual en el puesto de trabajo en función del grupo profesional, se evidencia mayor concentración de profesionales a partir del año para todos los colectivos (Gráficas 7).

Tabla 6. Distribución del tiempo en el puesto actual y sexo.

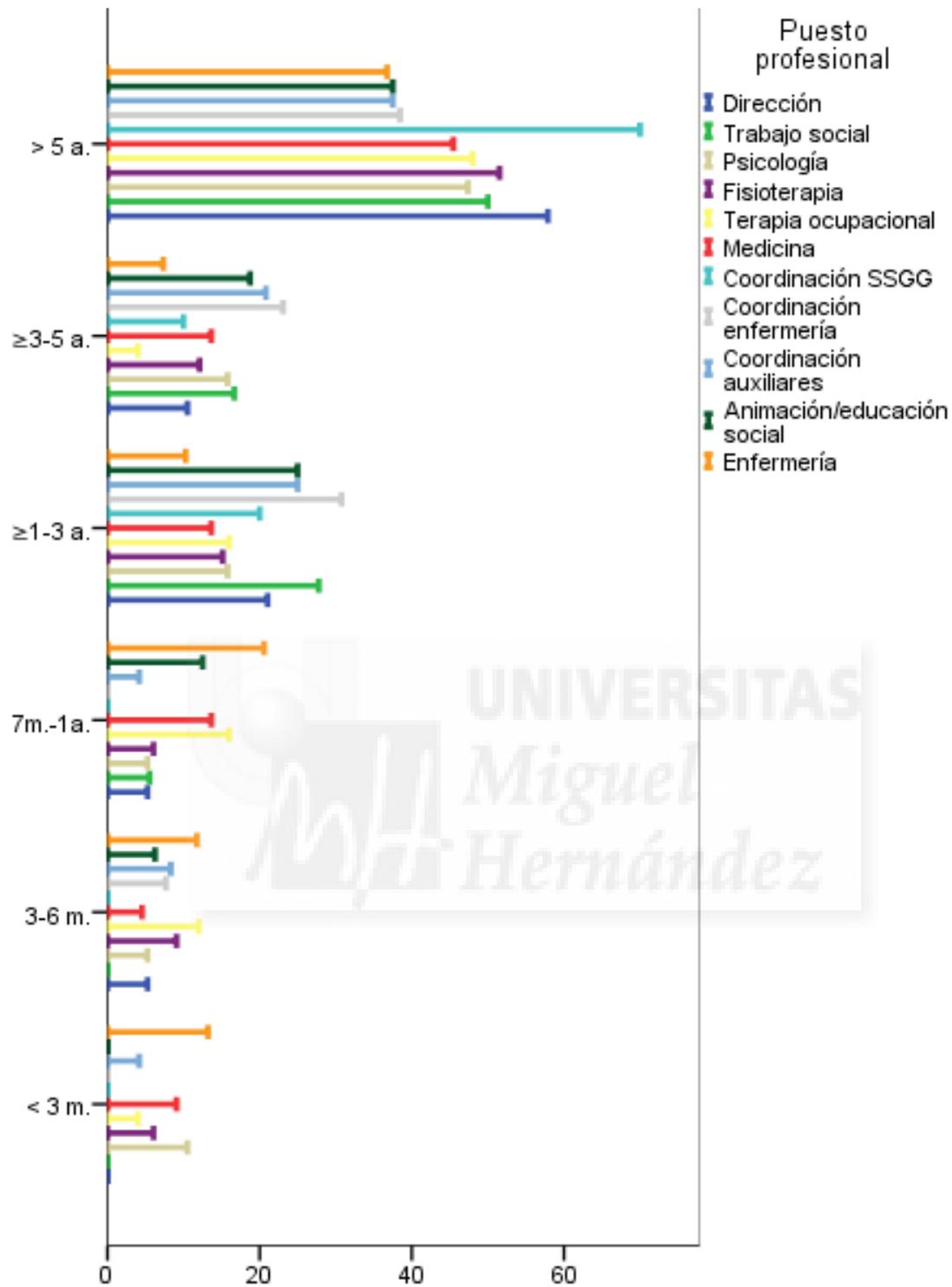
	Mujer n (%)	Hombres n (%)
< 3 meses	12 (5,5)	5 (10,6)
De 3 a 6 meses	19 (8,7)	2 (4,3)
De 7 meses a < 1 año	21 (9,6)	8 (17,0)
De 1 año a < 3 años	34 (15,5)	13 (27,7)
De 3 a 5 años	27 (12,3)	5 (10,6)
> 5 años	106 (48,4)	14 (29,8)

n= 219



a= años; m= meses; en gráfica % de cada intervalo de tiempo para la muestra total.

Gráfica 6. Tiempo en el puesto actual.



a= años; m= meses.

Gráfica 7. Tiempo actual en el puesto de trabajo en función del colectivo.

III. MÉTODO

El 50,2% de los sujetos, desarrollan su práctica laboral en centros que oscilan de 171 a 200 residentes.

En una comparativa entre la comunidad autónoma donde cada sujeto estudió y donde cada sujeto trabaja (Tabla 7), se observa que el 39,9% de los profesionales estudiaron en la Comunidad de Madrid, ascendiendo este dato a un 46,3% los profesionales que trabajan en esta comunidad autónoma.

Tabla 7. Distribución por comunidad autónoma de trabajo y estudio.

	Comunidad donde trabaja n* (%)	Comunidad donde estudió n** (%)
Madrid	120 (46,3)	83 (30,4)
Cataluña	49 (18,9)	43 (15,8)
Navarra	23 (8,9)	11 (4,0)
Castilla la Mancha	25 (9,7)	13 (4,8)
Castilla y León		9 (3,3)
Canarias	39 (15,1)	22 (8,1)
Murcia	3 (1,2)	7 (2,6)
Asturias		3 (1,1)
País Vasco		1 (,4)
Aragón		2 (,7)
Extremadura		3 (1,1)
Andalucía		14 (5,1)
C. Valenciana		14 (5,1)

*n= 259; **n= 225



2. Variables e instrumentos

2.1. Variables sociodemográficas y laborales

Hemos recogido datos sobre variables sociodemográficas y laborales (Cuadro 1 y Anexo 1). En relación con la edad, el tiempo que llevan trabajando en el puesto actual y el número de residentes a los que se atiende en el centro de trabajo, en lugar de registrar el dato exacto, hemos codificado los datos mediante intervalos. Se eligió esta opción para asegurar a los participantes el anonimato al no pedir datos exactos que pudieran favorecer su identificación y aumentar así la probabilidad de respuesta.

SEXO

Se registró esta variable pidiendo que marcaran la casilla correspondiente.

EDAD

Los participantes indicaban el intervalo de edad al que pertenecían en un listado de 5 intervalos, desde menos de 25 a más de 55 años.

ESTUDIOS

Se pidió que señalaran en una lista el nivel de estudios cursado y la comunidad autónoma donde los cursaron.

PUESTO DE TRABAJO Y TIEMPO EN EL PUESTO ACTUAL

Se solicitó a los sujetos que señalaran su puesto actual en una lista y el tiempo que llevaban en él en un listado de 6 intervalos, desde menos de 3 meses a más de 5 años.

NÚMERO DE RESIDENTES EN EL CENTRO

Se registró esta variable pidiendo que señalaran la casilla correspondiente en un intervalo de 6 puntos, desde menos de 50 a más de 200.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DONDE TRABAJA

Los participantes disponían de un campo abierto para especificar la comunidad autónoma donde trabajaban.

FAMILIAR CON DEMENCIA

Se solicitó a los sujetos que indicaran esta variable en una respuesta dicotómica (SI/NO).

2.2. Representación mental

Existe una medida de representación mental (RM) basada en el modelo de Sentido Común de Leventhal (Leventhal et al., 1984): el cuestionario de percepción de la enfermedad (IPQ) (Weinman et al., 1996) y su versión revisada (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002). Hay además una versión derivada del IPQ-R para evaluar representaciones de riesgo de enfermedad (Cameron, 2008).

El IPQ (Weinman et al., 1996) se desarrolló para proporcionar una medida cuantitativa de las 5 dimensiones de la RM cognitiva de una enfermedad que propone el modelo de auto-regulación: *identidad* (síntomas), *consecuencias*, *curso/evolución*, *control/cura* y *causa*, (Leventhal et al., 1984; Leventhal et al., 1997).

El IPQ se ha utilizado en diferentes enfermedades (cardíacas, artritis reumatoide, cáncer, psoriasis, enfermedad obstructiva crónica, síndrome de fatiga crónica, diabetes, consejo genético, entre otras), confirmando la estructura de relaciones de los cinco componentes de la RM, y también las relaciones con resultados psicológicos (afrentamiento, estado de ánimo, adaptación funcional, adhesión terapéutica, adaptación y recuperación en enfermedad crónica, entre otras) (Moss-Morris et al., 2002).

El diseño del IPQ mejoró posteriormente en su versión revisada. En el IPQ-R, dos de las subescalas se separaron en otras dos: la subescala de control/cura que mide *control personal* sobre la enfermedad (creencias de autoeficacia), y otra que se refiere a creencias de *control* atribuibles al *tratamiento* (expectativas de resultados); y la subescala *curso*, en términos de evolución temporal: *curso agudo/crónico* y *curso cíclico*. Además se incluyó la evaluación de las creencias sobre *coherencia/comprensión* de la enfermedad, y las respuestas emocionales generadas por la enfermedad o *representaciones emocionales* (RE) (Moss-Morris et al., 2002).

El B-IPQ (Broadbent, Petrie, Main, y Weinman, 2006) se desarrolló como alternativa más corta al IPQ, recomendada como evaluación rápida de percepción de enfermedad en estudios con medidas repetidas y en personas débiles o muy

enfermas. Consta de 9 ítems, uno por cada dimensión de la RM, y disponemos también de una validación lingüística española (Pacheco-Huergo et al., 2012). Esta versión breve del IPQ se adaptó con buenos resultados en profesionales sanitarios de atención primaria respecto de la fibromialgia (Pastor, López-Roig y Johnston, 2012). En esta adaptación, se modificó el ítem de control “¿Cuánto control cree que tiene sobre su enfermedad?” en términos de percepción de control (profesional): “¿Cuánto control cree que tiene Usted sobre la enfermedad?”; y el ítem de síntomas: “¿En qué medida nota síntomas o molestias por su enfermedad?” por “¿En qué medida los pacientes experimentan síntomas o molestias por esta enfermedad?” (Pastor et al., 2012).

Respecto del IPQ-R, disponemos de una versión en español accesible en la página web del instrumento (<http://www.uib.no/ipq/>) adaptada a la enfermedad hemodiálisis. Se realizó un estudio psicométrico con pacientes con hipertensión (Beléndez, Vázquez, Bermejo Alegría, y García Ayala, 2005). Pero, además, disponemos de un estudio de validación lingüística y conceptual en población española que incluyó ambas versiones, la escala original inglesa y la traducción española en la página web (Pacheco-Huergo et al., 2012). Este estudio mejoró la versión española del IPQ-R, al introducir cambios en: la expresión de varios ítems; en la escala de respuesta (sí, sobre las opciones *de acuerdo y totalmente de acuerdo*, y *no sobre en desacuerdo y totalmente en desacuerdo*), y en el formato de autoadministración.

El IPQ-R ha sido adaptado también para personas sanas (Figueiras y Alvers, 2007), permitiendo explorar, por ejemplo, las creencias sobre enfermedad en personas sanas y/o en riesgo y su relación con actitudes, intención o comportamientos preventivos. Para ello se utiliza “...esta enfermedad...” en lugar de “...mi enfermedad...”.

También se ha adaptado para su uso con cuidadores, con el fin de comparar discrepancias con los pacientes en la RM (Olsen et al., 2008). En esta adaptación los adolescentes diagnosticados de diabetes y sus madres completaron únicamente la escala general del IPQ-R. Los primeros completaron los ítems evaluando “*mi enfermedad*”, mientras que las madres contestaron respecto de la “*enfermedad de mi hijo*”: su duración, evolución cíclica, consecuencias para la vida de su hijo/a control del tratamiento, coherencia y representaciones emocionales. En cuanto al control personal, por un lado las madres evaluaron sus creencias acerca del control del

paciente (ej.: *Hay muchas cosas que mi hijo puede hacer para controlar sus síntomas*) y, por otro, sus creencias acerca de su propio control sobre la enfermedad de su hijo (ej.: *Hay muchas cosas que yo puedo hacer para controlar sus síntomas*).

En el contexto de personas con deterioro cognitivo, encontramos aplicaciones en pacientes y en profesionales. En el estudio de Lin, Gleason y Heidrich (2012), se exploró la RM del deterioro cognitivo leve (DCL) en personas mayores con este diagnóstico. En esta versión se sustituyó la palabra “enfermedad” por “diagnóstico de DCL”. Respecto de la Identidad, ampliaron el listado a 26 síntomas, al incluir los más típicos del DCL. Ampliaron también el número de ítems en la subescala de Consecuencias, y de Causas.

En cuanto a profesionales, el IPQ-R ha sido también utilizado para explorar la RM de trabajadores sociales y enfermeras de centros sociosanitarios respecto de personas con demencia tipo Alzheimer (EA) (Shinan-Altman et al., 2014, 2016), cambiando “*mi enfermedad*” por “*la enfermedad de Alzheimer*”. En la dimensión Identidad: incluyeron un listado de 13 síntomas específicos de demencias. Los profesionales respondían si percibían que estaban relacionados o no con la EA (Shinan-Altman et al., 2014).

Para esta investigación hemos seleccionado la versión larga revisada del instrumento, el IPQ-R. Esta versión nos permite describir mejor que con los ítems simples el contenido de las representaciones, al incluir los síntomas y las causas, y realizar análisis más complejos con las dimensiones de la RM. Hemos utilizado la versión española resultante de la validación lingüística (Pacheco-Huergo et al., 2012), con cambios para adaptarla a nuestra población de estudio, los profesionales de centros sociosanitarios, con el objetivo de conocer su percepción de la demencia.

El IPQ-R consta de 70 ítems y está estructurado en tres apartados: identidad, general y causas (Cuadro 1).

- **Identidad:** en esta primera parte se presenta un listado de 14 síntomas y 2 subescalas: síntomas experimentados (respuestas SÍ/NO) y relación con la enfermedad (SÍ/NO). La puntuación en identidad se calcula sumando el número de síntomas con respuestas afirmativas. A mayor puntuación, mayor número de síntomas atribuidos a la enfermedad.

Cambios:

- Se elimina la primera subescala al suprimir la primera pregunta: “¿Ha experimentado este síntoma desde que padece esta enfermedad?” por estar dirigida a pacientes y carecer de relevancia para profesionales.
 - Se establece un total de 25 ítems:
 - Se han mantenido 7 de los ítems originales: dolor, náuseas, pérdida de peso, fatiga, dificultades para dormir, mareos y pérdida de fuerza por presentarse muy frecuentemente en la población de la tercera edad, aunque no son síntomas específicos de la demencia.
 - Se han eliminado: dolor de garganta, sensación de ahogo o falta de aire, articulaciones rígidas, irritación en los ojos, pitos en el pecho, dolores de cabeza y molestias en el estómago por no cumplir los criterios anteriores.
 - Se han añadido 18 ítems propios de la demencia (Pascual, 2006; Nitri y Dozzi, 2012; Shinan-Altman et al., 2014).
- **General:** 38 ítems ($\alpha=.72$) y 7 subescalas para las dimensiones:
- “Curso agudo/crónico” (6 ítems: 1, 2, 5, 16, 18, 28) ($\alpha=.68$)
 - “Consecuencias” (6 ítems: 6 - 11) ($\alpha=.76$)
 - “Control profesional” (6 ítems: 3, 12 - 15, 17) ($\alpha=.64$)
 - “Control del tratamiento” (5 ítems: 19 - 23) ($\alpha=.44$)
 - “Coherencia/comprensión” (5 ítems: 4, 24 - 27) ($\alpha=.84$)
 - “Curso cíclico” (4 ítems: 29 - 32) ($\alpha=.74$)
 - “Respuesta Emocional” (6 ítems: 33 - 38) ($\alpha=.77$)

Se responde a cada afirmación con una escala tipo Likert de 5 puntos (1= *No, totalmente en desacuerdo*; 5= *Sí, totalmente de acuerdo*). La puntuación en cada dimensión se calcula hallando la suma de las puntuaciones de los ítems. Algunos ítems se invierten, de modo que las puntuaciones altas representan, por un lado, creencias más intensas en cronicidad, más consecuencias negativas, naturaleza cíclica y más respuesta emocional negativa; y, por otro, mayor control profesional

percibido, mayor control del tratamiento y mayor coherencia y comprensión de la enfermedad.

Cambios:

- Cambiamos la formulación “mi enfermedad” por “la enfermedad” (ítems 1-11 y 19, excepto en el 6 donde se ha sustituido por “la demencia”).
 - Los ítems de la subescala “Control profesional” están formulados en términos de autoeficacia. Los hemos transformado para que expresen control del profesional, pero en sentido genérico: no de control personal del profesional que está contestando (por ej., “Hay muchas cosas que yo puedo hacer para controlar sus síntomas”), sino en términos de control que atribuyen a los profesionales sobre esta enfermedad (por ej., “Hay muchas cosas que los profesionales pueden hacer para controlar sus síntomas”). Este planteamiento difiere de una adaptación previa del IPQ-R para profesionales sanitarios, en donde se evalúa la percepción del profesional sobre el control que tiene el/la paciente sobre su enfermedad (por ej., “Hay muchas cosas que los pacientes pueden hacer para controlar sus síntomas”), (Arat et al., 2016). Esta opción es adecuada para comparar discrepancias profesional-paciente. Pero para el objetivo de este trabajo, se opta por conocer cuál es la percepción de control sobre la enfermedad que tienen los propios profesionales, como parte de su RM, en la línea de un trabajo previo (Pastor et al., 2012).
 - En los ítems de Representación emocional, se ha cambiado la expresión “mi enfermedad” por “la demencia” con el objetivo de mantener presente la patología concreta en estos ítems (33, 34 y 37), mientras que la formulación se cambia por “esta enfermedad” en el resto (35, 36 y 38).
- **Causas:** 18 ítems relacionados con causas psicológicas (estrés, preocupaciones, problemas familiares, estado emocional, personalidad...), factores de riesgo (herencia, dieta, edad, alcohol, tabaco, la propia conducta, pobre cuidado de salud),

III. MÉTODO

causas biológicas, inmunitarias (gérmenes, polución, alteraciones inmunitarias), accidente, azar o mala suerte. Se responde con el grado de acuerdo con que cada causa desencadene o no la demencia en una escala Likert de 5 puntos (1= *No, totalmente en desacuerdo*; 5= *Sí, totalmente de acuerdo*). Al final del listado, se pide que el participante concrete las tres causas más importantes, que pueden ser elegidas de la lista proporcionada o de otras que considere.

Cambios:

- Se han añadido 7 causas específicas de demencia, 6 de ellas biológicas: VIH, Neurolépticos, Sífilis, Antibióticos, Déficits de glucosa, Esclerosis Múltiple y una psicológica: Acontecimientos vitales traumáticos (Pascual, 2006; Nitrini y Dozzi, 2012).
- Se estable un total de 25 causas.

La adaptación final consta de 88 ítems (ANEXO 2). Los ítems de las causas se analizan por separado. Tal y como aconsejan los autores, realizaremos un análisis factorial para identificar grupos de creencias causales.

2.3. Autoeficacia en el cuidado de las personas con demencia

AUTOEFICACIA ESPECÍFICA

La mayoría de instrumentos que miden autoeficacia de los cuidadores de personas con demencia se refieren a cuidadores familiares o son poco específicos del contexto de demencia (Moniz-Cook et al., 2008; Traynor, Inoue, y Crookes, 2011).

Para evaluar la autoeficacia en el cuidado de las personas con demencia, en este trabajo hemos integrado: dos factores de la escala de competencia percibida de profesionales cuidadores de demencia (Sense of Competence in Dementia Care Staff, SCIDS) (Schepers, Orrell, Shanahan y Spector, 2012) y el listado de Actividades de trabajo relacionado con demencia (Morgan et al., 2016).

La SCIDS (Schepers et al., 2012) mide el sentido de competencia de los profesionales, “*la sensación de que uno tiene la capacidad de hacer lo que sea necesario*”, para proporcionar cuidados en demencia. Fue desarrollada con un enfoque positivo, diferenciándose, por ejemplo, de medidas centradas en habilidades percibidas para el manejo de situaciones de cuidado estresantes. Es aplicable a personal con distintos niveles de cualificación, y específico de contextos de cuidados de demencia, como residencias y centros comunitarios. Se desarrolló sobre la base de la teoría de la Autoeficacia de Bandura (1987), mediante un completo proceso iterativo de revisión de la literatura, grupos focales, estudio piloto y juicios de expertos. La evaluación del sentido de competencia de los profesionales se aplica a diferentes aspectos relevantes del cuidado de demencias centrado en la persona (Schepers et al., 2012).

Consta de 17 ítems que exploran “*en qué medida consideras que puedes...*” con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos. La escala total obtuvo buenos resultados en los índices de consistencia interna ($\alpha = .91$) y de fiabilidad test-retest (ICC = .74) (Schepers et al., 2012). La escala mostró una estructura interna de 4 factores: *Profesionalidad* (ejercicio de roles y responsabilidades en el equipo de trabajo, así como mantener una actitud positiva hacia pacientes y familiares, $\alpha = .82$); *Retos en el cuidado* (manejo de retos, como situaciones de riesgo o comportamientos difíciles, entre otras; así como habilidades de ayuda, $\alpha = .78$); *Construcción de relaciones* (capacidad para mantener una comunicación adecuada y adaptada a la situación del paciente, $\alpha = .83$); *Apoyo a la persona* (capacidad del personal para proporcionar los

cuidados que cubran las necesidades individuales del usuario, sus habilidades de ayuda. Reflejan la importancia de una atención que apoye la identidad, la individualidad y el sentimiento de persona mantenido en la persona con demencia, $\alpha=.70$).

Recientemente, Morgan et al. (2016) elaboraron un listado de 20 Actividades de trabajo relacionadas con la atención a pacientes con demencia. El objetivo fue evaluar la frecuencia de realización de esas actividades, la competencia percibida para desarrollarlas y las prioridades de formación del personal de atención domiciliaria en el entorno rural (enfermería, gestores de casos y auxiliares de enfermería). En cada actividad, los profesionales valoran *su nivel actual de competencia para realizar esa actividad*, seleccionando el nivel de competencia percibida en que se encuentran: “*novato*”, “*iniciación*”, “*competente*”, “*dominio*”, “*experto*”, con la posibilidad de “*no aplicable*”.

Para nuestro cuestionario final, dirigido a evaluar la percepción de autoeficacia de los profesionales de centros sociosanitarios en el cuidado de personas con demencia, seleccionamos el instrumento de Morgan et al. (2016) y añadimos el contenido de los factores *Construcción de relaciones* y *Apoyo a la persona* de Schepers et al. (2012). Los otros dos factores no fueron seleccionados porque sus ítems se solapan con conceptos de medidas actitudinales, satisfacción laboral y aspectos inespecíficos (Anexo 3).

En primer lugar, configuramos el listado con las 20 actividades de Morgan et al. (2016) (ítems 1-9, 11-21) y las 8 actividades de los factores *Construcción de relaciones* (ítems 10, 22-24) y *Apoyo a la persona* (ítems 25-28) de Schepers et al., (2012) (Cuadro 1). Incluimos la pregunta inicial sobre frecuencia con que realizan cada una de esas actividades en su trabajo habitual (*¿con cuanta frecuencia cada una de las siguientes actividades forma parte de su trabajo habitual?*). Mantuvimos la escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (*Nunca, raramente, algunas veces, con frecuencia, muy frecuentemente*).

A continuación se pide que indiquen la autoeficacia percibida para realizar cada actividad, mediante la pregunta *¿En qué medida se considera capaz para realizar cada una de las actividades?*. Establecimos una escala de respuesta de 11 puntos (0= *Nada capaz*, 10= *Totalmente capaz*). Este formato es uno de los más utilizados en las

adaptaciones españolas de escalas de autoeficacia general y específica (Pastor, López-Roig y Johnston, 2012). Finalmente se les pide que identifiquen las 5 actividades sobre las que más les gustaría aprender (Anexo 3).

En segundo lugar, realizamos un proceso de adaptación lingüística y cultural del instrumento (López-Roig y Pastor, 2016). Realizamos una doble traducción de los ítems, instrucciones y escalas de respuesta de los originales. Un comité compuesto por las traductoras y tres expertos en el contenido del instrumento comparó ambas traducciones. Se resolvieron las discrepancias encontradas en algunas de las expresiones de los ítems. Los estudios piloto realizados no sugirieron ninguna modificación del instrumento.

Los índices de consistencia interna obtenidos en la muestra de estudio fueron de $\alpha = ,92$ para la escala de frecuencia de actividades y $\alpha = ,95$ para la escala de autoeficacia percibida.

De las respuestas sobre frecuencia de realización de cada actividad se obtuvo una variable binaria que expresa si no la realiza (“*nunca*”) o la realiza (valores de frecuencia diferentes a *nunca*). Con ello se obtiene el porcentaje de profesionales que realiza cada una de las actividades del listado.

La medida de Autoeficacia específica en el cuidado de personas con demencia se obtiene hallando la puntuación media de autoeficacia percibida en aquellos ítems donde el profesional realiza la actividad. A mayor puntuación, mayor autoeficacia.

AUTOEFICACIA GENERAL

Hemos incorporado dos preguntas sobre autoeficacia percibida en la atención profesional y en el manejo interpersonal en la atención a personas con demencia (Pastor et al., 2012). Ambas se contestan en la misma escala de 11 puntos (0= *Nada capaz*, 10= *Totalmente capaz*) que los ítems de autoeficacia específica. El uso de un nivel más general de autoeficacia ha mostrado buenos resultados para el estudio de sus relaciones con la representación mental de una enfermedad en profesionales (Pastor et al., 2012).

Hemos calculado la puntuación total en Autoeficacia general hallando la media de los dos ítems. Los dos ítems de esta escala presentan unos coeficientes altos de correlación ($\rho = ,787$; $p < ,001$) y de consistencia interna ($\alpha = ,90$).

NECESIDADES DE FORMACIÓN

Para establecer las necesidades de formación se realiza un análisis de frecuencias de las actividades seleccionadas.

2.4. Satisfacción laboral relacionada con el trabajo con personas con demencia

Respecto a la satisfacción laboral, hemos utilizado un instrumento diseñado para evaluar la satisfacción del personal de enfermería que trabaja en centros sociosanitarios (*Nursing home certified nursing assistant job satisfaction questionnaire*, NH-CNA-JSQ; Castle, 2010). Su desarrollo se basó en el modelo del logro de metas (King, 1977), según el cual, la satisfacción laboral viene dada por el significado que los profesionales dan al trabajo que desarrollan. Tuvieron en cuenta características que configuran la satisfacción laboral, tanto intrínsecas o inherentes a las actividades laborales (autonomía, dinámicas grupales y contenidos del trabajo, entre otras), como extrínsecas, que son parte del entorno que acompaña a esas actividades (sueldo, sobrecarga y relaciones con los compañeros, entre otras). Se llevaron a cabo procedimientos de jueces para configurar un listado de ítems con validez de contenido relevante para la población diana (Castle, 2010).

El cuestionario consta de 21 ítems, 19 específicos y 2 de satisfacción global. Un análisis de la estructura factorial de los 19 ítems generó una solución de 7 factores de satisfacción con: los *Compañeros*, las *Demandas del trabajo*, el *Contenido del trabajo*, la *Sobrecarga laboral*, la *Formación*, los *Incentivos* y la *Calidad del cuidado*. Todos los factores alcanzaron valores de alfa de Cronbach por encima de .70 y se obtuvieron buenos índices de correlación con otras medidas de satisfacción laboral. La respuesta a cada ítem se da en una escala visual análoga de 10 puntos (1= *Muy pobre*, 10= *Excelente*), ya que según estudios previos, partir de 1 en lugar de 0 ocasiona menos sesgo de respuesta en escalas de satisfacción laboral (Castle, 2010).

Para este estudio, utilizamos este cuestionario excluyendo los factores de satisfacción extrínseca. Por un lado, carece de fundamento teórico establecer la relación de la satisfacción con elementos laborales extrínsecos con la RM de la demencia y la autoeficacia en la atención específica a este tipo de problemas. Por otro lado, los

contenidos de estos factores tienen mayor probabilidad de generar sesgo de respuesta en los sujetos de estudio.

Así, finalmente seleccionamos aquellos factores que directamente nos informan sobre la satisfacción laboral en lo que supone el cuidado o trabajo directo con las personas con demencia, y que miden satisfacción intrínseca: *Demandas del trabajo* (ítems 1-3), *Contenido del trabajo* (ítems 4-6), *Formación* (ítems 7-9), *Calidad del cuidado* (ítems 10-11). Incluimos también la evaluación de la Satisfacción global (ítems 12, 14) (Cuadro 1). En cada ítem, se pide que se valore el grado de satisfacción, en una escala numérica, manteniendo el formato de la escala de 10 puntos, pero modificando los extremos a 1= *Poco satisfecho* y 10= *Totalmente satisfecho* (Anexo 4).

Han et al., (2014) en su trabajo sobre las relaciones entre nivel profesional, experiencia, calidad percibida y satisfacción laboral en personal de enfermería, utilizaron una medida de satisfacción laboral global, basada en percepción de la valoración social del trabajo: *how much they felt their work was valued by society?*. Se añade como ítem número 13 este ítem del cuestionario de Han et al, (2014). Adaptamos su formulación cambiando el formato pregunta “¿Cómo crees que la sociedad valora tu trabajo?” al de afirmación “La valoración que la sociedad hace de tu trabajo”, para que se responda con la misma escala de satisfacción del cuestionario de Castle (Anexo 4).

Realizamos un proceso de adaptación lingüística y cultural del instrumento, con una doble traducción de los ítems, instrucciones y escalas de respuesta de los originales. Un comité compuesto por las traductoras y tres expertos en el contenido del instrumento comparó ambas traducciones. Se resolvieron las discrepancias encontradas en algunas de las expresiones de los ítems. Los estudios piloto realizados no sugirieron ninguna modificación del instrumento.

Los índices de consistencia interna obtenidos en la muestra de estudio para los factores originales de Castle (2010) fueron: *Demandas del trabajo* (ítems 1-3) $\alpha = .76$, *Contenido del trabajo* (ítems 4-6) $\alpha = .77$, *Formación* (ítems 7-9) $\alpha = .63$ y *Calidad del cuidado* (ítems 10-11) $\alpha = .62$.

Realizamos un análisis de componentes principales para explorar la estructura interna de la escala en nuestra muestra. Los resultados no confirmaron la estructura

III. MÉTODO

de estos cuatro factores originales, sino que mostraron una solución de 3 factores que explican un 66,6% de la varianza (determinante de la matriz de correlaciones: [0,780 – 0,924]; índice KMO = 0,838; prueba de Bartlett: $\chi^2= 1259,9$; gl=55; p= ,000) (Tabla 8).

El primer factor “*Contenido del trabajo*” (ítems 4 - 7, 11; $\alpha= .86$) incluye los ítems originales, además del 7 que evalúa habilidades para el trabajo y el ítem 11 sobre impacto en las vidas de las personas a las que atiende. El segundo factor agrupa los mismos 3 ítems de “*Demandas del trabajo*” (ítems 1-3; $\alpha= .76$). El tercer factor “*Formación y calidad del cuidado*” (ítems 8 – 10; $\alpha= .70$) agrupa los dos ítems que se refieren específicamente a formación y el ítem sobre calidad del cuidado proporcionado (Anexo 4).

Dado el nivel moderado de los índices de consistencia interna de los factores originales en nuestra muestra, la ausencia de aplicaciones previas de este instrumento en nuestro contexto, hasta donde sabemos y los resultados obtenidos, decidimos utilizar la estructura resultante del ACP realizado.

Así, en primer lugar, se obtiene una puntuación de satisfacción global, calculando la media los dos ítems de satisfacción global junto con la valoración social percibida ($\alpha= .73$). En segundo lugar, una puntuación total de satisfacción laboral intrínseca ($\alpha= .87$) hallando la media de los 11 ítems. Y, por último, las puntuaciones medias en cada uno de los tres factores (Cuadro 1). En todos los casos, a mayor puntuación, mayor grado de satisfacción.

Tabla 8. Análisis de componentes principales de Satisfacción laboral.

	Factores		
	1	2	3
Demandas del trabajo			
1. El apoyo que tienes cuando haces tu trabajo	,174	,766	,288
2. Las oportunidades de hablar sobre tus preocupaciones	,091	,816	,308
3. Lo que te demandan los residentes y familiares	,328	,722	-,014
Contenido del trabajo			
4. Cuánto disfrutas trabajando con los residentes	,684	,246	,073
5. Cómo influye tu papel en la vida de los residentes	,818	,203	,162
6. Tu cercanía con los residentes y las familias	,789	,163	,047
7. Si tus habilidades son adecuadas para el trabajo	,757	,061	,221
11. El impacto que tú tienes sobre sus vidas	,751	,109	,383
Formación y calidad del cuidado			
8. La formación que has tenido para desarrollar tu trabajo	,368	,016	,706
9. Las oportunidades que tienes para adquirir más formación	,035	,409	,724
10. La calidad del cuidado que se da a los residentes	,169	,212	,748

En colores los factores originales de Castle: Demandas del trabajo, Contenido del trabajo, Formación, Calidad del cuidado.

Cuadro 1. Resumen de variables e instrumentos.

VARIABLE	INSTRUMENTO
<p>Sociodemográficas y laborales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexo, - Edad, - Estudios - Familiar cercano con demencia - Comunidad autónoma donde estudió - Puesto profesional - Tiempo en el puesto actual - Nº residentes en el centro - Comunidad autónoma donde trabaja 	<p>Cuestionario ad hoc (Anexo 1)</p>
<p>Representación mental de la demencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Representación mental (RM) <ul style="list-style-type: none"> - Identidad (listado de síntomas) - RM general: <ul style="list-style-type: none"> - Curso agudo/crónico (ítems 1, 2, 5, 16, 18, 28) - Consecuencias (ítems 6 - 11) - Control profesional (ítems 3, 12 - 15, 17) - Control del tratamiento (ítems 19 - 23) - Coherencia/comprensión (ítems 4, 24 - 27) - Curso cíclico (ítems 29 - 32) - Causas (listado de causas) - Representación emocional (RE) (ítems 33 - 38) 	<p>Adaptación para profesionales de la versión española de “The Illness Perception Questionnaire” (Pacheco-Huergo et al., 2012) (Anexo 2)</p>
<p>Autoeficacia percibida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de realización de cada actividad - Autoeficacia percibida en el cuidado de personas con demencia: <ul style="list-style-type: none"> - Autoeficacia específica (AEE) - Autoeficacia general (AEG) <ul style="list-style-type: none"> - Puntuación total AEG - AEG para la atención profesional - AEG para la relación 	<p>Adaptación del “Dementia-related work activities of home care nurses and aides” (Morgan et al., 2016) y Adaptación de factores <i>Construcción de relaciones y Apoyo a la persona</i> de la escala “Sense of Competence in Dementia Care Staff” (Schepers et al., 2012) (Anexo 3)</p> <p>Escalas de Autoeficacia (Pastor, López-Roig y Johnston, 2012) (Anexo 3)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades de formación 	<p>Ítem de selección de actividades (Anexo 3)</p>
<p>Satisfacción laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción global (ítems 12 - 14) - Satisfacción intrínseca (ítems 1 - 11) <ul style="list-style-type: none"> - Demandas del trabajo (ítems 1 - 3) - Contenido del trabajo (ítems 4 - 7, 11) - Formación y calidad del cuidado (ítems 8 - 10) 	<p>Han et al., (2014) (Anexo 4)</p> <p>NH-CNA-JSQ “The nursing home certified nursing assistant job satisfaction questionnaire” (Castle, 2010) (Anexo 4)</p>



3. Diseño y procedimiento

3.1. Tipo de estudio y procedimiento

Se trata de un estudio transversal, observacional y analítico. Se ha realizado con una muestra de participantes pertenecientes a una organización con tamaño y distribución de grupos profesionales representativa de la población diana.

Para llevar a cabo el estudio, se planificó un protocolo de actuación que comienza con la obtención del permiso de la empresa y termina con la recepción de la batería de instrumentos contestada en el domicilio laboral de la responsable de la investigación.

En un primer instante, se elabora una carta donde se solicita la autorización por parte de la empresa colaboradora, para poder acceder a la muestra indicada de los centros sociosanitarios que gestionan. En ella, se explica tanto el objetivo del estudio como el uso que se va a hacer de los datos obtenidos, ajustándose en todo momento a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Se aclara concretamente que dichos datos serán tratados, de forma anónima y estrictamente confidencial, sólo por el equipo investigador y que no serán cedidos a terceras personas (Anexo 5).

Se hace llegar adjunto a la anterior carta, el documento de Declaración de interés (EPO), donde la empresa refleja su interés en colaborar con el estudio expuesto (Anexo 6).

Ambos documentos se remiten a la atención de D^a Ana M^a García González, Jefa del área técnica del Grupo Amma, que muestra su interés y ofrece su colaboración para facilitar el proceso de reclutamiento de sujetos.

Se solicita entonces la evaluación por parte del Comité Ético de la Universidad Miguel Hernández. Para ello se elabora el informe correspondiente para dicha comisión, la hoja de información al participante (HIP) (Anexo 7) y el consentimiento informado (Anexo 8) que acompañarán a los cuestionarios entregados a cada participante. Se obtiene con ello la evaluación ética favorable de la Universidad,

responsable del programa de doctorado donde se ubica la dirección de este trabajo (Anexo 9).

Desarrollamos y hacemos llegar a D^a Ana M^a García González, el procedimiento con los pasos detallados a seguir para el reclutamiento de sujetos y recogida de los datos (Anexo 10). Será ella quién remita estas instrucciones a los diferentes directores/as de los centros a medida que se le vaya solicitando y vayamos enviando los correspondientes paquetes de cuestionarios. Tanto el envío como la recogida del paquete se realizarán a través de mensajería rápida.

Con el objetivo de poner a prueba el procedimiento completo, se solicita realizar un estudio piloto en uno de los centros. Se realiza el procedimiento completo con el centro Amma Alcorcón situado en la localidad de Alcorcón- Madrid, verificando el correcto funcionamiento del proceso. De igual manera, se realiza un segundo estudio piloto, con una valoración cualitativa de las instrucciones, los ítems y las opciones de respuesta con tres profesionales (Director, Coordinadora de enfermería y Psicóloga) del centro Amma Villanueva en Villanueva de la Cañada- Madrid.

En el primer caso, los cuestionarios se incluyen en el análisis global de los datos. En el segundo, se desechan los cuestionarios y se analiza la hoja final incorporada (Anexo 11) en la que se les preguntaba por la claridad de las instrucciones, ítems y opciones de respuesta. Dichos aspectos resultaron claros para estos profesionales.

Se realiza por tanto, el envío secuenciado de los cuestionarios a los diferentes centros del Grupo Amma. Esto genera una recogida escalonada a lo largo del período comprendido entre Octubre del 2016 y Marzo 2017.

3.2. Análisis estadístico

Los datos se han introducido en una base Acces. Los análisis de datos descriptivos, de diferencias, de correlación, fiabilidad y de componentes principales se han realizado utilizando el programa SPSS 23.0, para Windows. Para los análisis de ecuaciones estructurales se han utilizado diferentes paquetes del software R.

ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

Para realizar la descripción de la muestra, hemos aplicado el paquete de análisis descriptivo y de frecuencias. La normalidad de las distribuciones de las variables se ha comprobado mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, o de Shapiro-Wilk en el caso de subgrupos pequeños.

En la descripción de las variables se han obtenido los índices de tendencia central (media), de dispersión (desviación estándar), de asimetría y apuntamiento o curtosis. Se completa la descripción con la moda y con índices basados en ordenaciones (mediana y percentiles de Tukey). Las estimaciones de medias se han realizado calculando el intervalo de confianza, con un nivel del 95%. Como gráficos descriptivos se han utilizado gráficos de barras, sectoriales y diagramas de caja.

Se analizan los efectos suelo/techo en las respuestas a los ítems no dicotómicos.

En los ítems con escalas de respuesta de 5 puntos, el criterio para determinar un efecto techo es que exista un 90% de respuestas acumuladas en valores superiores (categorías 4 y 5 en los ítems con escalas de 5 opciones de respuesta; y categorías 8 a 10 en escalas numéricas de 10 u 11 puntos). Establecemos un efecto suelo, cuando exista el mismo % en las categorías extremas inferiores (1 y 2 en los ítems de escalas de 5 opciones de respuesta; y categorías de 0-3 en las de 10 u 11 puntos). Así mismo, en las escalas tipo Likert, exploramos aquellos ítems que presentan alternativas de respuesta con valores menores del 5% (Viladrich y Doval, 2011).

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

Para estudiar las relaciones entre variables cuantitativas, se ha obtenido el coeficiente r de Pearson y, en casos de falta de normalidad de las variables, el coeficiente de correlación no paramétrico Rho de Spearman (ρ).

ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y COMPONENTES PRINCIPALES

Hemos realizado análisis de consistencia interna obteniendo los coeficientes Alfa de Cronbach (α) de cada escala y subescala.

La estructura interna de las causas de la RM se ha estudiado, en primer lugar, analizando las frecuencias de los ítems y observando la matriz de correlaciones.

En segundo lugar, se ha realizado un análisis de componentes principales (ACP) con los ítems que configuran la dimensión causal. Para establecer al inicio la viabilidad del análisis, se ha tenido en cuenta el índice KMO y la prueba de esfericidad de Barlett. Para la agrupación de componentes hemos utilizado la matriz de componentes rotados Varimax con Kaiser. En la interpretación final del ACP, hemos considerado que una causa tiene un peso relevante en un determinado factor, con saturaciones a partir de .30 y con una diferencia de saturación en otros factores de al menos 0,15. Para decidir el número de factores en la solución final se han considerado factores con valor propio superior a 1, un criterio de interpretabilidad, la cantidad de varianza explicada por el conjunto de factores y la observación de la gráfica de sedimentación (Viladrich y Doval, 2011).

ANÁLISIS DE DIFERENCIAS

Para el cálculo de diferencias entre dos grupos se ha utilizado la prueba t de Student para muestras independientes. Se ha tenido en cuenta el resultado de la prueba de Levene para comprobar la igualdad de las varianzas. La estimación de la diferencia de medias se ha realizado calculando el intervalo de confianza, con un nivel del 95%. En caso de que la distribución de la variable dependiente en los dos grupos no siga una ley normal y el tamaño de las dos muestras sea pequeño (< 30), se utiliza la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para dos muestras.

En los casos en que se han comparado más de dos grupos, se ha utilizado la prueba ANOVA de un factor. Para determinar entre qué grupos se encuentran las diferencias, se han realizado pruebas de comparaciones múltiples con la corrección de Bonferroni. Para la comparación entre grupos con categorías ordenadas se ha explorado la existencia de tendencias lineal o cuadrática. En el caso de que la prueba de Levene indique que no hay igualdad de varianzas, y/o que no se cumpla el supuesto de normalidad cuando los grupos que se comparan son de tamaño menor

que 30, se utiliza la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para k muestras. Se realizan también comparaciones múltiples ajustando con la corrección de Bonferroni. Para explorar la tendencia lineal con variables ordinales se obtiene el coeficiente Rho de Spearman (ρ).

Para la comparación de las variables cualitativas usamos tablas de contingencia y aplicamos la prueba χ^2 de Pearson.

MODELADO CON ECUACIONES ESTRUCTURALES

Para la estimación del efecto y de las relaciones entre representación mental, autoeficacia y satisfacción laboral, realizamos un modelado de ecuaciones estructurales (*Structural Equation Modeling*, SEM), utilizando diferentes módulos o paquetes dentro del software R.

Sobre la base del análisis de correlación previo se toman decisiones sobre las variables de RM que se introducen en modelo inicial. Con el objetivo de llegar al modelo más parsimonioso, se parte del modelo completo inicial y se van eliminando los paths no significativos, así como las variables observadas que no constituyen indicadores fiables de las variables latentes.

Para el análisis de ajuste de modelos utilizamos el paquete estadístico R (RCore Team, 2017), aplicando el modelado de ecuaciones estructurales con el paquete lavaan de R (Roseel, 2012). Con este enfoque es posible probar un modelo teórico especificado previamente y determinar si nuestros datos se ajustan a él. Las técnicas de modelado con SEM proporcionan parámetros estructurales, prueban las relaciones entre los constructos y las medidas globales de ajuste del modelo. Las pruebas del modelado SEM se basan en la matriz de covarianzas.

La imputación de casos perdidos se llevó a cabo mediante el paquete mice de R (van Buuren & Groothuis-Oudshoorn, 2011), a través del método de 'predictive mean matching'. Se eliminó previamente un caso por datos perdidos del análisis, realizándose finalmente con 272 sujetos.

En cuanto al cumplimiento de supuestos para la realización del modelado SEM, el análisis de la normalidad univariante (test de Kolmogorov-Smirnov) y multivariante (test de Mardia) de las variables se efectuó mediante el paquete MVN de R (Korkmaz, Goksuluk, & Zararsiz, 2014). Ambos análisis reflejaron ausencia de

normalidad en la distribución de las variables. Por lo que se aplicó el test estadístico de la escala (media ajustada) de Satorra-Bentler.

Se ha llevado a cabo la evaluación de criterios de ajuste (Hu y Bentler, 1999). El test de bondad de ajuste evalúa la magnitud de la varianza no explicada. Un valor de la razón: $\chi^2/\text{gl} < 2$ sugiere un ajuste aceptable. Un tamaño del RMSEA por debajo de .06 sugiere un modelo bien ajustado. Un índice de ajuste comparativo (CFI) por encima de .95 indica buen ajuste. Igualmente son indicadores de buen ajuste un SRMR menor de .09 también. El estadístico χ^2 proporciona una medida convencional de ajuste del modelo. Sin embargo, dada su sensibilidad al tamaño de la muestra, utilizamos tres índices complementarios, que optimizan el balance entre las tasas de errores tipo I y tipo II (Hu y Bentler, 1998). El criterio de buen ajuste de los índices AGFI, NFI e IFI es también que sean $\geq .95$. La información sobre el tamaño del efecto se muestra con los índices R^2 (Cohen, 1988).



IV. RESULTADOS





1. Descripción de la representación mental de la demencia

Presentamos la descripción de las 9 dimensiones de la RM organizadas según el método de evaluación. Describimos primero la dimensión “Identidad”. A continuación las 7 dimensiones de la RM general donde se engloba la RE y, por último, la dimensión “Causas”.

1.1. Identidad

En primer lugar, exponemos el análisis descriptivo de cada uno de los síntomas. Y después la descripción de la dimensión identidad en su conjunto y su análisis separado por síntomas específicos y no específicos.

DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Del listado de 25 síntomas que incluye la dimensión “Identidad”, los 7 primeros no son específicos del padecimiento de una demencia (Tabla 9).

Los síntomas no específicos que los sujetos asocian con mayor frecuencia a la demencia son las dificultades para dormir (92,6%) y la pérdida de peso (82,6%). En menor porcentaje, los participantes relacionan la demencia con dolor (26,9%), mareos (25,5%) y náuseas (12,6%) (Tabla 9).

De los 18 síntomas específicos, 16 de ellos fueron seleccionados por más de un 90% de los profesionales, situándose únicamente por debajo, llanto y risa espasmódicos (85,6%) y mal humor (77,9%). Todos los participantes asociaron la demencia con desorientación en el tiempo (Tabla 9).

Tabla 9. Frecuencia de asociación de síntomas a la demencia.

	n	%
Dificultades para dormir	251	92,6
Pérdida de peso	223	82,3
Pérdida de fuerza	137	50,6
Fatiga (cansancio)	117	43,3
Dolor	72	26,9
Mareos	64	25,5
Nauseas (Ganas de vomitar)	34	12,6
Desorientación en tiempo	271	100
Problemas de memoria	271	99,6
Alteraciones del comportamiento	270	99,6
Desorientación en espacio	269	99,6
Falta de atención	269	99,3
Dificultades de aprendizaje	267	98,9
Dificultades de concentración	249	98,8
Delirios	265	97,8
Agitación	246	97,6
Dificultades en el lenguaje	262	96,7
Dificultad reconocimiento sensorial	259	95,6
Apatía	256	94,8
Alucinaciones	237	94,0
Problemas de juicio	251	92,6
Tristeza, depresión	248	91,5
Dificultad para coordinar movimientos	227	90,1
Llanto y risa espasmódicos	231	85,6
Mal humor	211	77,9

DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

Hemos realizado un análisis de asociación entre variables sociodemográficas y laborales y aquellos síntomas que han mostrado menor frecuencia.

No hay diferencias significativas en porcentaje de participantes que seleccionan los síntomas pérdida de fuerza, fatiga, mareos, llanto y risa espasmódicos y mal humor, según sexo, edad, tener un familiar con demencia, comunidad donde trabaja, puesto y tiempo en el puesto.

Los profesionales que tienen un familiar con demencia seleccionan con más frecuencia el dolor (37,2% vs 21,2%) ($\chi^2= 7,632$; $gl=1$; $p= ,006$) y las náuseas (19,5% vs 8,4%) ($\chi^2= 6,890$; $gl=1$; $p= ,009$). Los que llevan menos de un año trabajando asocian con menor frecuencia las náuseas (6,1%) que aquellos que llevan entre 1 y 3 años (23,4%) y más de tres años (11,2%) ($\chi^2=8,044$; $gl= 2$; $p= ,018$).

Respecto a la asociación del mal humor con la demencia, los grupos profesionales que en menor medida lo relacionan son coordinación de SSGG (50%), dirección (63,2%), trabajo social (66,7%) y medicina (68,2%). Y con mayor frecuencia, terapia ocupacional (80%), enfermería (80,6%), coordinación de enfermería (84,6%), animación o educación social (87,5%) y coordinación de auxiliares (96%).

DESCRIPCIÓN DE LA IDENTIDAD

Las altas frecuencias de asociación de los síntomas se reflejan también en las altas puntuaciones de la dimensión. Tanto en su puntuación total como en las puntuaciones de síntomas específicos de demencia, las modas, el P₂₅ y las medias muestran un valor alto. En los síntomas no específicos los valores son más moderados (Tabla 10).

DESCRIPCIÓN DE LA IDENTIDAD POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

Con relación a las puntuaciones de “Identidad”, síntomas específicos y no específicos de demencia, no encontramos diferencias según el sexo, la edad, nivel de estudios, tener o no un familiar con demencia, puesto de trabajo, el tiempo en el puesto y comunidad autónoma de trabajo

Según el número de residentes del centro, existen diferencias en “Identidad” (K-W= 12,12; gl=5; p=,033), con una tendencia lineal significativa ($\rho = 173$; p= ,006), de forma que cuanto mayor es el número de residentes mayor es el número de síntomas. Se obtienen los mismos resultados cuando analizamos las diferencias según síntomas no específicos (K-W= 11,49; gl=5; p= ,043; $\rho = 162$; p= ,010) y específicos de la demencia (K-W= 12,53; gl=5; p= ,028; $\rho = 152$; p= ,015).

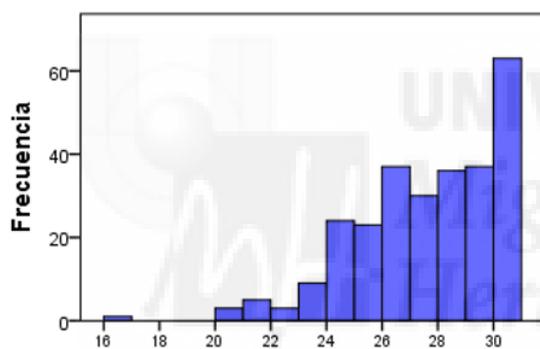
Los análisis por puesto de trabajo no indican diferencias significativas. Sin embargo, se observa que algunos grupos profesionales se diferencian del resto. Así, los grupos de dirección, medicina y coordinación de servicios generales presentan las puntuaciones en identidad más bajas (M= 19,2; DT= 4,1; M= 19,4; DT= 3,4; y M= 19,5; DT= 2,5, respectivamente).

El número total de síntomas no específicos de demencia es menor en los profesionales médicos (M= 2,5; DT= 2,2), frente al resto de profesionales (M \geq 2,9; DT \geq 2,0).

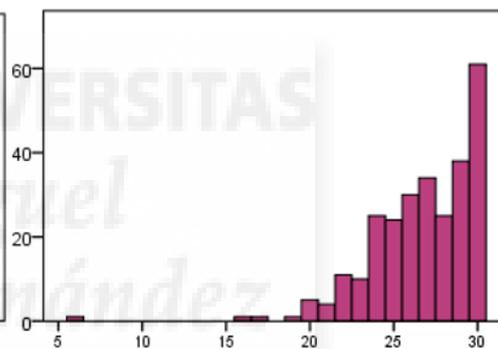
Por su parte, el número total de síntomas específicos es menor en los participantes que ocupan puestos de dirección (M= 16,3; DT= 2,5), medicina (M= 16,8; DT= 1,7) y de coordinación de servicios generales (M= 16,3; DT= 1,6).

1.2. Dimensiones de la representación mental general

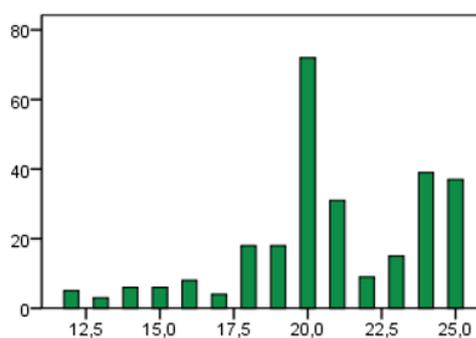
Respecto de las siete dimensiones de la RM general, las dimensiones “Curso agudo/crónico”, “Consecuencias” y “Coherencia/comprensión” muestran los valores más altos. Todas ellas tienen puntuaciones medias claramente por encima del valor medio en relación con su rango. Un 75% de la muestra puntúa valores altos (P25=25,6; 25; 19,5, respectivamente), con coeficientes de asimetría negativa y con efecto techo en la mayoría de sus ítems (Tabla 10). En el caso de las dos primeras, la moda coincide con el valor más alto de la escala (Mo= 30). La dimensión “Consecuencias”, además, tiene una clara distribución leptocúrtica ($\tau=6,8$) (Gráfica 8-10).



Gráfica 8. “Curso agudo/crónico”.



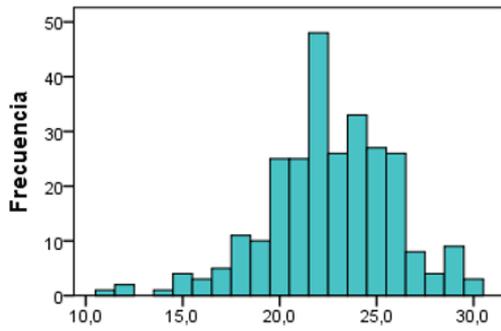
Gráfica 9. “Consecuencias”.



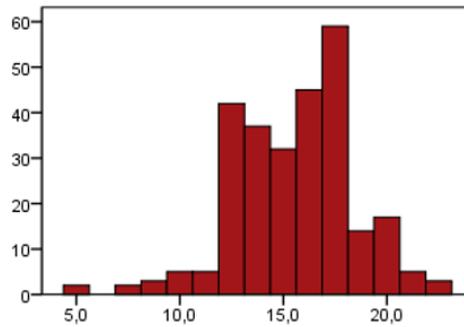
Gráfica 10. “Coherencia y comprensión”.

IV. RESULTADOS

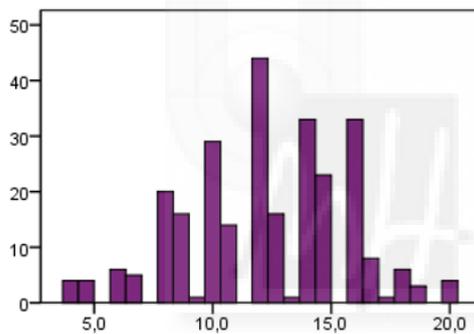
Las dimensiones “Control profesional”, “Control del tratamiento” y “Curso cíclico” presentan valores más moderados, con asimetría negativa, pero inferior a las anteriores. La “Respuesta emocional” es la que presenta los valores más bajos (Tabla 10) (Gráfica 11-14). Ninguna de estas dimensiones muestra efectos suelo o techo en ninguno de sus ítems.



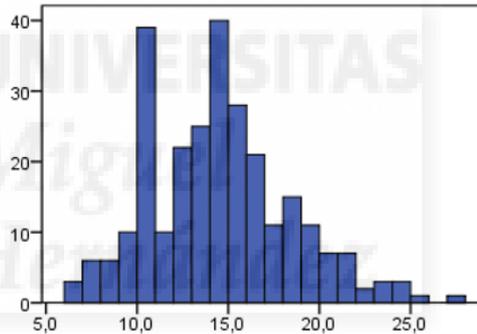
Gráfica 11. “Control profesional”.



Gráfica 12. “Control del tratamiento”.



Gráfica 13. “Curso cíclico”.



Gráfica 14. “Respuesta emocional”.

Tabla 10. Dimensiones de la representación mental*.

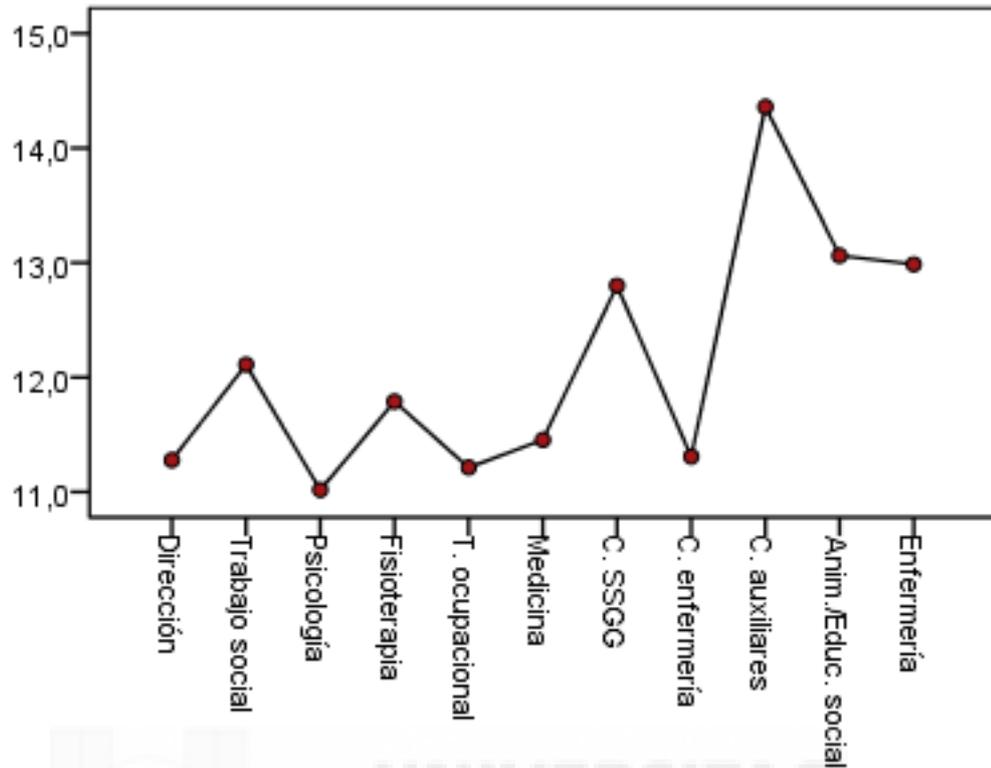
	Rango teórico	Rango empírico	\bar{x} (DT)	IC 95%	P ₂₅	Me	P ₇₅	Mo	CA**	Curt***
Identidad	[0-25]	[9-25]	20,5 (2,9)	[20,1-20,8]	19	21	22	20	-,7	,7
Síntomas no específicos	[0-7]	[0-7]	3,4 (1,8)	[3,1-3,6]	2	3	5	2	,3	-,6
Síntomas específicos	[0-18]	[9-18]	17,1(1,6)	[16,9-17,3]	17	18	18	18	-2,1	4,4
Curso agudo/crónico	[6-30]	[16-30]	27,1 (2,6)	[26,8-27,4]	25,6	27,8	29	30	-,9	,7
Curso cíclico	[4-20]	[4-20]	12,3 (3,4)	[11,9-12,7]	10	12	15	12	-,2	-,4
Consecuencias	[6-30]	[6-30]	22,7 (3,1)	[26,4-27,1]	25	27	29	30	-1,7	6,8
Control profesional	[6-30]	[11-30]	22,6 (3,3)	[22,2-23,0]	21	22,9	25	22	-,4	,8
Control del tratamiento	[5-25]	[5-23]	15,6 (2,8)	[15,2-15,9]	14	16	18	16	-,4	,7
Coherencia/comprensión	[5-25]	[12-25]	20,8 (3,2)	[20,4-21,2]	19,5	20	24	20	-,6	,1
Respuesta emocional	[6-30]	[6-27]	14,0 (3,8)	[13,5-14,5]	11	14	16	14	,5	,1

*: Excepto dimensión "Causas"; CA**= Coeficiente de asimetría; Curt***= Curtosis.

ANÁLISIS POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

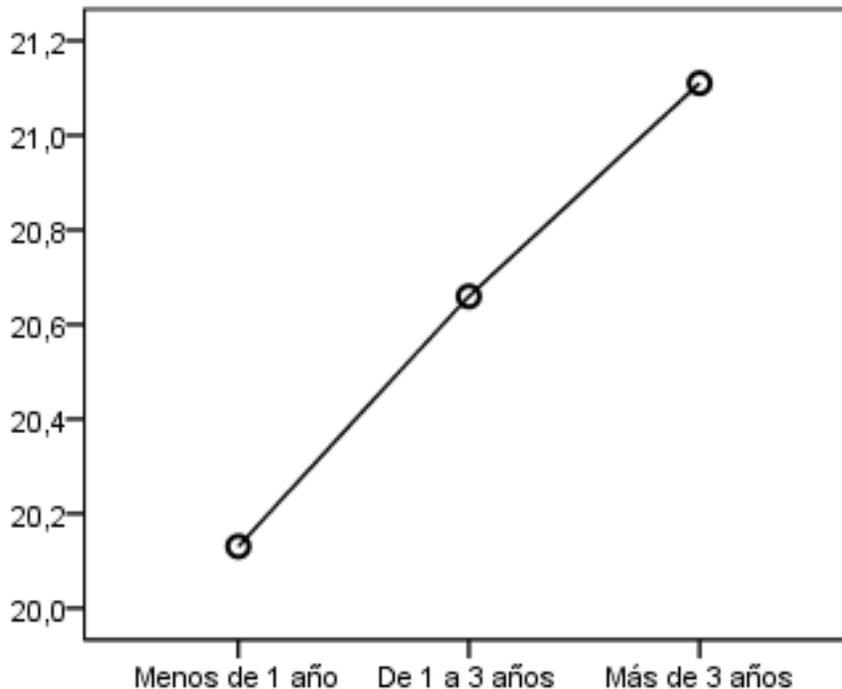
En el análisis de las dimensiones de la RM según las diferentes variables sociodemográficas y laborales, se observa lo siguiente:

- Según la edad de los profesionales, en la dimensión “Curso agudo/crónico”, los menores de 25 años puntúan más bajo que los sujetos con edades comprendidas entre 26-35 años ($p= ,007$) y 36-45 años ($p= ,029$). En el caso de “Control del tratamiento”, los menores de 25 años puntuaron más alto que los de 36-45 años ($p= ,037$). En “Coherencia y comprensión”, el grupo de sujetos menores de 25 años indican menores puntuaciones frente a los participantes con edades entre 26-35 años ($p= ,001$) y entre 36-45 ($p= ,003$). Por último, para la dimensión “Curso cíclico”, los profesionales de 36-45 años indican puntuaciones más bajas que los menores de 25 años ($p= ,044$) y los que se encuentran entre 26-35 ($p= ,008$) (Tabla 11).
- En relación al nivel de estudios cursados, los participantes con estudios universitarios, reflejan puntuaciones más altas en la dimensión “Coherencia y comprensión” que los sujetos con estudios de bachiller o FP superior ($p= ,004$). En la dimensión “Curso cíclico”, los profesionales con estudios universitarios indican puntuaciones más bajas que aquellos con estudios de bachiller o FP superior ($p= ,017$) y estudios secundarios o FP ($p= ,001$) (Tabla 11).
- Según el puesto de trabajo desarrollado, las coordinaciones de auxiliares indican, para la dimensión “Curso cíclico”, las puntuaciones más altas frente a las más bajas reflejadas por los profesionales de psicología (Gráfica 15).



Gráfica 15. Puntuaciones en curso cíclico en función del grupo profesional.

- En función del tiempo que los profesionales llevan en su puesto de trabajo, aquellos con menos de un año puntúan por debajo en la dimensión “curso agudo/crónico” que los que llevan entre uno y tres años ($p=,038$) y más de tres años ($p=,002$). En “Control del tratamiento”, las puntuaciones más altas son reflejadas por aquellos sujetos que llevan en su puesto menos de un año frente a las más bajas registradas por los que pasan de los tres años ($p=,030$). Por último, se observa una tendencia lineal en relación a la dimensión “Coherencia y comprensión” y el tiempo en el puesto de trabajo (Gráfica 16).



Gráfica 16. Puntuaciones en “Coherencia y comprensión” según tiempo en el puesto.

- Los profesionales de centros con un número de residentes entre 50 y 100, puntúan más bajo en la dimensión “Consecuencias” que aquellos que trabajan con 101-140 residentes ($p=,011$), 141-170 residentes ($p=,002$) y más de 200 residentes ($p=,010$). De igual manera, los participantes de centros de 50-100 residentes, puntúan inferior en “Respuesta emocional” que aquellos que desarrollan su puesto de trabajo en centros de 101-140 residentes ($p=,008$), 141-170 ($p=,005$) y 171-200 ($p=,012$).

- En relación a la comunidad autónoma donde trabajan los participantes, en Cataluña se registran puntuaciones más altas en las dimensiones “Curso agudo/crónico” y “Consecuencias” que en Madrid ($p=,023$), ($p=,005$) respectivamente. Para esta última dimensión, los profesionales de Cataluña también puntúan por encima de Canarias ($p=,006$). Para la dimensión “Control de tratamiento”, los profesionales de Canarias reflejan puntuaciones bajas respecto a Castilla La Mancha y Madrid ($p=,003$) y ($p=,002$). En lo referente a la “Coherencia y comprensión”, las puntuaciones más bajas son registradas en Navarra frente a las más altas de Cataluña y Castilla La Mancha ($p=,005$) y ($p=,013$).

Tabla 11. Análisis de dimensiones de la RM con variables sociodemográficas y laborales.

	Edad		Estudios		Puesto de trabajo		Tiempo en el puesto		Nº de residentes		C. autónoma de trabajo	
	F/KW ^a	p	F/KW ^a	p	F/KW ^a	p	F/KW ^a	p	F/KW ^a	p	F/KW ^a	p
Curso agudo/crónico	3,83	,010					6,10	,003			13,45 ^a	,009
Curso cíclico	12,58 ^a	,006	18,78 ^a	,000	23,26 ^a	,010						
Consecuencias									20,48 ^a	,001	15,93 ^a	,003
Control profesional												
Control del tratamiento	3,00	,031					3,50	,032			23,13 ^a	,000
Coherencia y comprensión	5,84	,001	12,94 ^a	,002								
Respuesta emocional									16,42 ^a	,006		
gl=	3		2		10		2		5		4	

1.3. Causas

DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS

El análisis de frecuencias de cada una de las causas indica que el ítem “Edad/envejecimiento (el paso de los años)” presenta un claro efecto techo, ya que un 91,2% (n= 248) responde con los dos valores extremos: “*Sí, de acuerdo*” (55,9%) y “*Sí, totalmente de acuerdo*” (35,3%). No se observa efecto techo o suelo en el resto de ítems.

En 3 ítems encontramos menos de un 5% en el valor más bajo de respuesta “*No, totalmente en desacuerdo*”: “Hereditario, viene de familia” (2,9%), “Alcohol” (3,0%) y “Accidente o lesión” (4,1%). Mientras que se observa menos de un 5% en el valor más alto “*Sí, totalmente de acuerdo*” en 10 de los ítems: “Un microbio o virus” (2,6%), “VIH” (4,5%), “Casualidad o mala suerte” (3,0%), “Atención médica deficiente en el pasado” (1,5%), “Contaminación ambiental” (3,0%), “La actitud mental...” (2,9%), “Problemas familiares” (4,1%), “Exceso de trabajo” (4,0%), “La personalidad” (4,1%), y “Antibióticos” (1,5%). Estos 13 ítems no presentan ninguna otra alternativa de respuesta menor del 5%. En el resto de ítems, todas las respuestas son superiores al 5%.

En un análisis de la asociación de causas que establecen los profesionales, se observa como etiología principal, la edad o envejecimiento con una media de 4,2 (DT= 0,8), en un rango de 1 a 5; seguida de: factores hereditarios y consumo de alcohol (M= 3,9; DT= 1,0) y aspectos relacionados con accidentes o lesiones y con el estado emocional con medias de 3,7 (DT=1,0) y 3,5 (DT=1,1), respectivamente (Tabla 12).

Las causas con menor puntuación media resultaron ser las relacionadas con casualidad o mala suerte (M= 2,2; DT= 1,1) e infecciones por microbios o virus (M= 2,3; DT= 1,2).

Tabla 12. Descripción de la asociación de causas a la demencia.

	\bar{X} (DT)	IC 95%	P ₂₅	Me	P ₇₅	Mo	CA	Curt
Edad/envejecimiento	4,2 (0,8)	[4,1-4,3]	4	4	5	4	-1,6	3,4
Alcohol	3,9 (1,0)	[3,8-4,1]	4	4	5	4	-1,2	1,5
Hereditario, viene de familia	3,9 (0,9)	[3,8-4,0]	4	4	4	4	-1,4	2,5
Accidente o lesión	3,7 (1,0)	[3,6-3,9]	3	4	4	4	-1,0	,5
El estado emocional	3,5 (1,1)	[3,4-3,6]	3	4	4	4	-,9	0
Acontecimientos vitales traumáticos	3,4 (1,1)	[3,3-3,5]	3	4	4	4	-,8	-,3
Neurolépticos	3,3 (1,1)	[3,1-3,4]	3	4	4	4	-,6	-,4
Esclerosis múltiple	3,2 (1,2)	[3,0-3,3]	2	3	4	4	-,3	-,9
Estrés o preocupaciones	3,2 (1,1)	[3,1-3,3]	2	4	4	4	-,5	-,9
Tabaco	3,1 (1,2)	[2,9-3,2]	2	3	4	4	-,2	-1,0
Dieta o hábitos alimentarios	3,0 (1,2)	[2,9-3,2]	2	3	4	4	-,3	-1,2
Alteración de la inmunidad	3,0 (1,1)	[2,8-3,1]	2	3	4	4	-,2	-,9
La conducta	2,9 (1,2)	[2,7-3,0]	2	3	4	4	-,1	-1,3
Problemas familiares	2,9 (1,2)	[2,7-3,0]	2	3	4	4	-,1	-1,2
Sífilis	2,9 (1,2)	[2,8-3,1]	2	3	4	4	-,1	-,9
Déficits de glucosa	2,9 (1,1)	[2,8-3,0]	2	3	4	4	-,1	-,9
Exceso de trabajo	2,8 (1,2)	[2,7-3,0]	2	3	4	4	-,1	-1,1
La actitud mental	2,8 (1,1)	[2,7-2,9]	2	3	4	4	-,1	-1,0
La personalidad	2,8 (1,1)	[2,6-2,9]	2	3	4	4	0	-0,9
Contaminación ambiental	2,7 (1,2)	[2,6-2,8]	2	3	4	4	0	-1,2
VIH	2,5 (1,3)	[2,4-2,7]	1	2	4	2	,3	-1,3
Atención médica deficiente en el pasado	2,4 (1,1)	[2,3-2,5]	2	2	3	2	,4	-,9
Antibióticos	2,4 (0,9)	[2,2-2,5]	2	2	3	2	,4	-,2
Un microbio o virus	2,3 (1,2)	[2,2-2,4]	1	2	3	1	,5	-1,0
Casualidad o mala suerte	2,2 (1,1)	[2,1-2,3]	1	2	3	1	,6	-,5

Rango teórico y rango empírico= [1-5]

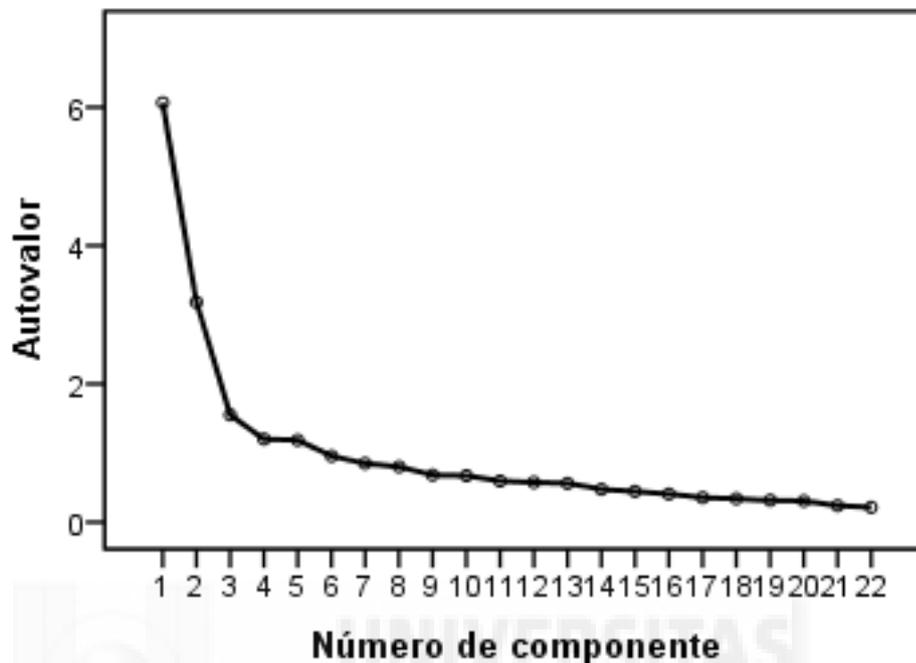
DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS PRINCIPALES

En la asociación de los sujetos de las 3 causas principales en orden de prioridad, un 60,3% (n=157) indicó como primera causa los factores hereditarios, un 59,8% (n=156) la edad o envejecimiento como segunda causa y un 17,4% (n=45) los accidentes cerebrovasculares como tercera causa principal. A estas les siguieron: alcohol con un 16,8% (n=43), estrés o preocupaciones con un 14,4% (n=37), accidente o lesión y causas neurodegenerativas ambas con un 12% (n=31) y el estado emocional con un 11,7% (n=30). El resto de causas descritas por los profesionales, un total de 38, fueron reflejadas por menos de un 10% de los sujetos, encontrándose casos aislados de una sola mención como por ejemplo: déficits de glucosa, mala conducta de joven, malos tratos o alteración de proteínas todas ellas con un 0,4% (n=1).

ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES

Hemos realizado un análisis de componentes principales (ACP) de las causas, excluyendo “Edad/Envejecimiento”, debido al claro efecto techo encontrado. La solución inicial rotada se compone de 6 factores que explican un 62,7% de la varianza. El gráfico de sedimentación muestra inflexiones en los factores 3 y 5. Por otra parte, salvo los dos primeros factores, existen dificultades de interpretabilidad del resto, por lo que se exploran diferentes soluciones, eliminando ítems y forzando o no el número de factores a 5.

Finalmente, se selecciona la solución inicial rotada una vez eliminados los ítems “Conducta” y “Alteración de la inmunidad (de las defensas del cuerpo)” y sin forzar el número de factores. Esta solución final se compone de 5 factores que explican un 59,9% de la varianza. El determinante de la matriz de correlaciones muestra buenas medidas de adecuación muestral [0,647 – 0,902], con un índice KMO = 0,844. Los resultados de la prueba de Bartlett permiten rechazar la hipótesis de esfericidad ($\chi^2=2139,7$; gl=231; p= ,000). El gráfico de sedimentación muestra una clara inflexión en el factor 5 (Gráfica17).



Gráfica 17. Gráfico de sedimentación: causas de la RM.

En el primer factor “Causas psicológicas” (VE= 18,8%) saturan 7 ítems relativos, por un lado, a estrés, problemas familiares, exceso de trabajo y acontecimientos traumáticos y, por otro, a actitud mental y personalidad. El segundo factor “Causas biológicas” (VE: 14,2%) incluye 6 ítems referidos a infecciones y otras patologías. En el tercer factor “Riesgos” (VE: 11,1%) saturan 4 ítems que engloban factores de riesgo adquiridos y hereditarios. El factor 4 “Dieta y contaminación” incluye 2 ítems (VE 7,9%) y las 3 causas restantes configuran el factor 5 “Causas impredecibles” relacionadas con problemas médicos y el azar (VE: 7,8%) (Tabla 13).

Tabla 13. Análisis de componentes principales de las causas.

	Factores				
	1	2	3	4	5
Causas psicológicas					
Estrés o preocupaciones	,726	-,087	,071	,100	-,114
La actitud mental	,728	,042	-,122	,323	,060
El estado emocional	,651	-,058	,288	,047	,123
Problemas familiares	,832	-,004	-,005	,104	,095
Exceso de trabajo	,815	,026	,056	,090	,145
La personalidad	,560	,060	,045	,165	,347
Acontecimientos vitales traumáticos	,620	,164	,349	-,022	,076
Causas biológicas					
Un microbio o virus	-,050	,748	-,092	,289	-,032
VIH	-,163	,822	,078	,100	-,113
Sífilis	-,034	,800	,193	,031	-,056
Antibióticos	,310	,516	,096	,062	,483
Déficits de glucosa	,156	,580	,345	-,012	,264
Esclerosis múltiple	,151	,556	,373	-,005	,148
Riesgos					
Hereditario, de familia	,078	,056	,615	-,037	-,262
Alcohol	,032	,171	,776	,235	-,009
Tabaco	,271	,038	,522	,382	,223
Accidente o lesión	,041	,302	,626	,153	,194
Dieta y contaminación					
Dieta, hábitos alimentarios	,154	,082	,312	,726	,089
Contaminación ambiental	,305	,248	,060	,747	,092
Causas impredecibles					
Casualidad o mala suerte	,033	-,126	-,093	,121	,779
Atención médica deficiente en el pasado	,250	,288	,073	,351	,457
Neurolépticos	,396	,097	,378	-,196	,454

n= 249

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES CAUSALES

En el análisis de los cinco factores causales, se observa que en tres de ellos, “Causas psicológicas”, “Riesgos” y “Dieta y contaminación” el valor de la moda se sitúa por encima de la media del rango. Las puntuaciones más altas, se reflejaron en el factor “Dieta y contaminación” y “Riesgos” donde el 75% de los participantes indicaron valores por encima de 4 sobre 10 y de 13 sobre 20 respectivamente (Tabla 14).

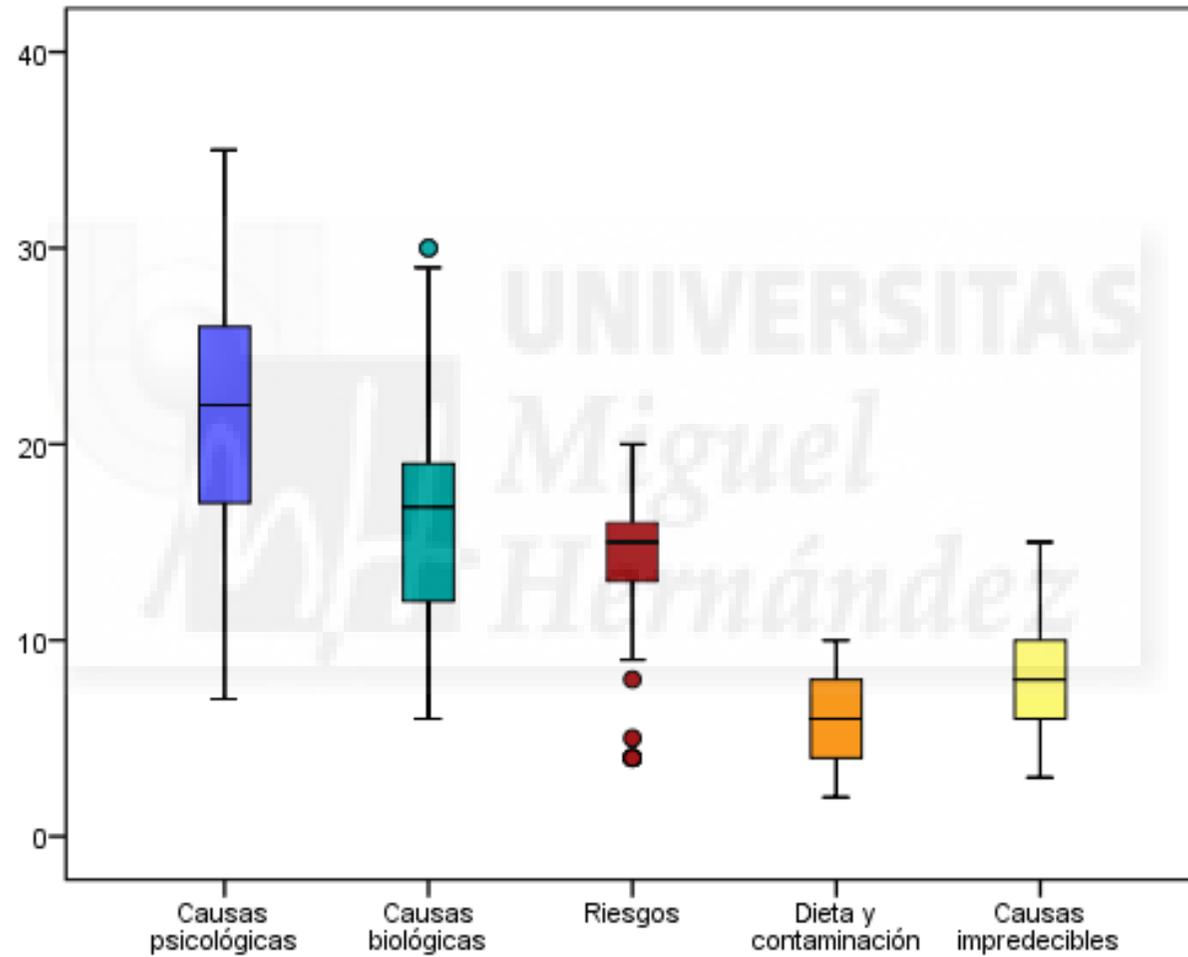
En el caso de “Causas biológicas”, el valor más indicado por los participantes coincide con la media del rango. Los profesionales indican en menor medida las “Causas impredecibles” situándose ligeramente por debajo de la media del rango (Tabla 14) (Gráfica 18).



Tabla 14. Descripción de los factores causales.

	Rango *	\bar{x} (DT)	IC 95%	P ₂₅	Me	P ₇₅	Mo	CA	Curt	α
Causas psicológicas	[7-35]	21,4 (5,7)	[20,7-22,1]	17	22	26	27	-,4	-,3	,86
Causas biológicas	[6-30]	16,1 (4,9)	[15,5-16,7]	12	16,8	19	18	-,0	-,2	,80
Riesgos	[4-20]	14,6 (2,9)	[14,3-14,9]	13	15	16	16	-1	2,3	,68
Dieta y contaminación	[2-10]	5,7 (2,1)	[5,5-5,9]	4	6	8	8	-,1	-,9	,67
Causas impredecibles	[3-15]	7,8 (2,3)	[7,6-8,1]	6	8	10	8	,1	,0	,53

n= 272; en factor 2 n= 271; *Rangos teórico y empírico coinciden.

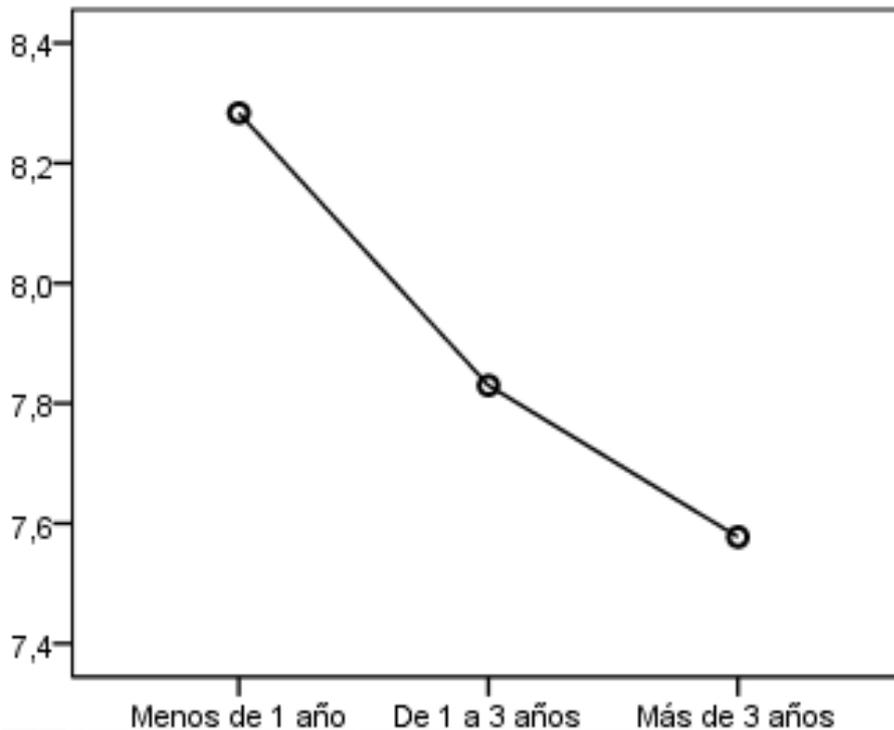


Gráfica 18. Diagrama de cajas de los factores causales.

ANÁLISIS POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

En el análisis de los factores causales según las diferentes variables sociodemográficas y laborales, se observa que:

- Según la edad de los profesionales, existen diferencias en la puntuación asignada a los factores “Riesgos” ($F= 3,11$; $gl= 3$; $p= ,027$) y “Causas impredecibles” ($F= 4,63$; $gl= 3$; $p= ,004$). En ambos casos los profesionales menores de 25 años puntúan por encima del resto y significativamente por encima de los mayores de 36 años.
- En relación al puesto de trabajo desempeñado, se observan diferencias significativas en el factor “Causas psicológicas” donde los profesionales de trabajo social reflejan las puntuaciones más altas y los profesionales de medicina y coordinación de enfermería las más bajas ($K-W= 20,08$, $gl= 10$; $p= ,029$). Para el factor “Dieta y contaminación”, los profesionales de fisioterapia indican las puntuaciones más altas frente a las más bajas de los profesionales de coordinación de SSGG ($K-W= 22,23$, $gl= 10$; $p= ,014$). Por último, en relación a las “Causas impredecibles”, los sujetos que ocupan los puestos de dirección y medicina reflejan las puntuaciones más bajas frente al resto de participantes.
- En función del tiempo que los profesionales llevan en su puesto actual de trabajo, no se observan diferencias significativas pero sí una tendencia lineal descendente relacionada con el factor “Causas impredecibles” ($F= 4,43$; $p= ,036$) (Gráfica 19). Si se realiza el análisis por ítems individuales de este factor, se observa que para la causa “Neurolépticos” los profesionales que llevan más de tres años puntúan más alto que aquellos que llevan menos de un año ($p= ,031$).



Gráfica 19. Puntuaciones en “Causas impredecibles” según tiempo en el puesto.

- Los profesionales que desarrollan su profesión en Castilla La Mancha, puntúan en el factor “Causas impredecibles” por encima del resto de profesionales de otras comunidades, observándose diferencias significativas con Canarias ($p= ,015$). Al realizar de nuevo el análisis por ítems individuales, se observa para la causa “Neurolépticos” que los profesionales de Castilla La Mancha puntúan por encima de Canarias ($p= ,001$), Madrid ($p= ,003$) y Navarra ($p= ,010$).



2. Descripción de la percepción de autoeficacia en el trabajo con personas con demencia

2.1. Frecuencia de realización de actividades

Se realiza un análisis de la frecuencia con la que los sujetos reflejan realizar cada actividad. Se excluyó de cada una aquellos que respondieron “*Nunca*” en la escala de cinco opciones (*Nunca, Raramente, Algunas veces, Con frecuencia y Muy frecuentemente*).

EN MUESTRA TOTAL

Se observa para la muestra total que las actividades que menos participantes realizan son “Manejar las cuestiones de nutrición e hidratación” (67%), “Manejar el dolor de los residentes” (64%), “Proporcionar cuidados paliativos” (63%), “Manejar la comorbilidad (ej. diabetes, cáncer, etc.)” (52%), “Evaluar el estado cognitivo con un test estandarizado (Ej. minimal, test del reloj)” (53%), “Manejar el tratamiento farmacológico de los residentes” (49%) y “Debatir con residentes y/o familiares cuestiones legales (ej. competencia, poderes legales, etc.)” (42%). El resto de las actividades se sitúa por encima de un 70% de profesionales que reflejan realizarlas (Tabla 15).

Por otro lado, más del 90% de los participantes indica realizar las actividades que conllevan debate con el propio residente o con los familiares para la elaboración de estrategias que aporten seguridad (F8), un buen manejo en el cuidado personal (F11) y una adecuada comunicación con las personas con demencia (F12). Del mismo modo, más del 90% de los participantes indican realizar las actividades de los factores “Construcción de relaciones” y “Apoyo a la persona” (F10, F22-F28) así como la actividad de valorar el riesgo de caídas de los residentes (F9) (Tabla 15).

Las actividades que los profesionales indican realizar con mayor frecuencia son “Entablar una conversación con una PCD” (98%), “Comprender el modo en que una PCD interactúa con otras personas y con las cosas que le rodean” (98%), “Comprender los sentimientos de una persona con demencia (PCD)” (99%) y “Proteger la dignidad de una PCD” (99%) (Tabla 15).

Se observa efecto techo para las actividades “Entablar una conversación con una PCD” y “Proteger la dignidad de una PCD”.

EN GRUPOS PROFESIONALES

Si realizamos ahora un análisis de las frecuencias de realización de las actividades según el grupo profesional, observamos que todos los profesionales de medicina, coordinación de enfermería, psicología y enfermería realizan un total de 21, 19, 16 y 12 actividades respectivamente, siendo los colectivos que refieren realizar más actividades (Tabla 16).

Por su parte, los profesionales de coordinación de auxiliares indican frecuencias de realización por encima del 90% para 14 actividades. La única actividad seleccionada por el 100% de estos profesionales es “Asistir a los residentes en las actividades de la vida diaria (ej., aseo, alimentación, vestido, movilidad)”.

En el caso de coordinación de servicios generales para la mayoría de las actividades estos profesionales reflejan la menor frecuencia de realización. Sin embargo, todos ellos indican realizar las actividades “Valorar el cuidado personal de los residentes” y “Proteger la dignidad de una PCD” (Tabla 16).

Para la actividad “Proteger la dignidad de una PCD” la totalidad de los profesionales de todos los colectivos excepto los profesionales de fisioterapia (97%) y coordinación de auxiliares (96%) indican realizarla. En el caso de “Entablar una conversación con una PCD” todos los colectivos en su totalidad reflejan realizarla excepto coordinación de auxiliares (96%) y coordinación de servicios generales (60%). La actividad “Comprender los sentimientos de una persona con demencia (PCD)” indican realizarla la totalidad de todos los grupos profesionales a excepción de coordinación de auxiliares (96%), coordinación de servicios generales (94%) y trabajo social (80%). Por último, dentro de las actividades que más grupos profesionales realizan, la actividad “Utilizar información sobre su pasado cuando hablas con una PCD”, reflejan realizarla todos los colectivos al completo excepto enfermería (97%), coordinación de auxiliares (96%) y en menor medida trabajo social (60%) (Tabla 16).

Los profesionales de psicología fueron los únicos que en su totalidad indicaron realizar la actividad “Evaluar el estado cognitivo con un test estandarizado (Ej.

minimal, test del reloj)”. Esto mismo ocurre con psicología y medicina para la actividad “Reconocer las diferencias entre los subtipos de demencia”, con terapia ocupacional para “Evaluar la capacidad funcional de los residentes (con medidas o herramientas estandarizadas)”, con trabajo social para la actividad “Debatir con residentes y/o familiares cuestiones legales (ej. competencia, poderes legales, etc.)” y con terapia ocupacional y coordinación de auxiliares para “Asistir a los residentes en las actividades de la vida diaria (ej., aseo, alimentación, vestido, movilidad)”.



Tabla 15. Frecuencia de realización de cada actividad en muestra total.

	n	%
F1 Detectar síntomas tempranos de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	222	83
F2 Evaluar el estado cognitivo con un test estandarizado (Ej. Minimental, test del reloj)	142	53
F3 Reconocer las diferencias entre los subtipos de demencia	205	76
F4 Reconocer los cambios en la función cognitiva de los residentes	231	86
F5 Evaluar la capacidad funcional de los residentes (con medidas o herramientas estandarizadas)	204	76
F6 Debatir con residentes y/o familiares sobre los cambios previstos en función de la progresión de la enfermedad	240	89
F7 Debatir con residentes y/o familiares cuestiones legales (ej. competencia, poderes legales, etc.)	114	42
F8 Debatir con residentes y/o familiares cuestiones de seguridad (ej. comida, baño, prevención de accidentes, y otros temas relacionados con la seguridad)	252	94
F9 Valorar el riesgo de caídas en los residentes	244	91
F10 Entablar una conversación con una PCD	263	98
F11 Debatir con residentes y/o familiares estrategias para el manejo del cuidado personal de los residentes (baño, aseo, cuidado oral, vestido, acicalamiento)	253	94
F12 Debatir con familiares cambios y/o estrategias para la comunicación efectiva con los residentes (verbal y no verbal)	245	91
F13 Debatir con familiares cambios y/o estrategias para el manejo de síntomas conductuales en residentes (cambios de humor, desorientación, resistencia al cuidado)	236	88
F14 Valorar el cuidado personal de los residentes	254	94
F15 Asistir a los residentes en las actividades de la vida diaria (ej., aseo, alimentación, vestido, movilidad)	222	83
F16 Manejar el tratamiento farmacológico de los residentes	131	49
F17 Manejar el dolor de los residentes	173	64
F18 Manejar los síntomas conductuales	237	88
F19 Manejar la comorbilidad (ej. diabetes, cáncer, etc.)	139	52
F20 Manejar las cuestiones de nutrición e hidratación	181	67
F21 Proporcionar cuidados paliativos	170	63
F22 Comprender los sentimientos de una persona con demencia (PCD)	265	99
F23 Comprender el modo en que una PCD interactúa con otras personas y con las cosas que le rodean	264	98
F24 Equilibrar las necesidades de una PCD con los deseos de sus familiares y las limitaciones del servicio	257	96
F25 Utilizar información sobre su pasado cuando hablas con una PCD	262	97
F26 Cambiar tu trabajo para ajustarte a las necesidades cambiantes de una PCD	255	95
F27 Proteger la dignidad de una PCD	267	99
F28 Ofrecer alternativas a una PCD en el cuidado diario	261	97

n=273

IV. RESULTADOS

Tabla 16. Frecuencia de realización de cada actividad por grupo profesional.

	DIR		TS		C.SSGG		PSI		TO		ASC/ES		FIS		MED		C.ENFER.		C.AUX.		ENFER.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
F1	8	42	12	67	1	10	19	100	22	88	16	100	26	79	20	91	13	100	21	84	64	93
F2	4	21	3	17	0	0	19	100	20	80	4	25	7	21	20	91	8	62	4	16	53	77
F3	12	63	5	28	0	0	19	100	24	96	14	88	20	61	22	100	11	85	18	72	60	87
F4	13	68	7	39	3	30	19	100	25	100	16	100	26	79	22	100	11	85	23	92	66	96
F5	4	21	4	22	1	10	18	95	25	100	12	75	32	97	18	82	11	85	19	76	60	87
F6	19	100	18	100	2	20	19	100	23	92	16	100	32	97	22	100	12	92	21	84	56	81
F7	18	95	18	100	2	20	15	79	7	28	3	19	6	18	21	95	9	69	4	16	11	16
F8	19	100	18	100	7	70	18	95	23	92	13	81	32	97	22	100	13	100	23	92	64	93
F9	14	74	14	78	3	30	14	74	25	100	14	88	33	100	22	100	13	100	23	92	69	100
F10	19	100	18	100	6	60	19	100	25	100	16	100	33	100	22	100	13	100	24	96	68	99
F11	19	100	17	94	8	80	18	95	24	96	14	88	28	85	22	100	13	100	24	96	66	96
F12	19	100	17	94	6	60	19	100	23	92	15	94	27	82	22	100	12	92	22	88	63	91
F13	19	100	17	94	3	30	19	100	23	92	14	88	22	67	22	100	12	92	22	88	63	91
F14	17	89	15	83	10	100	18	95	25	100	14	88	28	85	21	95	13	100	24	96	69	100
F15	6	32	6	33	7	70	16	84	25	100	12	75	29	88	19	86	12	92	25	100	65	94
F16	1	5	0	0	2	20	9	47	4	16	2	13	3	9	22	100	13	100	6	24	69	100
F17	0	0	0	0	1	10	11	58	11	44	5	31	33	100	22	100	13	100	8	32	69	100
F18	11	58	13	72	2	20	19	100	24	96	15	94	25	76	22	100	13	100	24	96	69	100
F19	0	0	2	11	0	0	7	37	8	32	1	6	10	30	22	100	13	100	7	28	69	100
F20	5	26	3	17	8	80	8	42	16	64	3	19	12	36	22	100	13	100	22	88	69	100
F21	1	5	2	11	1	10	9	47	10	40	2	13	23	70	22	100	13	100	18	72	69	100
F22	19	100	17	94	8	80	19	100	25	100	16	100	33	100	22	100	13	100	24	96	69	100
F23	19	100	17	94	8	80	19	100	25	100	16	100	33	100	22	100	13	100	24	96	68	99
F24	19	100	18	100	7	70	19	100	24	96	16	100	30	91	22	100	13	100	24	96	65	94
F25	19	100	18	100	6	60	19	100	25	100	16	100	33	100	22	100	13	100	24	96	67	97
F26	17	89	17	94	8	80	19	100	24	96	16	100	33	100	21	95	13	100	22	88	65	94
F27	19	100	18	100	10	100	19	100	25	100	16	100	32	97	22	100	13	100	24	96	69	100
F28	19	100	16	89	9	90	19	100	25	100	16	100	32	97	22	100	13	100	24	96	66	96

2.2. Autoeficacia específica en las actividades de trabajo

EN LA MUESTRA TOTAL

En una descriptiva de la percepción de autoeficacia específica por actividad, se observan valores para la moda iguales o superiores a 8 en 22 de las 28 actividades, registrándose para 10 de ellas el valor máximo ($M_o=10$). No se observa ni efecto suelo ni efecto techo en ninguno de los ítems que evalúan la autoeficacia percibida en cada actividad.

Los participantes reflejan las puntuaciones más altas en las actividades AE10: “Entablar una conversación con una PCD”, AE27: “Proteger la dignidad de una PCD”, AE28: “Ofrecer alternativas a una PCD en el cuidado diario”, AE8: “Debatir con residentes y/o familiares cuestiones de seguridad (ej. comida, baño, prevención de accidentes, y otros temas relacionados con la seguridad)”, AE9: “Valorar el riesgo de caídas en los residentes” y AE14: “Valorar el cuidado personal de los residentes”. Todas ellas reflejan medias superiores al resto y el 75% de la muestra puntúa valores altos (P_{25} para AE10 y AE27 = 8; P_{25} para AE28, AE8, AE9 y AE14 = 7) con coeficientes de asimetría negativa (Tabla 17). En estas actividades la moda coincide con el valor más alto de la escala ($M_o= 10$). Las actividades AE10, AE27 y AE28, muestran además, una clara distribución leptocúrtica ($\tau= 4,8; 3,1; 2,1$, respectivamente).

Por el contrario, los profesionales de la muestra reflejan las puntuaciones más bajas en las actividades AE7: “Debatir con residentes y/o familiares cuestiones legales (ej. competencia, poderes legales, etc.)”, AE16: “Manejar el tratamiento farmacológico de los residentes” y AE19: “Manejar la comorbilidad (ej. diabetes, cáncer, etc.)”. Estas actividades reflejan medias por debajo de la media del rango. El 75% de la muestra, en estos casos, puntúa los valores mínimos (P_{25} para AE7 = 1; P_{25} para AE16 y AE19 = 0). La moda coincide con el valor medio del rango en AE7 ($M_o= 5$) y con el valor mínimo en AE16 y AE19 ($M_o= 0$) (Tabla 17).

IV. RESULTADOS

Tabla 17. Autoeficacia percibida de cada actividad en muestra total.

	\bar{x} (DT)	IC 95%	P ₂₅	Me	P ₇₅	Mo	CA	Curt
AE1^a	6,2 (2,8)	[5,9-6,5]	5	7	8	8	-,7	-,3
AE2	6,1 (3,5)	[5,6-6,5]	4	7	9	10	-,5	-1,1
AE3	5,2 (2,9)	[4,9-5,6]	3	6	8	8	-,3	-,9
AE4	6,8 (2,7)	[6,4-7,1]	6	8	9	8	-1,1	,3
AE5	6,7 (3,2)	[6,3-7,1]	5	8	9	10	-,8	-,5
AE6	7 (2,6)	[6,7-7,3]	6	8	9	8	-1	,3
AE7	4,4 (3,1)	[4-4,8]	1	5	7	5	,2	-1,2
AE8	7,8 (2,1)	[7,5-8]	7	8	9	10	-1,2	1,4
AE9	7,7 (2,6)	[7,4-8]	7	9	10	10	-1,4	1,2
AE10	8,5 (1,9)	[8,2-8,7]	8	9	10	10	-1,9	4,8
AE11	7,6 (2,3)	[7,3-7,9]	6	8	10	10	-1	,7
AE12	7,2 (2,5)	[6,9-7,5]	6	8	9	8	-1,1	,7
AE13	7,1 (2,6)	[6,8-7,4]	6	8	9	8	-1	,4
AE14	7,7 (2,3)	[7,4-8]	7	8	10	10	-1,2	1
AE15	7,4 (2,7)	[7,1-7,7]	6	8	10	10	-1	,2
AE16	4,6 (4)	[4,1-5,1]	0	5	9	0	,1	-1,6
AE17	5,6 (3,7)	[5,2-6,1]	2	7	9	0	-,4	-1,5
AE18	6,9 (2,7)	[6,6-7,3]	5	8	9	8	-1,1	,4
AE19	4,5 (3,8)	[4-4,9]	0	5	8	0	,1	-1,6
AE20	5,7 (3,5)	[5,3-6,2]	3	7	9	0	-,4	-1,2
AE21	5,5 (3,9)	[5,1-6]	1	7	9	0	-,4	-1,5
AE22	7,5 (2,1)	[7,3-7,8]	7	8	9	8	-1,2	1,2
AE23	7,6 (2,1)	[7,3-7,8]	6,8	8	9	8	-1	,8
AE24	7,3 (2)	[7,1-7,5]	6	8	9	8	-1,1	1,7
AE25	7,6 (2,2)	[7,3-7,8]	7	8	9	8	-1,3	1,2
AE26	7,6 (2,5)	[7,3-7,9]	7	8	9	9	-1,5	1,9
AE27	8,7 (1,8)	[8,4-8-9]	8	9	10	10	-1,7	3,1
AE28	8 (1,9)	[7,7-8,2]	7	8	9	10	-1,3	2,1

Rango teórico y rango empírico= [0-1]; ^a: Contenido de las actividades de AE1-AE28 = a contenido de F1-F28 en Tabla 15.

EN LOS GRUPOS PROFESIONALES

Respecto a la percepción de autoeficacia por grupo profesional, los colectivos que reflejan las puntuaciones más altas en un mayor número de actividades son medicina y coordinación de enfermería, con 22 de las 28 actividades con una autoeficacia igual o superior a 8 puntos sobre 10. Por el contrario, el colectivo de coordinación de servicios generales, refleja la puntuación más baja en 24 de las 28 actividades (Tabla 18).

Todos los grupos profesionales reflejan puntuaciones iguales o superiores a 7,4 en la actividad AE27: “Proteger la dignidad de una PCD” (Tabla 18).

Todos los colectivos excepto trabajo social, dirección y medicina, reflejan en la actividad AE7: “Debatir con residentes y/o familiares cuestiones legales (ej. competencia, poderes legales, etc.)” puntuaciones por debajo de la mitad del rango teórico [0-10], siendo claramente superiores las puntuaciones de trabajo social (9) y dirección (7,7) sobre la de medicina (5,8) en este aspecto (Tabla 18).

Los diferentes colectivos reflejan puntuaciones altas en la actividad AE10: “Entablar una conversación con una PCD”, siendo superiores en psicología (9,5), coordinación de enfermería (9,4), animación/educación social (9,4) y terapia ocupacional (9,2) (Tabla 18).

Para la actividad AE15: “Asistir a los residentes en las actividades de la vida diaria (ej., aseo, alimentación, vestido, movilidad)” los profesionales de terapia ocupacional (9,2), coordinación de enfermería (8,7), coordinación de auxiliares (8,7) y enfermería (8,6) puntúan por encima del resto de colectivos (Tabla 18).

Los profesionales de medicina, coordinación de enfermería y enfermería reflejan puntuaciones claramente superiores al resto de colectivos para las actividades, AE16: “Manejar el tratamiento farmacológico de los residentes”, AE17: “Manejar el dolor de los residentes”, AE18: “Manejar los síntomas conductuales”, AE19: “Manejar la comorbilidad (ej. diabetes, cáncer, etc.)”, AE20: “Manejar las cuestiones de nutrición e hidratación” y AE21: “Proporcionar cuidados paliativos”. En el caso de la actividad AE17, los profesionales de fisioterapia también reflejan una puntuación alta frente al resto. Esto mismo sucede con psicología y terapia ocupacional para la actividad AE18 (Tabla 18).

IV. RESULTADOS

Para la actividad AE20, los profesionales de coordinación de SSGG y coordinación de auxiliares reflejan puntuaciones, que sin llegar a las reflejadas por los colectivos de medicina, coordinación de enfermería y enfermería, se sitúan por encima del resto de grupos (Tabla 18).



IV. RESULTADOS

Tabla 18. Autoeficacia en cada actividad por grupo profesional.

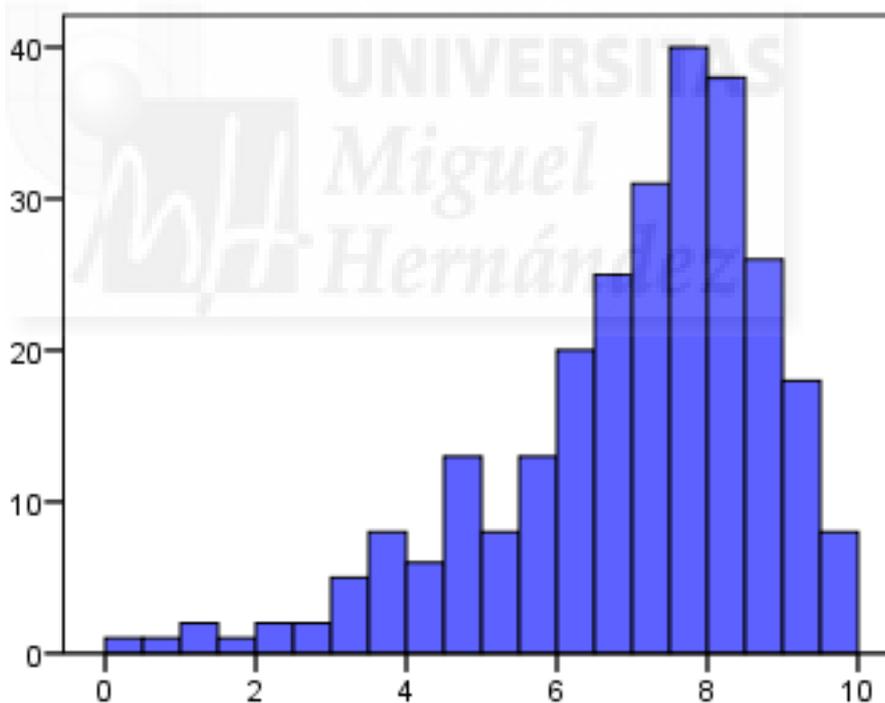
	DIR	TS	C.SSGG	PSI	TO	ASC/ES	FIS	MED	C.ENFER.	C.AUX.	ENFER.
	\bar{x} (DT)										
AE1	5,4 (3,4)	4,4 (3,0)	3,2 (3,6)	8,5 (1,1)	6,8 (2,3)	5,8 (2,7)	5,0 (3,1)	8,0 (2,0)	7,3 (1,4)	5,0 (2,8)	6,9 (2,0)
AE2	5,3 (4,3)	3,9 (3,5)	2,4 (3,7)	9,6 (0,6)	8,3 (2,1)	4,9 (3,5)	4,0 (3,1)	8,4 (2,2)	6,3 (2,8)	3,3 (3,2)	7,3 (2,4)
AE3	5,4 (3,6)	4,1 (2,8)	2,2 (3,1)	7,9 (1,5)	6,6 (1,7)	4,4 (2,3)	4,1 (3,2)	6,7 (2,3)	5,9 (3,2)	4,1 (2,6)	5,4 (2,6)
AE4	5,9 (3,6)	4,9 (3,0)	3,4 (3,2)	8,9 (0,8)	7,5 (1,8)	7,2 (2,4)	5,4 (3,0)	8,2 (1,4)	6,9 (3,2)	5,7 (2,7)	7,6 (1,8)
AE5	4,7 (4,3)	3,8 (2,9)	2,5 (3,7)	7,1 (2,3)	9,2 (1,5)	5,3 (3,2)	8,6 (2,2)	7,9 (2,3)	7,2 (2,4)	4,5 (3,3)	7,5 (2,1)
AE6	7,3 (2,8)	7,3 (2,2)	4,4 (3,7)	8,6 (1,2)	7,7 (1,8)	6,3 (2,8)	6,7 (2,6)	9,0 (1,6)	8,0 (2,5)	4,3 (3,0)	7,2 (2,2)
AE7	7,7 (1,9)	9,0 (1,5)	3,2 (3,0)	4,4 (1,9)	3,8 (3,3)	2,4 (2,6)	2,1 (2,6)	5,8 (2,2)	4,6 (3,1)	2,7 (2,6)	4,3 (2,7)
AE8	8,0 (2,1)	7,1 (2,6)	5,8 (2,4)	7,2 (1,9)	8,5 (1,7)	5,3 (2,6)	8,3 (1,5)	8,5 (1,5)	9,0 (1,5)	7,7 (2,0)	8,1 (2,0)
AE9	6,1 (3,3)	5,6 (3,7)	3,5 (2,7)	6,6 (2,2)	8,4 (1,6)	4,6 (2,7)	9,4 (0,8)	8,7 (1,6)	9,2 (1,2)	7,4 (2,7)	8,8 (1,3)
AE10	8,6 (1,8)	8,6 (1,6)	5,8 (3,4)	9,5 (0,7)	9,2 (1,2)	9,4 (0,8)	8,4 (1,5)	8,7 (1,4)	9,4 (0,9)	7,3 (3,2)	8,3 (1,5)
AE11	7,3 (2,2)	6,9 (2,5)	5,4 (2,7)	7,2 (2,4)	9,0 (1,6)	5,6 (2,8)	6,3 (2,7)	8,5 (1,7)	9,2 (1,1)	8,1 (1,9)	8,2 (1,7)
AE12	7,5 (2,3)	7,8 (2,0)	3,4 (3,2)	8,9 (0,9)	8,0 (1,9)	7,0 (2,7)	5,5 (2,9)	8,4 (1,4)	8,0 (1,6)	6,5 (2,6)	7,5 (2,0)
AE13	7,6 (2,3)	7,4 (2,4)	3,7 (3,3)	9,1 (0,9)	7,9 (1,8)	7,0 (2,7)	4,6 (3,0)	8,7 (1,3)	8,3 (1,4)	6,1 (2,6)	7,6 (2,1)
AE14	6,8 (3,1)	7,1 (2,7)	6,4 (2,5)	7,1 (2,1)	9,4 (1,1)	5,4 (2,9)	6,1 (2,4)	8,4 (1,6)	9,0 (1,2)	8,6 (1,7)	8,6 (1,7)
AE15	5,1 (3,4)	5,9 (2,6)	5,1 (3,4)	5,9 (2,4)	9,2 (1,2)	5,4 (2,9)	7,5 (2,8)	6,7 (2,9)	8,7 (1,3)	8,7 (1,8)	8,6 (1,7)
AE16	1,4 (2,2)	1,7 (2,4)	2,1 (3,2)	3,3 (2,2)	2,4 (2,8)	0,4 (0,9)	1,4 (2,3)	9,3 (1,0)	8,9 (1,1)	2,5 (3,0)	8,7 (1,8)
AE17	1,6 (2,1)	1,2 (2,2)	2,1 (2,8)	2,8 (2,5)	4,0 (2,9)	1,6 (2,1)	8,4 (1,6)	9,3 (0,8)	8,5 (1,1)	2,8 (2,8)	8,6 (1,5)
AE18	5,6 (3,7)	4,9 (3,0)	3,1 (2,8)	8,7 (1,0)	7,4 (2,1)	6,8 (2,9)	5,1 (2,8)	9,0 (1,1)	8,6 (1,0)	6,5 (2,4)	8,0 (1,6)
AE19	1,5 (2,4)	1,6 (2,9)	0,8 (1,6)	2,8 (2,8)	2,0 (2,6)	0,6 (1,1)	2,6 (2,9)	9,1 (0,9)	9,2 (0,7)	2,3 (2,5)	8,0 (1,6)
AE20	2,9 (3,2)	2,5 (3,0)	6,0 (2,3)	3,3 (2,8)	4,5 (2,9)	1,3 (1,8)	3,9 (3,3)	9,0 (1,5)	9,3 (0,8)	6,0 (2,6)	8,5 (1,6)
AE21	1,7 (2,6)	2,6 (3,3)	1,2 (2,5)	3,4 (3,3)	4,0 (3,4)	1,0 (1,8)	5,8 (3,7)	9,0 (1,4)	9,2 (0,9)	5,4 (3,9)	8,5 (1,7)
AE22	7,1 (2,7)	6,9 (1,9)	4,9 (3,1)	8,7 (0,8)	8,0 (1,5)	7,7 (1,9)	7,3 (1,9)	7,8 (2,3)	8,5 (1,3)	7,6 (2,4)	7,5 (2,1)
AE23	7,2 (2,8)	7,1 (2,0)	5,1 (2,5)	8,9 (0,9)	8,1 (1,5)	7,9 (1,6)	7,1 (2,2)	8,0 (1,9)	8,5 (1,1)	7,5 (2,4)	7,6 (1,9)
AE24	7,7 (1,8)	7,5 (1,7)	5,6 (3,1)	8,3 (0,8)	7,0 (2,2)	7,3 (1,3)	6,6 (2,3)	8,3 (1,2)	8,1 (1,6)	7,2 (1,9)	7,3 (2,1)
AE25	7,3 (2,5)	7,9 (2,0)	3,9 (2,5)	8,7 (1,4)	8,5 (1,8)	8,5 (1,4)	7,1 (2,4)	8,0 (1,8)	8,5 (1,1)	6,6 (2,7)	7,5 (2,1)
AE26	7,2 (2,7)	7,9 (2,2)	5,5 (3,4)	9,0 (0,7)	8,4 (1,4)	8,4 (1,6)	7,7 (2,2)	7,9 (2,0)	8,7 (1,4)	6,4 (3,4)	7,3 (2,8)
AE27	9,1 (1,2)	8,3 (2,0)	7,4 (2,1)	9,1 (0,8)	9,3 (1,2)	8,8 (1,5)	8,1 (2,5)	8,6 (1,9)	9,3 (1,0)	8,7 (1,8)	8,6 (1,6)
AE28	8,2 (1,8)	7,5 (2,2)	6,2 (2,7)	7,9 (1,4)	8,9 (1,2)	7,3 (2,4)	7,3 (2,6)	8,3 (1,5)	8,9 (1,1)	8,5 (1,7)	8,1 (1,6)

2.3. Autoeficacia específica

Describimos en este apartado la autoeficacia percibida en la muestra total y en los diferentes grupos profesionales para el conjunto de actividades que los profesionales realizan.

La puntuación de autoeficacia específica se ha obtenido calculando la media de autoeficacia específica de aquellas actividades que el profesional ha indicado que realiza, es decir, con un valor igual o superior a 2 en el apartado de frecuencia.

Para la muestra total de profesionales, observamos una media de autoeficacia percibida de 7, en un rango de 0-10. El 75% de la muestra puntúa por encima de 6,1. El valor más registrado es 7 (Gráfica 20 y Tabla 19).



Gráfica 20. Autoeficacia específica en muestra total.

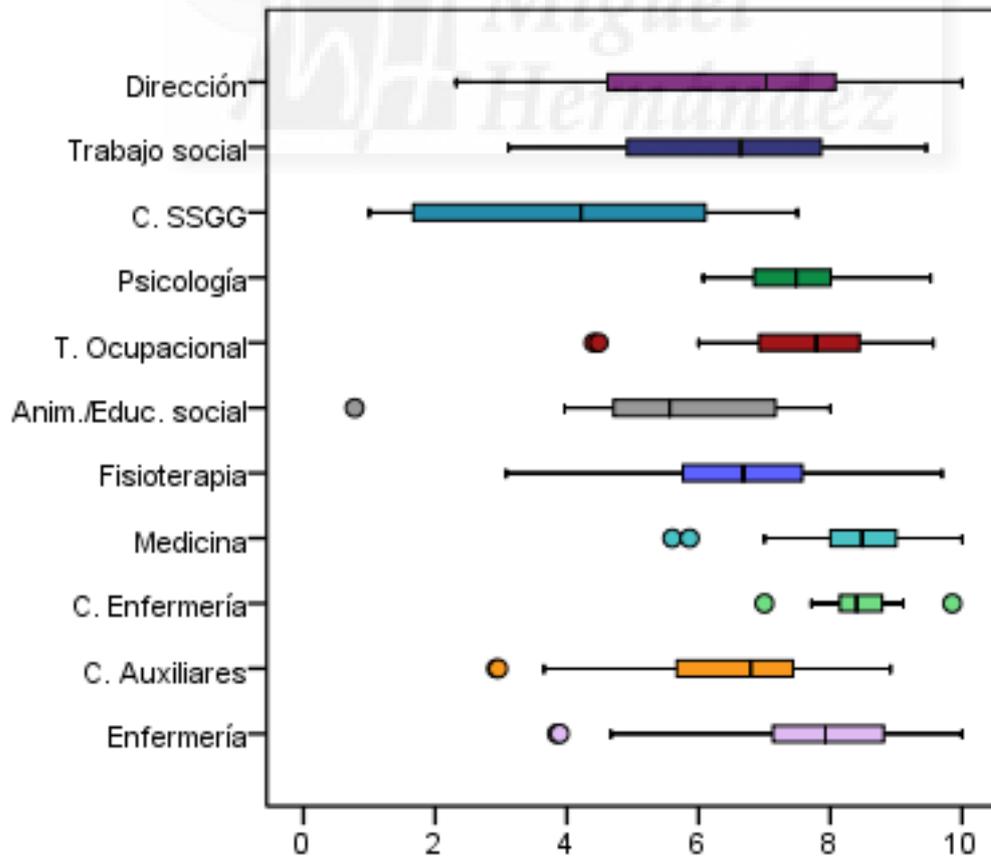
IV. RESULTADOS

Las puntuaciones de autoeficacia específica en función del grupo profesional indican que los colectivos de coordinación de enfermería y medicina muestran las puntuaciones más altas. Estos profesionales reflejan una media de 8,4 y 8,3 respectivamente. Sitúan todos sus valores entre 7 y 9,9 puntos en el caso de coordinación de enfermería y 5,6 y 10 en medicina. El 75% refleja puntuaciones por encima de 8,1 y 7,9 respectivamente (Tabla 19).

Los profesionales que completan los equipos de enfermería, puntúan ligeramente por debajo de sus coordinadores/as. Reflejan una media de 7,8 puntos y el 75% de los enfermeros/as puntúan por encima de 7,1 (Tabla 19).

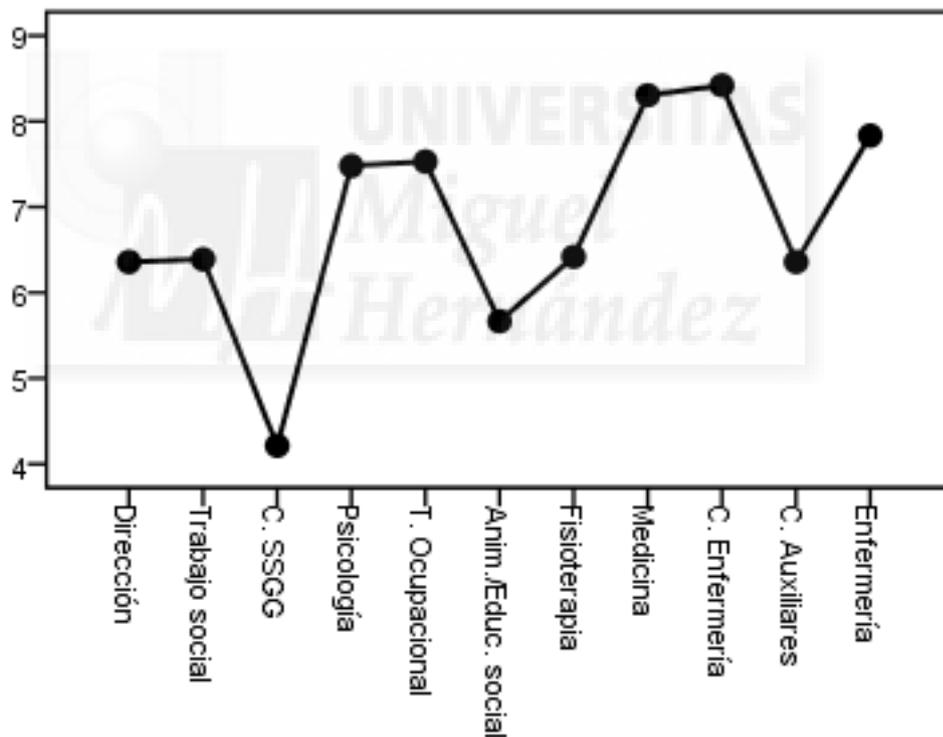
Próximos a estas puntuaciones se sitúan los colectivos de psicología y terapia ocupacional con medias de 7,5 y puntuaciones del 75% de sus profesionales por encima de 6,8 (Tabla 19).

Los colectivos que reflejan las puntuaciones más bajas son coordinación de servicios generales y animación/educación social. Reflejan medias próximas a la mitad del rango teórico (\bar{x} = 4,2 y \bar{x} = 5,7) (Gráfica 21) (Tabla 19).



Gráfica 21. Autoeficacia específica por grupo profesional.

El análisis realizado muestra diferencias significativas según el colectivo profesional (K-W= 76,951; gl= 10; p= ,000). Los profesionales de coordinación de enfermería y medicina reflejan puntuaciones significativamente superiores a los colectivos de trabajo social, coordinación de auxiliares, animación/educación social y coordinación de servicios generales (p= [,020-,000]). De igual manera, los colectivos de enfermería, terapia ocupacional y psicología reflejan puntuaciones mayores que las coordinadoras de servicios generales (p= [,012-,000]). En el caso de enfermería también puntúan por encima del colectivo de animación/educación social (p= ,001) (Gráfica 22).



Gráfica 22. Autoeficacia específica por grupo profesional.

Tabla 19. Descripción de la autoeficacia total por grupo profesional y muestra total.

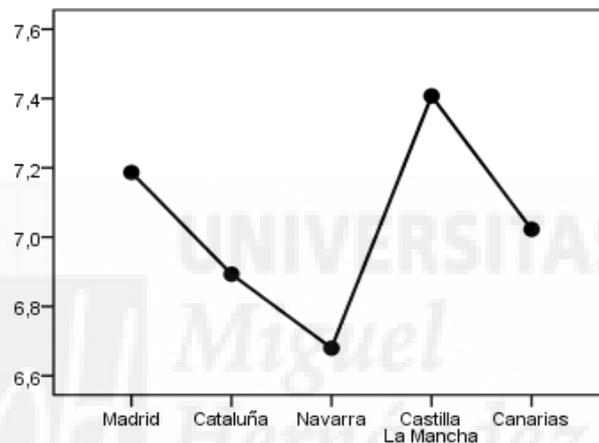
	n	Rango empírico	\bar{X} (DT)	IC 95%	P ₂₅	Me	P ₇₅	Mo	CA	Curt
Dirección	18	[2,3-10]	6,4 (2,3)	[5,2-7,5]	4,5	7	8,2	2,3	-,4	-,9
Trabajo Social	18	[3,1-9,5]	6,4 (1,8)	[5,5-7,3]	4,9	6,6	7,9	3,1	-,1	-,7
C. SSGG	10	[1-7,5]	4,2 (2,4)	[2,5-5,9]	1,6	4,2	6,4	1	0	-1,5
Psicología	19	[6,1-9,1]	7,5 (0,9)	[7,1-7,9]	6,8	7,4	8,1	6,1	,5	,3
T. Ocupacional	25	[4,4-9,6]	7,5 (1,3)	[7-8,1]	6,9	7,8	8,6	8,8	-1	,8
Anim./Educ. social	16	[0,8-8]	5,7 (1,8)	[4,7-6,6]	4,6	5,6	7,3	8	-1,1	2,2
Fisioterapia	33	[3,1-9,7]	6,4 (1,7)	[5,8-7]	5,6	6,7	7,7	7,9	-,4	-,4
Medicina	22	[5,6-10]	8,3 (1,1)	[7,8-8,8]	7,9	8,5	9	8	-1,1	1,4
C. Enfermería	13	[7-9,9]	8,4 (0,7)	[8-8,8]	8,1	8,4	8,9	7	0	1
C. Auxiliares	25	[2,9-8,9]	6,4 (1,7)	[5,7-7]	5,5	6,8	7,5	2,9	-,7	-,1
Enfermería	69	[3,9-10]	7,8 (1,4)	[7,5-8,2]	7,1	8	8,9	7	-,9	,9
Total	272	[0-10]	7 (1,9)	[6,8-7,3]	6,1	7,4	8,3	7	-1	1,1

n= 273; Rango teórico [0-10]

DESCRIPCIÓN DE LA AUTOEFICACIA ESPECÍFICA POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

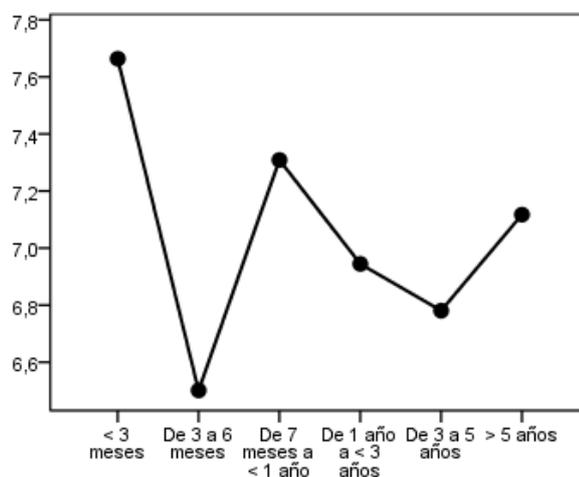
No se observan diferencias significativas en la autoeficacia específica de los sujetos de la muestra en función del sexo, edad, tener o no familiar con demencia, comunidad autónoma de trabajo, tiempo en el puesto de trabajo y número de residentes del centro.

En relación a la comunidad autónoma de trabajo se observa que los profesionales de Navarra puntúan por debajo del resto de comunidades, siendo los de Castilla La Mancha los que reflejan las puntuaciones más altas (Gráfica 23).



Gráfica 23. Autoeficacia específica por comunidad autónoma de trabajo.

En función del tiempo que los profesionales llevan desarrollando su puesto de trabajo actual, aquellos que refieren llevar menos de 3 meses reflejan puntuaciones superiores al resto (Gráfica 24).

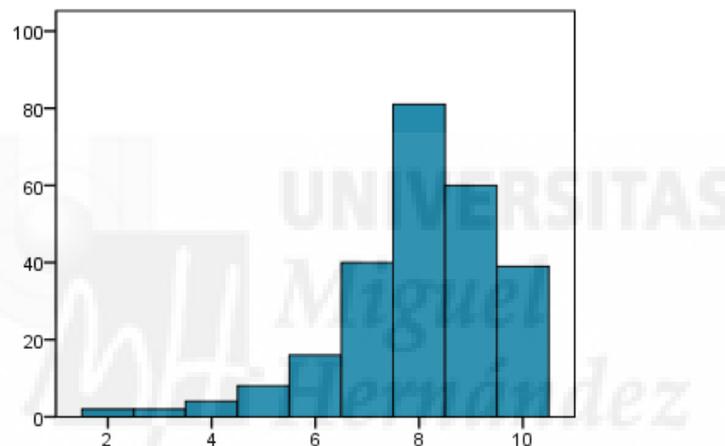


Gráfica 24. Autoeficacia específica por tiempo en el puesto.

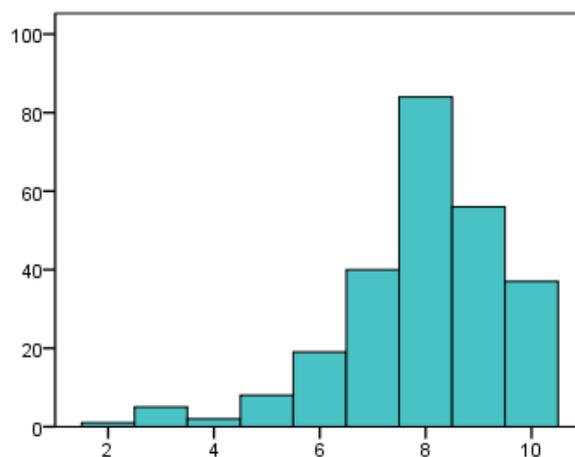
2.4. Autoeficacia general

La puntuación en Autoeficacia general, como resultado del cálculo de la media de los dos ítems, presenta una media de 8,0 (DT= 1,5; IC 95% [7,8 – 8,2]).

Para los ítems individuales, donde los profesionales reflejan su percepción de autoeficacia en la atención profesional y el manejo de la relación, no se observa efectos techo ni suelo. Las puntuaciones medias en ambas medidas son de 8 (DT= 1,5), en un rango teórico de 0 a 10 y empírico de 2 a 10. Ambas distribuciones de la muestra reflejan una asimetría negativa (CA= -1,1) y una tendencia leptocúrtica (Curt.= 2,1 y 1,8 respectivamente). Para ambas medidas todos los participantes presentan puntuaciones por encima de la media del rango teórico ($P_{25}= 7$).



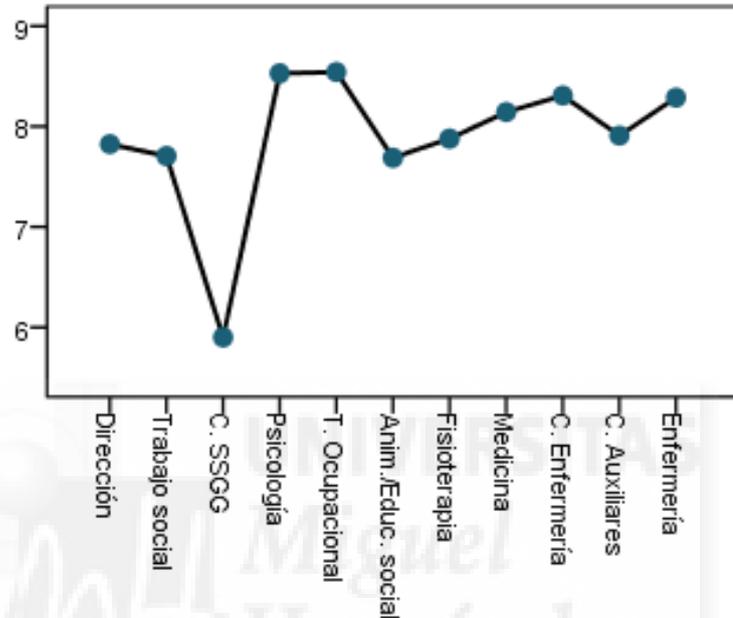
Gráfica 25. Autoeficacia general en la atención profesional.



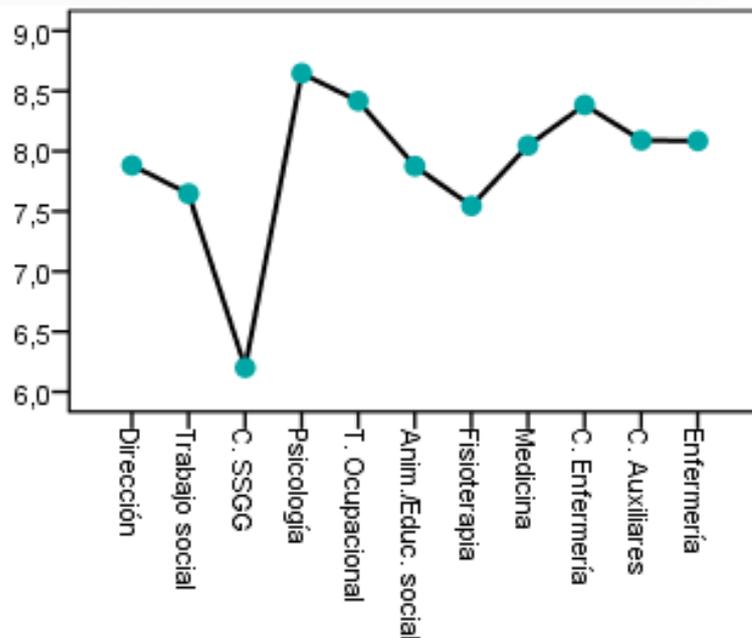
Gráfica 26. Autoeficacia general en el manejo de la relación.

IV. RESULTADOS

Se observan diferencias en la autoeficacia reflejada en la atención profesional según el puesto profesional ($K-W= 18.545$, $gl= 10$, $p= 0.46$). El grupo de coordinación de servicios generales puntúan por debajo del resto de colectivos ($M= 5,9$; $DT= 2,4$) y se diferencian del grupo de terapeutas ocupacionales ($M= 8,5$; $DT= 1,3$) que alcanza la puntuación más alta ($p= 0.017$). No hay diferencias en autoeficacia en el manejo de las relaciones en función del grupo profesional. (Gráfica 27 y 28).



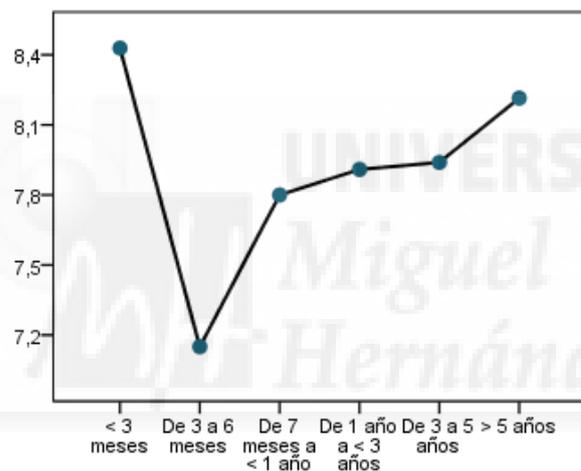
Gráfica 27. Autoeficacia general en la atención profesional por grupo profesional.



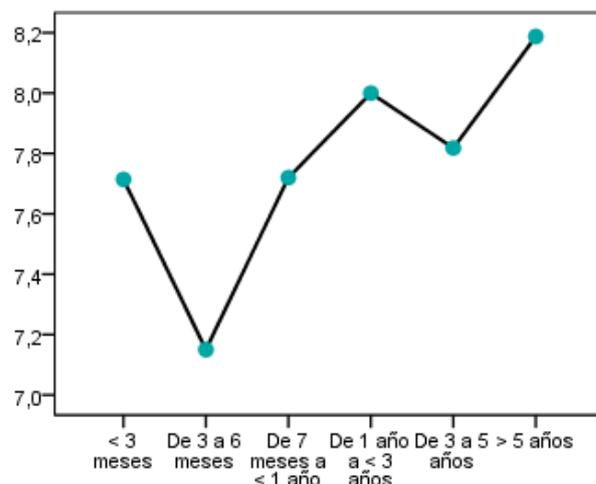
Gráfica 28. Autoeficacia general en el manejo de la relación por grupo profesional.

En función al sexo, edad, tener o no un familiar con demencia y el número de residentes del centro, no se observan diferencias para la AE general reflejada en la atención profesional y manejo de la relación.

Según el tiempo en el puesto de trabajo actual, el grupo de menos de 3 meses muestra las puntuaciones más altas en ambas medidas, sin que existan diferencias significativas. Sin embargo, si eliminamos este grupo del análisis, se observan diferencias en la AE general tanto en la atención profesional (K-W= 9,848; gl= 4; p=,043) como en el manejo de la relación (K-W= 10,803; gl= 4; p=,029). En ambos casos, los profesionales que llevan entre 3 y 6 meses puntúan por debajo de aquellos que llevan más de 5 años (p=,026 y p=,019). Existe además una tendencia lineal significativa ($\rho=,176$; $p=,007$ y $\rho=,189$; $p=,004$) (Gráfica 29 y 30)



Gráfica 29. Autoeficacia general en la atención profesional por tiempo en el puesto.

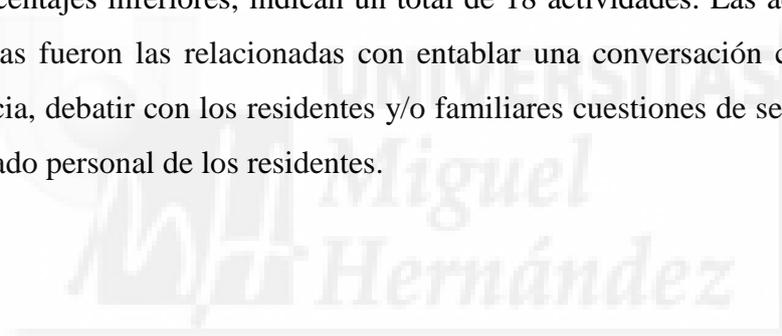


Gráfica 30. Autoeficacia general en el manejo de la relación por tiempo en el puesto.

2.5. Necesidades de formación

El 40,1% de los participantes refleja querer formarse en el manejo de los síntomas conductuales. En segundo lugar, el 33,9% de los profesionales refiere querer aumentar sus conocimientos en el reconocimiento de las diferencias entre los subtipos de demencia. El tercer foco para formarse indicado por los participantes (26,5%), tiene relación con la búsqueda del equilibrio entre las necesidades del residentes, los deseos o expectativas de la familia y las limitaciones del servicio. Entorno al 25% de los participantes refleja también querer formarse en cuidados paliativos, debate con familiares sobre cambios y/o estrategias de manejo de síntomas conductuales, la comprensión de los sentimientos de las personas con demencia, la detección de síntomas tempranos de las demencias, el manejo del dolor y el manejo del tratamiento farmacológico.

En porcentajes inferiores, indican un total de 18 actividades. Las actividades menos indicadas fueron las relacionadas con entablar una conversación con personas con demencia, debatir con los residentes y/o familiares cuestiones de seguridad y valorar el cuidado personal de los residentes.





3. Descripción de la satisfacción laboral en el trabajo con personas con demencia

3.1. Satisfacción laboral global e intrínseca

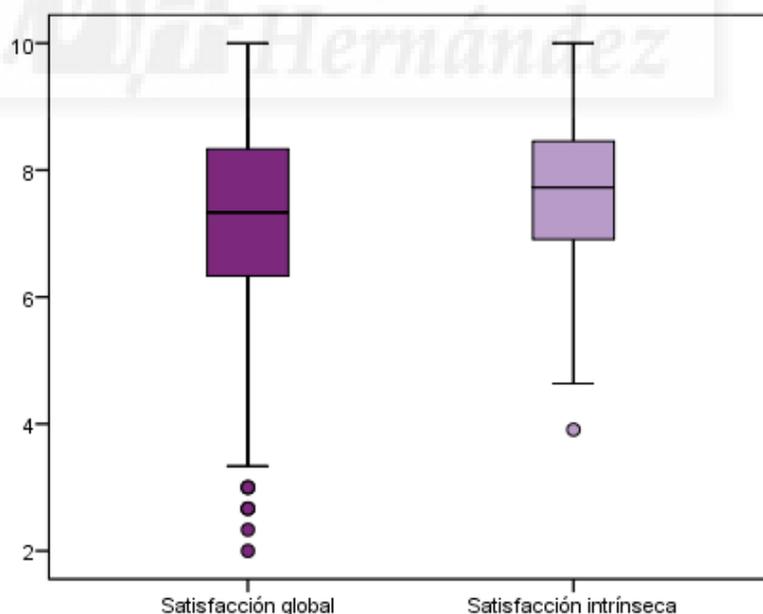
SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL

Los profesionales de la muestra reflejan una media de satisfacción global de 7,2 sobre 10 (n= 272; DT= 1,7). Un 75% de la muestra presenta valores superiores a 6,3 (P₂₅), siendo 8 el valor más indicado.

SATISFACCIÓN LABORAL INTRÍNSECA

No se observan efectos techo ni suelo en ninguno de los ítems que valoran la satisfacción laboral intrínseca. Los participantes reflejan una puntuación media de 7,6 sobre 10 (n=272; DT= 1,1). Un 75% muestra puntuaciones por encima de 6,9 (P₂₅). Existen múltiples modas, siendo la inferior 7 (Gráfica 31).

Las puntuaciones de satisfacción global e intrínseca se relacionan significativamente ($\rho=,630$; $p=,000$).

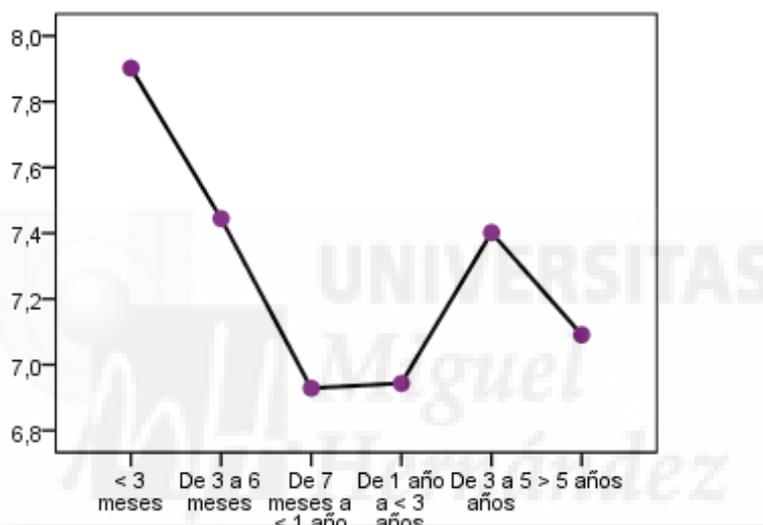


Gráfica 31. Satisfacción laboral global e intrínseca.

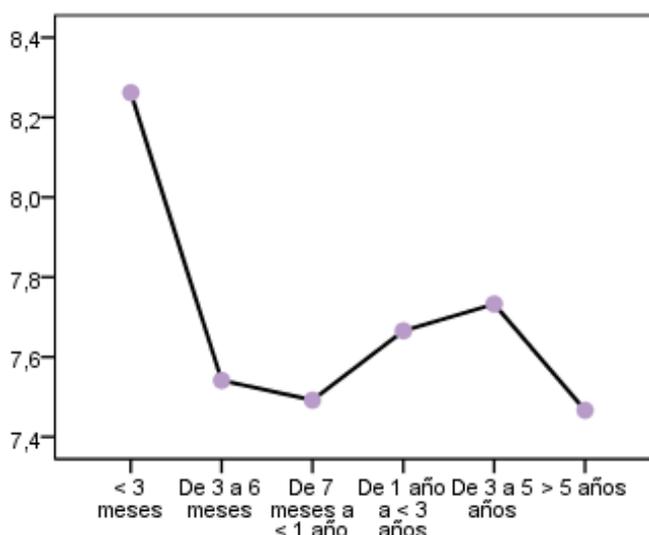
DESCRIPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

No se observan diferencias en la satisfacción laboral global e intrínseca registrada por los participantes en función del sexo, la edad, el tener o no un familiar con demencia y el puesto profesional.

En función del tiempo en el puesto actual de trabajo, no se identifican diferencias significativas aunque las puntuaciones de aquellos profesionales que llevan menos de 3 meses sean superiores a las registradas por el resto de profesionales tanto en la satisfacción laboral global como en la intrínseca (Gráfica 32 y 33).



Gráfica 32. Satisfacción laboral global según tiempo en el puesto.



Gráfica 33. Satisfacción laboral intrínseca según tiempo en el puesto.

En función de la comunidad autónoma donde los profesionales desarrollan su puesto de trabajo, existen diferencias en satisfacción laboral intrínseca ($K-W=13,193$; $gl=4$; $p=,010$). Los profesionales de la Comunidad de Madrid reflejan mayor satisfacción que los de Cataluña ($p=,050$). Para la satisfacción laboral global, no hay diferencias.

Encontramos también diferencias en la satisfacción laboral según el número de residentes del centro donde los profesional trabajan, tanto en la global ($K-W=18,999$; $gl=5$; $p=,002$) como en la intrínseca ($K-W=17,433$; $gl=5$; $p=,004$). Los profesionales de centros con un número de residentes entre 141-171 muestran la menor satisfacción intrínseca y se diferencian de los profesionales de centros con 171-200 residentes ($p=,001$).



3.2. Factores de satisfacción laboral intrínseca

En los tres factores obtenidos, se observa una moda por encima de la media del rango teórico, siendo la más alta la del factor “Contenido en el trabajo” (Tabla 20)

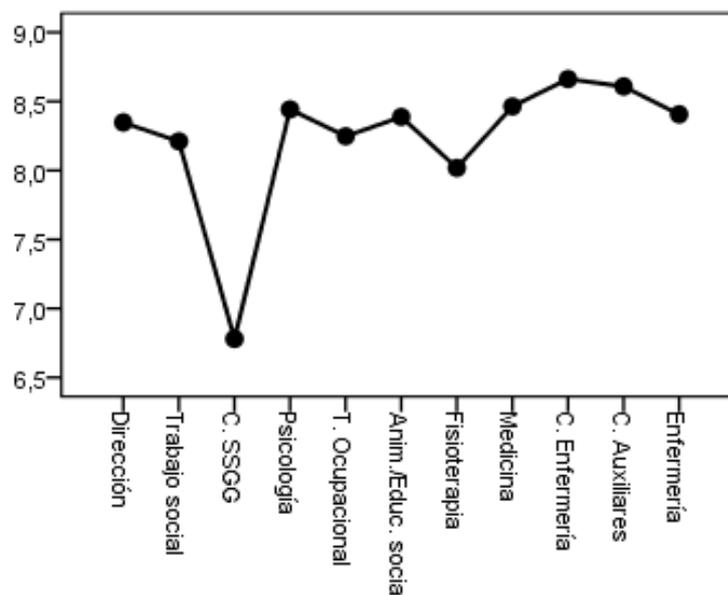
Las puntuaciones más altas se reflejaron en el factor “Formación y calidad del cuidado” donde el 75% de la muestra puntúa por encima de 8 (Tabla 20).

Los tres factores se relacionan significativamente entre sí ($\rho = [0,491-0,576]$; $p = 0,000$) y con la puntuación total de satisfacción intrínseca ($\rho = [0,791-0,836]$; $p = 0,000$) y satisfacción global ($\rho = [0,505-0,581]$; $p = 0,000$).

FACTORES DE SATISFACCIÓN LABORAL INTRÍNSECA POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

No se observan diferencias en las puntuaciones según el sexo, la edad, el tener o no un familiar con demencia o el tiempo en el puesto de trabajo.

En el caso del colectivo al que se pertenezca, se observan diferencias para el factor 2 “Contenido del trabajo” ($K-W = 19,551$; $gl = 10$; $p = 0,034$). Los profesionales de coordinación de servicios generales reflejan las puntuaciones más bajas frente a las más altas de coordinación de enfermería ($p = 0,048$), coordinación de auxiliares ($p = 0,013$) y enfermería ($p = 0,037$) (Gráfica 34).



Gráfica 34. “Contenido del trabajo” según el puesto.

Para el factor 3, “Formación y calidad del cuidado” se observan diferencias según la comunidad de trabajo (K-W= 19,144, gl=4; p=,001), siendo los profesionales de Navarra los que menos puntúan frente a las puntuaciones más altas de Madrid (p=,018). Del mismo modo, para este factor existen diferencias en función del número de residentes del centro donde se trabaje (K-W= 29,426, gl=5; p=,000). Los profesionales que desarrollan su puesto en centros con 141-170 residentes, puntúan por debajo que aquellos que lo hacen con 50-100 residentes (p=,019) y con 171-200 residentes (p=,000).



Tabla 20. Descripción de los factores resultantes en satisfacción laboral intrínseca.

	Rango empírico	\bar{x} (DT)	IC 95%	P25	Me	P75	Mo	CA	Curt	α
Demandas del trabajo	[1-10]	6,7 (1,7)	[6,5-6,9]	5,7	7,8	6,3	7,3	-,7	,3	,76
Contenido del trabajo	[3,8-10]	8,3 (1,1)	[8,2-8,4]	7	8,5	7,3	8,6	-1,2	2,2	,86
Formación y calidad del cuidado	[2-10]	7,3 (1,5)	[7,1-7,5]	8	9	8,3	8	-,7	,5	,70

n= 272; Rango teórico [0-10]

4. Representación mental, autoeficacia y satisfacción laboral

4.1. Análisis de correlación

Los análisis realizados muestran correlación entre diferentes dimensiones de la representación mental y autoeficacia con la satisfacción laboral. En el caso de la representación mental, las relaciones directas más significativas ($p \leq ,001$) se establecen entre la dimensión “Coherencia y comprensión” y la satisfacción laboral intrínseca y el factor “Contenido del trabajo” ($\rho = ,194$ y $\rho = ,257$, respectivamente). Se observa una relación inversa entre la dimensión “Respuesta emocional” y la satisfacción laboral global ($\rho = -,249$), la satisfacción intrínseca ($\rho = -,133$) y el factor “Contenido del trabajo” ($\rho = -,187$) (Tabla 21).

Para la autoeficacia tanto general como específica, se observa una correlación con la satisfacción laboral global, y con la satisfacción intrínseca, tanto con su puntuación total como con sus tres factores. La relación directa más significativa ($p \leq ,001$) se establece entre la autoeficacia general y la satisfacción laboral en el “Contenido del trabajo” ($\rho = ,579$), tanto en la atención profesional como en el manejo de la relación ($\rho = ,562$ y $\rho = ,526$, respectivamente) (Tabla 21).

Si describimos ahora las correlaciones entre representación mental y autoeficacia, se observa una correlación inversa entre el factor “Causas impredecibles” y la autoeficacia específica ($\rho = -,155$; $p \leq ,01$). Encontramos, por otro lado, una relación directa entre la dimensión “Control profesional” y la autoeficacia específica ($\rho = ,224$; $p \leq ,001$). De igual manera, la dimensión “Coherencia y comprensión” correlaciona tanto con la autoeficacia específica ($\rho = ,295$; $p \leq ,001$) como con la autoeficacia general ($\rho = ,391$; $p \leq ,001$), tanto en la atención profesional como en manejo de la relación ($\rho = ,380$ y $\rho = ,360$, respectivamente; $p \leq ,001$) (Tabla 22).

Tabla 21. Correlación entre Representación mental y Autoeficacia con Satisfacción laboral.

	Satisfacción global	Satisfacción intrínseca	Demandas del trabajo	Contenido del trabajo	Formación y calidad del cuidado
Control profesional		,126*	,189**	,125*	
Control del tratamiento			,155*		
Coherencia/comprensión	,142*	,194***		,257***	
Respuesta emocional	-,249**	-,133*		-,187**	
Autoeficacia específica	,183**	,388***	,228***	,453***	,293***
Autoeficacia general	,296***	,448***	,222***	,579***	,349***
Autoeficacia en la atención profesional	,285***	,434***	,206***	,562***	,335***
Autoeficacia en el manejo de la relación	,269***	,411***	,214***	,526***	,326***

*: $p \leq ,05$; **: $p \leq ,01$; ***: $p \leq ,001$

Tabla 22. Correlación entre Representación mental y Autoeficacia.

	AE específica	AE general	AE en la atención profesional	AE en el manejo de la relación
Identidad		,192**	,165**	,194**
Curso agudo/crónico	,137*	,156*	,158*	,138*
Consecuencias	,170**	,187**	,184**	,162*
Control profesional	,224***			,125*
Coherencia/comprensión	,295***	,391***	,380***	,360***
Respuesta emocional		-,166**	-,146*	-,167**
Riesgos	,136*			
Causas impredecibles	-,155*			

*: $p \leq ,05$; **: $p \leq ,01$; ***: $p \leq ,001$

4.2. Análisis de modelos de ecuaciones estructurales

Para la estimación del efecto y de las relaciones entre representación mental, autoeficacia y satisfacción laboral, probamos dos modelos de ecuaciones estructurales (SEM). El marco teórico que los fundamenta es el modelo de autorregulación (Leventhal et al., 1980; 1984) y la teoría de autoeficacia (Bandura, 1987). Se establece la RM como variable latente, con las dimensiones y factores causales como indicadores y la RE como variable observada, ambas variables exógenas. La autoeficacia como variable latente endógena tiene dos indicadores, autoeficacia general y autoeficacia específica.

El modelo de relaciones que estimamos en ambos casos incluye la RM y RE como antecedentes y la Satisfacción laboral como consecuente, mientras que la autoeficacia es una variable mediadora. Así, se prueban los efectos directos de la RM y la RE sobre la satisfacción laboral, por un lado, y la estimación de los efectos sobre la satisfacción laboral mediados por la autoeficacia, por otro (Figuras 5 y 7). Las variables observadas se presentan en cajas y las variables latentes en círculos. Las flechas indican la direccionalidad de las relaciones entre las variables. En cada modelo se prueba una variable dependiente observada de satisfacción laboral, intrínseca y global. Los análisis de correlación previos apoyan la selección de 5 de las 7 dimensiones y 2 de los 5 factores causales de la RM que se introducen en modelo inicial.

PREDICCIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL INTRÍNSECA

En el proceso de modelado, se fue modificando la especificación del modelo inicial, en función de los índices y del marco teórico (Figura 5).

En la tabla 23 se muestra la información sobre el ajuste de los cuatro modelos, incluyendo los indicadores de las variables latentes. Teniendo en cuenta todos los indicadores de ajuste, el modelo final proporciona una buena representación de los datos (Figura 6).

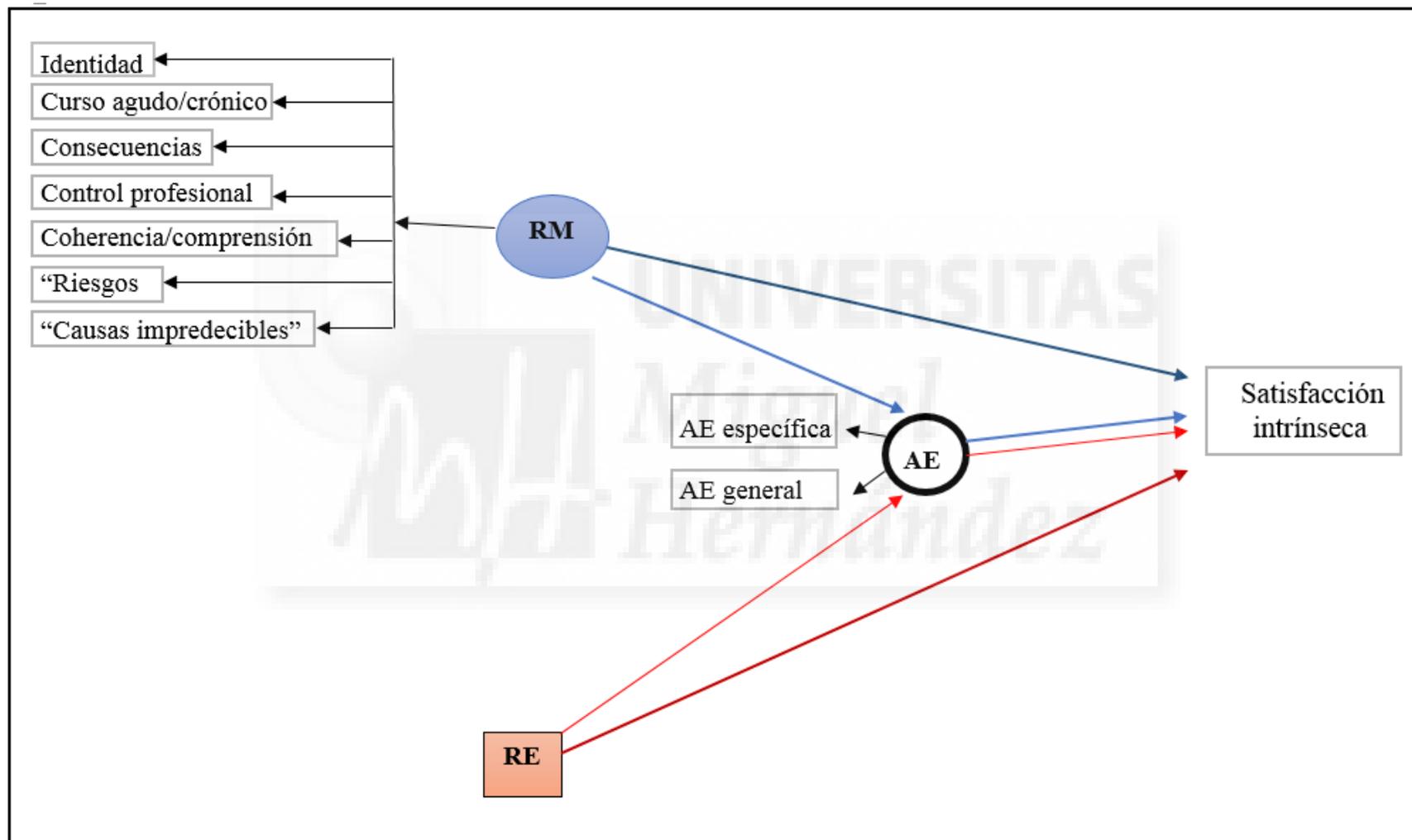


Figura 5: Modelo estructural completo de predicción de la satisfacción laboral intrínseca.

Las modificaciones sucesivas en el modelaje han supuesto la reducción de los indicadores y relaciones. Así, sólo las dimensiones “Control profesional” y “Coherencia/comprensión” permanecen como indicadores de la RM. Además, sobre la satisfacción intrínseca, el único predictor significativo es la autoeficacia. Las relaciones de la RE como antecedente desaparecen y la RM muestra una influencia indirecta sobre la satisfacción intrínseca a través de la autoeficacia (Figura 6). La autoeficacia explica un 25% de varianza (VE) de la satisfacción intrínseca y un 37.2% de la VE de la autoeficacia es explicada por la RM (Tabla 23).

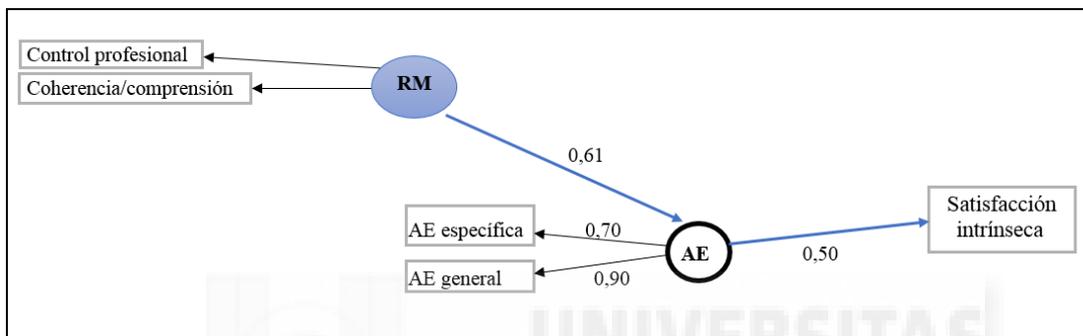


Figura 6: Proceso de modelado incluyendo el modelo final estimado de predicción de la satisfacción laboral intrínseca.

PREDICCIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL GLOBAL

En el modelado para predecir la satisfacción global, se ha seguido el mismo proceso y se han aplicado los mismos criterios (Figura 7).

En la tabla 24 se muestra la información sobre el ajuste de los cuatro modelos. El modelo final también presenta buenos índices de ajuste (Figura 8).

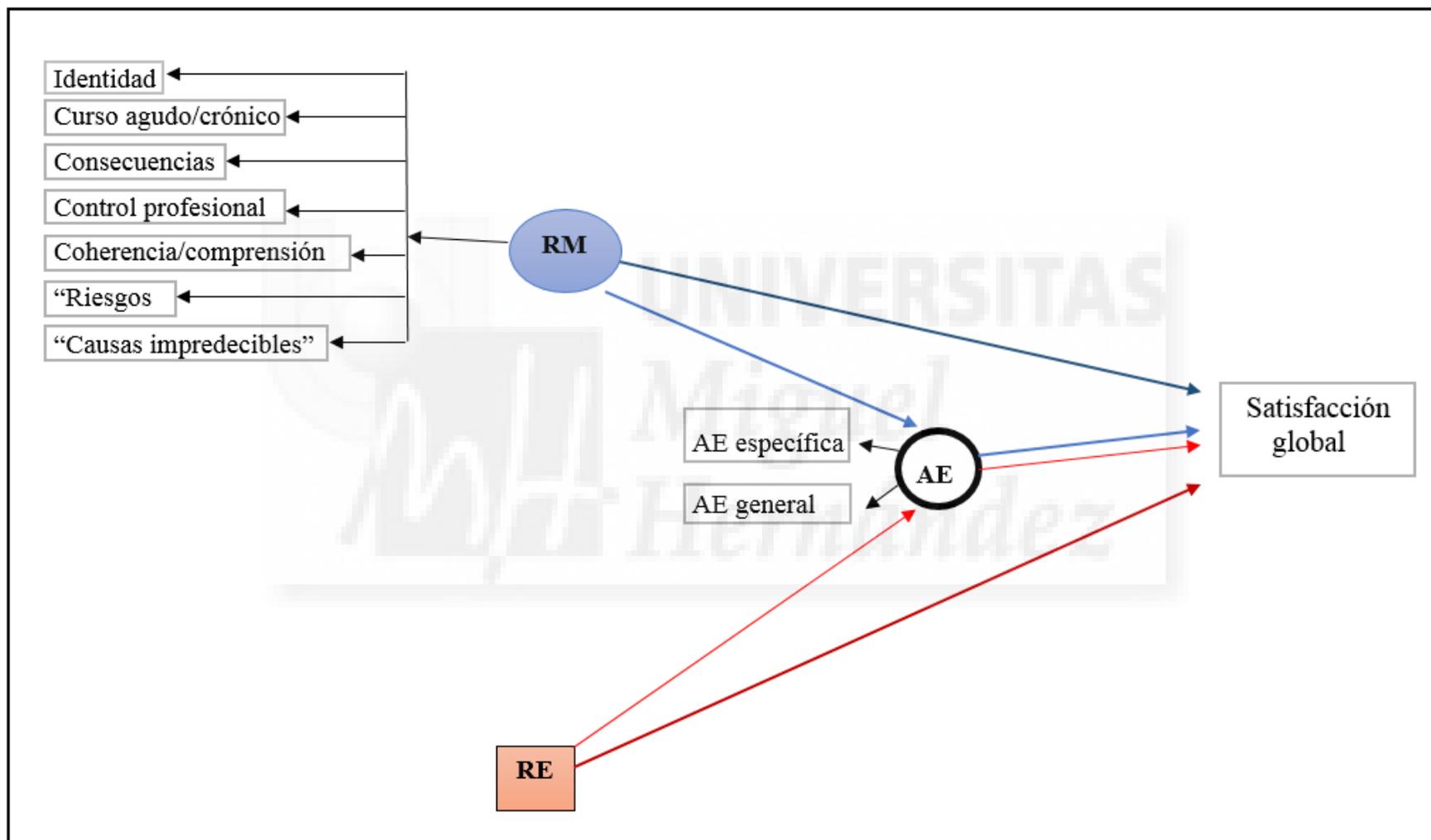


Figura 7: Modelo estructural completo de predicción de la satisfacción laboral global.

IV. RESULTADOS

Tabla 24. Modelos de predicción de la Satisfacción laboral global

Modelo y ajuste	Variables latentes	Indicadores	z	*/**	Predictores	Variable dependiente	B	Error estándar	z	*/**	R ²	
(modelo 1) $\chi^2 = 205,53/(41)=5,0$ $p = ,000$ $CFI = ,626$ $RMSEA = ,132$ $90\% CI (,114 - ,150)$ $SRMR = ,103$ $AGFI = ,992$ $NNFI = ,497$ $IFI = ,628$	RM	IDENTIDAD	Fija		RM	SATISFACCIÓN GLOBAL	-,149	,159	-,934	ns	,118	
			CURSO AGUDO/CRÓNICO	2,801	**	AE	SATISFACCIÓN GLOBAL	,397	,109	3,638	***	
			CONSECUENCIAS	3,245	***	RE	SATISFACCIÓN GLOBAL	-,078	,026	-3,034	**	
			CONTROL PROFESIONAL	3,341	***	RM	AE	,507	,197	2,566	**	,106
			COHERENCIA/COMPRESIÓN	2,937	**	RE	AE	-,036	,021	-1,723	ns	
			RIESGOS	3,348	***							
			CAUSAS IMPREDECIBLES	-,015	ns							
		AE	AE ESPECÍFICA	Fija								
			AE GENERAL	4,892	***							
	(modelo 2) $\chi^2 = 50,08/(13)=3,85$ $p = ,000$ $CFI = ,833$ $RMSEA = ,107$ $90\% CI (,077 - ,139)$ $SRMR = ,073$ $AGFI = ,996$ $NNFI = ,749$ $IFI = ,847$	RM	CONSECUENCIAS	Fija		RE	SATISFACCIÓN GLOBAL	-,078	,026	-3,037	**	,103
			CONTROL PROFESIONAL	3,542	***	AE	SATISFACCIÓN GLOBAL	,352	,103	3,418	***	
			COHERENCIA/COMPRESIÓN	2,954	**	RM	AE	,580	,171	3,391	***	,102
		AE	AE ESPECÍFICA	Fija								
			AE GENERAL	6,200	***							

Tabla 24. Modelos de predicción de la Satisfacción laboral global (cont.).

Modelo y ajuste	Variables latentes	Indicadores	z	*/**	Predictores	Variable dependiente	B	Error estándar	z	*/**	R ²	
(modelo 3) $\chi^2 = 34,762 / (8) = 4,35$ $p = ,000$ $CFI = ,866$ $RMSEA = ,118$ $90\% CI (,080 - ,160)$ $SRMR = ,098$ $AGFI = ,992$ $NNFI = ,566$ $IFI = ,674$	RM	CONTROL PROFESIONAL	Fija		AE	SATISFACCIÓN GLOBAL	,351	,103	3,408	***	,099	
			COHERENCIA/COMPRESIÓN	2,371	**	RE	SATISFACCIÓN GLOBAL	-,077	,026	-3,010	**	
		AE	AE ESPECIFICA	Fija		RM	AE	,888	,026	-3,010	**	,381
			AE GENERAL	6,284	***							
(modelo 4 FINAL) $\chi^2 = 2,903 / (4) = ,73$ $p = ,574$ $CFI = 1,000$ $RMSEA = ,000$ $90\% CI (,000 - ,084)$ $SRMR = ,018$ $AGFI = ,999$ $NNFI = 1,015$ $IFI = 1,004$	AE	AE ESPECÍFICA	Fija		RE	SATISFACCIÓN GLOBAL	-,078	,026	-2,984	**	,111	
			AE GENERAL	6,227	***	AE	SATISFACCIÓN GLOBAL	,363	,104	3,477	***	
						COHERENCIA/COMPRESIÓN	AE	,164	,039	4,232	***	,175

En la predicción de la satisfacción global, la autoeficacia también es un predictor significativo (VE= 17,5%).

En la solución final, únicamente la dimensión “Coherencia/comprensión” permanece como indicador de la RM. Sin embargo, sobre la satisfacción global, además de la autoeficacia, también es un predictor significativo la RE. Por tanto, la relación directa de la RE como antecedente de la satisfacción global se mantiene, mientras que la RM muestra, igual que en el anterior, influencia indirecta sobre la satisfacción global a través de la autoeficacia. La varianza explicada (VE) de la satisfacción global por la autoeficacia es de un 11,1% y la VE de la autoeficacia por la RM es de un 17,5% (Tabla 24).

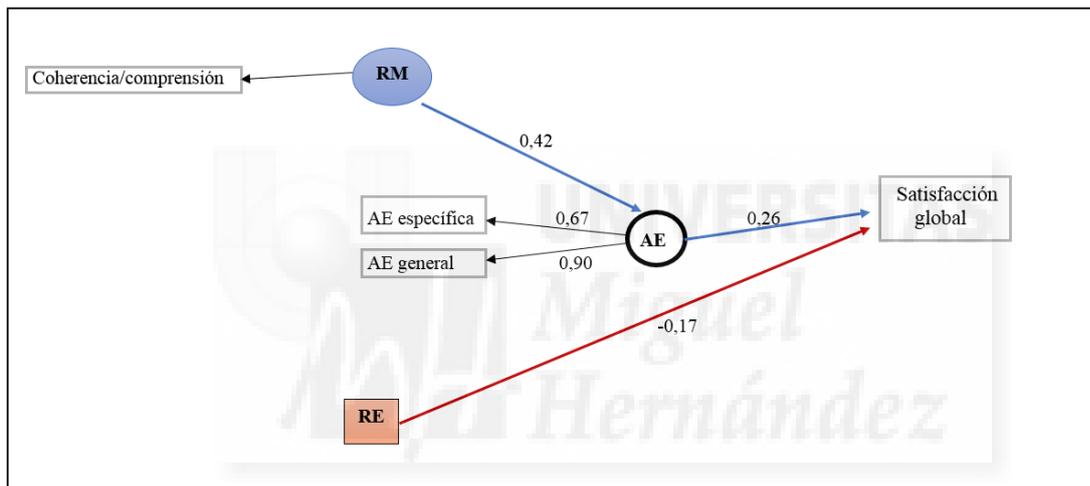


Figura 8: Proceso de modelado incluyendo el modelo final estimado de predicción de la satisfacción laboral global.

V. DISCUSIÓN





Esta investigación ha tenido como objetivo el estudio de las representaciones mentales y de la percepción de la autoeficacia en profesionales que atienden a personas institucionalizadas con demencia. La evidencia previa que proporciona tanto el modelo de autorregulación de Leventhal (1984; 2003) como la teoría de la autoeficacia de Bandura (1987; 1997), nos ha permitido plantear y probar un modelo de predicción conjunta teniendo como resultado la satisfacción laboral.

En primer lugar, en relación con el **objetivo 1**, hemos evaluado las distintas dimensiones de la representación cognitiva y la representación emocional, y hemos estudiado las posibles asociaciones con variables sociodemográficas y laborales.

Los profesionales de nuestro estudio presentan altas puntuaciones en la dimensión “Identidad” sobre todo en cuanto a síntomas específicos, mientras que en síntomas no específicos los valores son más moderados. Esta percepción es congruente con las características clínicas de las demencias.

No hubo diferencias significativas en estas puntuaciones cuando se comparan todos los grupos profesionales. Sin embargo, determinados colectivos como dirección, coordinación de servicios generales y medicina presentan puntuaciones más bajas que el resto. Se esperaba que el personal de enfermería y coordinación de auxiliares presentaran las puntuaciones más altas, pero otros profesionales que también trabajan directamente con los residentes, reconocen los síntomas y forman parte de su RM.

Más del 90% de los profesionales identificaron 16 de los 18 síntomas específicos de la demencia. Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Shinan-Altman et al. (2014) para los síntomas disminución de la memoria, desorientación en tiempo y espacio y problemas de juicio. Sin embargo, a diferencia de este estudio, los profesionales reflejan puntuaciones más altas en el resto de síntomas y especialmente en la asociación de problemas del lenguaje y delirios. Esta diferencia es explicable porque nuestra investigación se refiere a las demencias en general, y no únicamente a la de tipo Alzheimer.

El síntoma específico de demencia que se ha seleccionado con menor frecuencia es el mal humor. La vinculación del mal humor a esta patología, es superior en aquellos profesionales que tienen un vínculo laboral diario y cercano (terapia ocupacional,

enfermería, coordinación de enfermería, animación o educación social y coordinación de auxiliares) que en aquellos que no realizan intervenciones tan frecuentes con este perfil de residentes (C.SSGG, Dirección, Trabajo social y medicina). Estos últimos han resultado ser los grupos profesionales con puntuaciones más bajas en la dimensión “Identidad”. Es comprensible que los profesionales médicos, por años de formación, obtengan puntuaciones menores en síntomas no específicos de la demencia. Sin embargo, son también los que con otros grupos (Dirección y C.SSGG), identifican menos síntomas específicos. El argumento comentado respecto de la atención directa, puede explicar estos resultados.

Es relevante que los profesionales perciban a estos pacientes con más alteraciones del comportamiento y agitación que con mal humor. En los dos primeros síntomas, su desencadenante coincide, en muchas ocasiones, con determinadas prácticas profesionales que se realizan con ellos, como el proceso de levantada, aseo o baño, vestido, cambio de pañal, administración de dietas y/o medicación e interacción en talleres o actividades, entre otras. Por lo tanto, estos síntomas pueden ser percibidos más como respuestas puntuales propias de su problema de demencia, mientras que el mal humor puede asociarse con otro desencadenante distinto a la patología.

En relación con síntomas no específicos de la demencia, la gran mayoría de profesionales identifican las dificultades para dormir y la pérdida de peso. Estos síntomas no están vinculados directamente a la demencia. Sin embargo, el padecimiento de esta patología puede empeorarlos al aumentar, por ejemplo, la deambulación errática o vagabundeo (Castellón, Gómez y Martos, 2005; Moreno, 2011). Además, son muy prevalentes en la población de la tercera edad, con demencia o sin ella, y son parte importante de la experiencia profesional del cuidado de estos pacientes. Resulta razonable que formen parte también de su RM.

Respecto de otras **dimensiones de la RM**, los profesionales del Grupo Amma perciben la demencia como una patología de curso “Crónico”, asociada a serias “Consecuencias” y muestran alta “Coherencia y comprensión”. Estos resultados indican que todos los colectivos profesionales se perciben con un conocimiento preciso de la demencia, lo cual refleja en cierto modo el esfuerzo en formación al respecto que año a año realiza esta empresa. Estos resultados coinciden con los

obtenidos con profesionales de trabajo social y enfermería (Shinan-Altman et al., 2014).

La edad y el tiempo en el puesto, vinculadas ambas variables con la experiencia, justifican que los profesionales con más edad o más años en el puesto puntúen más alto en la dimensión “Curso agudo/crónico” que aquellos participantes menores de 25 años o con menos de un año en el puesto. De igual manera, la experiencia hace que las puntuaciones de la dimensión “Control del tratamiento” disminuyan y que exista una tendencia lineal entre el tiempo en el puesto y el aumento de la “Coherencia y comprensión”.

En relación también con la experiencia, los profesionales de centros con 50-100 residentes, perciben menos “Consecuencias” y tienen menor “Respuesta emocional” que aquellos profesionales que desarrollan su profesión en centros con mayor número de residentes. Esto puede explicarse por la menor casuística de personas con demencia en los centros con menor ocupación, al no contar con una unidad de psicogeriatría y estar catalogados como centros de medio requerimiento. En este sentido, se explica que la puntuación en “Identidad” sea también superior conforme aumenta el número de residentes del centro.

El nivel de estudios cursados, refleja diferencias significativas en “Coherencia y comprensión” de la demencia. Aquellos profesionales con estudios universitarios tienen puntuaciones más altas. Este aspecto se ve reflejado también en las puntuaciones mayores en “Curso cíclico” de las coordinaciones de auxiliares frente a los profesionales de psicología y resto de universitarios.

Por tanto, la **Hipótesis 1:**

Los profesionales con mayor atención directa con los residentes con demencia (coordinación y personal de enfermería, y coordinación de auxiliares) tendrán altas puntuaciones en “Identidad”, “Curso agudo/crónico” y “Coherencia/comprensión”, y serán mayores que las de otros colectivos con menos funciones de atención directa (dirección, trabajo social y coordinación de servicios generales),

no se cumple respecto de ninguna de las dimensiones para las que se ha planteado. Todos los grupos profesionales identifican la demencia con un considerable número de síntomas, incluyendo los que acompañan al envejecimiento de la población que

atienden, la perciben como una enfermedad crónica asociada a graves consecuencias y muestran una alta comprensión. Las diferencias encontradas no se deben al puesto, sino más bien a la experiencia que proporciona el tiempo que llevan trabajando y el número de residentes del centro.

Respecto a las dimensiones de **control**, esperábamos que, dados los diferentes recursos de abordaje de las demencias, en un entorno multidisciplinar como el de los centros sociosanitarios, los profesionales percibieran alta controlabilidad, tanto desde el punto de vista de la actuación profesional como de las posibilidades de los tratamientos. Sin embargo, estas dos dimensiones “Control profesional” y “Control del tratamiento” obtuvieron los valores más bajos de la RM.

Una explicación para este resultado tiene que ver con la formulación de los ítems de estas dimensiones en la medida empleada. El IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002), está diseñado de forma genérica para su aplicación a cualquier enfermedad. Modificamos los ítems de “Control profesional” para evaluar cuanto creen los participantes que pueden hacer los profesionales (vs cuanto creen que pueden hacer los pacientes). Pero se han mantenido los contenidos originales de los ítems, que concretan los objetivos de ese control en: control de síntomas, evolución de la enfermedad, y en aspectos más genéricos como mejorar la enfermedad e influir en ella con sus actuaciones. En las demencias, la actuación profesional sí puede controlar los síntomas y mejorar el bienestar dentro de la evolución progresiva y negativa de muchas de las demencias (Jeon et al., 2012; Sidani et al., 2012; Stein-Parbury et al., 2012). Pero salvo para el control de los síntomas, los ítems pueden ser interpretados como metas ambiguas (afectar a la enfermedad, mejorarla, influir en ella) u objetivos irreales en estas patologías (modificar la evolución). En este sentido, se precisaría una adaptación cultural a este contexto profesional, en el sentido de concretar logros realistas que pueden alcanzarse desde los equipos multidisciplinarios.

Otra posible explicación es que los profesionales necesiten ser conscientes de las metas realistas hacia las que se dirige su actuación, las cuales, no porque no supongan la cura o cambios drásticos en la evolución son menos deseables y necesarias. Así, estas puntuaciones moderadas en las dimensiones “Control profesional” y “Control del tratamiento” sugieren dirigir acciones formativas a estos

aspectos. El enfoque de estas actuaciones no es tanto de conocimientos, como de trabajo sobre expectativas de resultados y objetivos profesionales. El tratamiento de las demencias incluye tanto un abordaje farmacológico como estrategias no farmacológicas, siendo ambos abordajes objeto de formación según el grupo profesional. Las estrategias de actuación profesional y de tratamiento no resuelven la patología en términos de curación, pero si tienen efectos en la aparición y el control de síntomas y en el bienestar de los pacientes y profesionales de atención directa.

Por tanto no se confirma la **Hipótesis 2**:

Los profesionales tendrán puntuaciones altas en “Control profesional” y “Control del tratamiento”.

El análisis de la **atribución causal de la demencia** muestra que la edad o envejecimiento es la causa en donde hay más acuerdo, seguida del alcohol, la herencia y accidente o lesión. Cuando los participantes seleccionan las causas principales, las más indicadas son los factores hereditarios y la edad o envejecimiento. Los participantes pueden dar mayor peso a la edad o envejecimiento por el contexto en el que desarrollan su profesión, mientras que los factores hereditarios se establecen como causa más generalizada. Los factores hereditarios fueron también la causa principal indicada por los cuidadores informales (Roberts y Connell, 2000), y están presentes como causa importante en las RM de otros estudios con cuidadores (Quinn et al., 2016), personas sanas (Anderson et al., 2011; Low y Anstey, 2009) y profesionales (Shinan-Altman et al., 2014).

Hay que resaltar que algunas causas psicológicas, como el estado emocional, acontecimientos vitales traumáticos, y el estrés o preocupaciones, presentan puntuaciones altas, quedando por encima de factores de riesgo, alteraciones en la inmunidad y otras causas biológicas. Las causas psicológicas, entre ellas el estrés, se configuran como parte de la RM de muchas enfermedades, incluso de patologías que claramente tienen etiología biológica (Cameron y Moss-Morris, 2010).

Los factores obtenidos en el análisis de componentes principales (ACP) reflejan una distribución de las causas acorde a los conocimientos y experiencia de los profesionales. Las causas se agrupan en cinco factores: psicológicas, biológicas,

riesgos, dieta y contaminación y causas impredecibles. La saturación de causas como “Atención médica deficiente” o “Neurolépticos” en el factor “Causas impredecibles”, puede responder a la experiencia de los profesionales ante situaciones en las que la atención médica no fue adecuada, por ejemplo, ante un accidente cerebrovascular o traumatismo cerebral. O bien a la experiencia previa de haber presenciado un empeoramiento de la situación de un paciente al ser tratado con neurolépticos, por ejemplo en la demencia por Cuerpos de Lewy difusos.

En el desarrollo del ACP, se excluyeron los ítems “Conducta” y “Alteración de la inmunidad”. Es posible que ambos ítems, tengan diferentes significados que ya están englobados en otros ítems más específicos. Por ejemplo, podemos considerar que la conducta está englobada en ítems como la “Actitud mental”, la “Personalidad”, “Alcohol”, “Tabaco” o “Dieta”. En el caso de “Alteración de la inmunidad”, su contenido está más precisado en “Un microbio o virus”, “VIH” o “Sífilis”.

Comparando la agrupación de causas de esta investigación con la del original del cuestionario IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002), se observan diferencias en las soluciones factoriales obtenidas. En nuestro estudio, los profesionales engloban la dieta y contaminación en un claro factor causal, mientras que los pacientes del estudio de Moss-Morris y cols., (2002) identifican la dieta como un riesgo y la contaminación como parte de las alteraciones inmunitarias. Estas diferencias apoyan la propuesta de los propios autores en el sentido de adaptar la escala al contexto particular de enfermedad y de investigación (Moss-Morris et al., 2002).

En nuestro estudio, las puntuaciones más altas fueron las de los factores “Riesgos”, “Dieta y contaminación” y “Causas psicológicas”. Las “Causas biológicas” mostraron valores medios y las “Causas impredecibles” obtuvieron las puntuaciones más bajas. Al contrario que en el estudio de Shinan-Altman y cols. (2014), en donde el personal de enfermería atribuyó más “Causas psicológicas” que el de trabajo social, en nuestro caso fueron los profesionales de trabajo social los que puntuaron más alto, diferenciándose de los médicos y los coordinadores de enfermería.

Las puntuaciones elevadas de los profesionales con menos de 25 años en los factores “Riesgos” y “Causas impredecibles” respecto al resto de profesionales, puede estar relacionada con la menor “Coherencia y comprensión” que también reflejan los profesionales de este grupo de edad. A medida que aumenta el tiempo en el puesto de

trabajo, y por tanto la edad, las puntuaciones en el factor “Causas impredecibles” disminuyen.

Las demencias son enfermedades multifactoriales en donde confluyen factores genéticos, ambientales y de riesgo (Barranco-Quintana et al., 2005). Dada la variedad de patologías que incluye el etiquetado de “demencia”, los profesionales seleccionaron un amplio número de causas propias de la demencia y, por tanto, la atribución causal que realizan es adecuada. Sin embargo, los resultados indican que las “Causas psicológicas” son parte de su atribución causal al mismo nivel que los “Riesgos” o la “Dieta y contaminación” a pesar de no existir una evidencia clara al respecto. Esta variedad de causas también se encuentra en personas sanas, (Anderson et al., 2011; Low y Anstey, 2009), cuidadores (Quinn et al., 2016) y en profesionales (Shinan-Altman et al., 2014).

Por ello queda confirmada la **Hipótesis 3**:

Los profesionales realizarán una atribución causal amplia, que incluirá causas que se corresponden con evidencia real de riesgo para las demencias (causas biológicas y factores de riesgos), pero también otras causas como las psicológicas y el azar.

Estos resultados confirman, por un lado, que el conocimiento no es la única fuente válida para configurar la RM y que los profesionales no están exentos de los sesgos cognitivos. Y, por otro, que cuando no hay causas claramente establecidas, las atribuciones causales son variadas y la comprensión de la enfermedad es más difícil (Benyamini, Leventhal y Leventhal, 2007).

La dimensión “**Respuesta emocional**” presenta valores moderados, sin apenas dispersión, de modo que la puntuación media y los valores de la mediana y la moda coinciden y se sitúan en el valor medio del rango de la escala. Comparando con las dimensiones de la RM cognitiva, la “Respuesta emocional” es la que presenta los valores más bajos. Por otro lado, la RE no presenta diferencias en función de ninguna variable sociodemográfica. Tampoco se asocia con el grupo profesional en función de sus niveles de atención directa con los residentes ni otras variables laborales, a excepción del número de residentes en los centros. En este sentido, los profesionales de centros con 50-100 residentes son los que tienen menor “Respuesta emocional”.

Así, a pesar del alto número de síntomas y consecuencias, del curso crónico y de los niveles moderados de controlabilidad percibida, la “Respuesta emocional” de los profesionales es bastante menor. Como propone el modelo de auto-regulación, la RE guía la selección y el uso de estrategias para controlar las emociones que genera una determinada enfermedad (Leventhal et al., 2003; Leventhal et al., 2012). Es posible, que los profesionales de centros sociosanitarios, sobre la base de la prevalencia de personas con demencia ya comentada, hayan desarrollado estrategias adaptativas para amortiguar sus respuestas emocionales ante la demencia. En este sentido, se ha comprobado el efecto positivo de poner en práctica estrategias de manejo de la emoción, mediando entre la RE y los resultados de burnout (Shinan-Altman et al., 2016). Así, como en muchos otros contextos en donde se trabaja con enfermedades crónicas, con consecuencias graves y cursos evolutivos complicados, los profesionales se adaptan a la experiencia de enfermedad y son capaces de reconducir sus metas de atención profesional hacia objetivos que mejoren la calidad de vida de los pacientes que atienden (Pastor y López-Roig, 2015). En cualquier caso, estos argumentos son compatibles con el resultado de que conforme mayor es el número de residentes de los centros, mayor es la “Respuesta emocional” de los profesionales. Sin que eso signifique ineficacia del esfuerzo de adaptación, la confrontación con mayor número de personas, con cuadros más floridos de síntomas, genera una RE más negativa.

Por tanto, finalmente, se confirma lo que establece la **Hipótesis 4**:

La “Respuesta Emocional” de los profesionales ante la demencia presentará niveles moderados y más bajos que las dimensiones de la RM cognitiva.

El **segundo objetivo** de este trabajo era conocer cuál es la percepción de autoeficacia de los profesionales respecto de la actividad que desarrollan en la atención a personas con demencia en centros sociosanitarios.

En primer lugar, los participantes evaluaron la **frecuencia** con que realizan cada una de las actividades, del listado presentado. Los resultados apoyan la fiabilidad de las respuestas, ya que las actividades seleccionadas se adaptan a los roles laborales de cada grupo. En segundo lugar, evaluamos la **autoeficacia percibida para realizar cada actividad**.

Es destacable que casi la totalidad de los profesionales, tengan incluido entre las actividades que realizan “Entablar una conversación con una PCD” y “Proteger la dignidad de una PCD”, junto con una alta percepción de autoeficacia de todos los grupos profesionales. Este resultado refleja el compromiso de los profesionales con este perfil de residentes. Puede resultar más o menos complicado mantener una conversación con una persona con demencia dependiendo de la fase en la que se encuentre. No por ello los profesionales dejan de hacerlo o intentarlo con frecuencia o mucha frecuencia. Mención aparte es la de proteger su dignidad, y es que una patología no debe desvirtuar a una persona y lo que ha sido y es.

Los profesionales de enfermería indicaron realizar 12 de las 28 actividades. Estos datos son similares a los reflejados por los profesionales de enfermería de la investigación realizada por Morgan y cols., (2016). En nuestro estudio, además, los profesionales que ocupan los puestos de coordinación de enfermería indicaron 19 de las 28 actividades, superando a los anteriores.

La autoeficacia para las actividades fue alta. Nuestros profesionales de enfermería se percibieron con alta competencia en 10 de las 12 actividades que realizan con frecuencia, coincidiendo también con los obtenidos por Morgan y cols (2016). Igualmente, los coordinadores de enfermería en 22 de las 28 actividades. Estos resultados tienen relación con la presencia 24h de enfermería en estos centros y con la importancia de profesionales ocupando la posición de coordinación de enfermería. Generalmente, estos puestos de coordinación son el resultado de una promoción interna de aquellos enfermeros/as con mayor control y conocimiento de los centros, lo que explica su alta percepción de autoeficacia.

Para las actividades, “Reconocer los cambios en la función cognitiva”, “Discutir con familiares/pacientes cuestiones de seguridad”, “Discutir estrategias con familiares para proporcionar el cuidado personal adecuado a los pacientes”, “Evaluar el riesgo de caída” y “Detectar síntomas tempranos de demencia”, se han obtenido frecuencias igualmente altas a Morgan y cols. (2016). Y las frecuencias han sido superiores en actividades como: “Valorar el cuidado personal de los residentes”, “Manejar el tratamiento farmacológico de los residentes”, “Manejar el dolor de los residentes”, “Manejar los síntomas conductuales”, “Manejar la comorbilidad (ej. diabetes, cáncer,

etc.)”, “Manejar las cuestiones de nutrición e hidratación” o “Proporcionar cuidados paliativos”.

En el caso de las actividades realizadas con menor frecuencia por los profesionales de enfermería del estudio Morgan et al. (2016): “Reconocer diferencias entre los subtipos de demencias” y “Ayudar en las actividades de la vida diaria”. Se obtienen frecuencias de realización muy superiores. Los profesionales de enfermería de nuestro trabajo, reflejaron realizar con menor frecuencia la actividad “Debatir con residentes y/o familiares cuestiones legales (ej. competencia, poderes legales, etc.)”. Actividad que, en los centros de trabajo donde desarrollan su profesión los sujetos de la muestra, con frecuencia es realizada por los profesionales de trabajo social, medicina y dirección. Este aspecto justifica que sean estos últimos colectivos los que reflejan las puntuaciones más altas en autoeficacia percibida para realizar esta actividad.

La sinergia entre el trabajo organizado por protocolos, las competencias de cada grupo profesional y las necesidades de los residentes de los centros sociosanitarios, explica que determinadas actividades sean realizadas con más frecuencia exclusivamente por algunos colectivos. Dicho esto, son esperados los resultados obtenidos para la actividad “Evaluar el estado cognitivo con un test estandarizado (Ej. minimal, test del reloj)”, para la cual los profesionales de psicología fueron los únicos que en su totalidad indicaron realizarla. O en la actividad “Reconocer las diferencias entre los subtipos de demencia” y psicología y medicina, “Evaluar la capacidad funcional de los residentes (con medidas o herramientas estandarizadas)” y terapia ocupacional y “Asistir a los residentes en las actividades de la vida diaria (ej., aseo, alimentación, vestido, movilidad)” y terapia ocupacional y coordinación de auxiliares.

En la línea de lo anterior, y en lo que se refiere a la autoeficacia específica, se observa una percepción de autoeficacia alta en las tareas que los profesionales realizan. Esto se refleja especialmente en coordinación de enfermería y medicina. Las puntuaciones más bajas de C.SSGG y animación/educación social pueden deberse a la presencia en el cuestionario de tareas que estos profesionales realizan esporádicamente y para las cuales no está tan dirigido su ejercicio profesional. Las actividades del cuestionario de Morgan et al. (2016), sobre las que principalmente se

construye el utilizado, estaban dirigidas a enfermería y auxiliares de enfermería de atención domiciliaria del entorno rural.

En tercer lugar, hemos descrito, por un lado, la percepción de **autoeficacia específica** como resultado del cálculo medio ajustado de autoeficacia en las actividades que realizan; y, por otro, la evaluación de **autoeficacia general** para la atención profesional y para el manejo interpersonal en la atención a personas con demencia.

Los profesionales se perciben altamente competentes para el desempeño de las actividades que realizan. Un 75% de los profesionales puntúan por encima del valor medio de la escala de autoeficacia específica (AEE). Las coordinadoras de enfermería y los médicos son los que se perciben significativamente más competentes que otros colectivos. Los profesionales de enfermería, terapia ocupacional y psicología les siguen en su percepción de autoeficacia, diferenciándose también de otros grupos.

En el caso de la **autoeficacia general** (AEG) todos los participantes muestran percepciones altas en ambos contenidos.

Respecto del tiempo trabajado, tanto la AEE como la AEG muestran el mismo perfil de relaciones. Los profesionales que llevan trabajando menos de tres meses reflejan puntuaciones muy altas en ambos casos, pudiendo ser ilusorias o debidas a la imagen de trabajo fácil que en un principio pueden tener de los centros sociosanitarios y concretamente con personas con demencia. En el siguiente periodo de tiempo (de 3 a 6 meses), cuando se tiene un mínimo de experiencia real, esas puntuaciones, se sitúan en el valor más bajo, para aumentar a partir de ahí a medida que aumenta el tiempo en el puesto y por tanto la experiencia. Esto refleja una percepción más irreal al inicio, y más ajustada conforme se adquiere experiencia.

Así, los resultados confirman la **Hipótesis 5**:

Los profesionales que lleven mayor tiempo en el puesto, mostrarán mayores niveles de autoeficacia específica ajustada a las actividades que realizan.

Sin embargo, aunque los niveles de competencia percibida son altos en toda la muestra, no son equivalentes, por lo que no apoyan lo establecido en la **Hipótesis 6**:

No aparecerán diferencias significativas en autoeficacia específica entre los diferentes grupos profesionales.

A pesar de los altos niveles de competencia percibida, los profesionales expresan diferentes **necesidades de formación**. En este sentido, el manejo de los síntomas conductuales y el reconocimiento de los subtipos de demencia, son reconocidos por los profesionales del Grupo Amma como puntos en lo que quieren ampliar su formación. La obligada búsqueda de estrategias, casi a diario, para el manejo de los síntomas conductuales, genera la necesidad común a todos los colectivos de tener los conocimientos para la búsqueda y puesta en marcha de planes de cuidados que resuelvan y/o eviten nuevos episodios. La identificación de los subtipos de demencia coincide con las necesidades de formación detectadas por otros estudios (Furaker y Nilsson, 2009; Morgan et al., 2016).

Ambos puntos de formación reflejan las deficiencias existentes en muchas formaciones universitarias en el reconocimiento de los subtipos de demencias y sobre todo en lo que refiere al manejo de los síntomas conductuales. Estas estrategias son adquiridas por la mayoría de colectivos con la práctica diaria.

El **tercer objetivo** que plantea esta investigación es probar el modelo de Leventhal, aplicado a la RM de la demencia en los profesionales, teniendo como variable resultado la satisfacción laboral, y estableciendo como mediadora la autoeficacia. En primer lugar, estudiamos el nivel de satisfacción laboral. En segundo lugar, realizamos un análisis de correlación entre los tres constructos para, finalmente, plantear el modelo y probar mediante análisis de ecuaciones estructurales los efectos directos y/o indirectos de la RM y RE sobre la satisfacción.

La **satisfacción laboral** es un claro indicador de salud laboral. Se relaciona con menor *burnout* y mayor implicación y compromiso en el trabajo (Moreno-Jiménez y Garrospá Hernández, 2013). Y es uno de los principales predictores de la intención de dejar el trabajo en personal sanitario (Cicolini et al., 2014) y concretamente en personal que trabaja con personas mayores (Karantzas et al., 2012). En este trabajo nos hemos centrado en la satisfacción intrínseca, es decir, aquella que se refiere a la

satisfacción con características inherentes a las actividades laborales con personas con demencia. No hemos incorporado la satisfacción extrínseca, relacionada con horarios, cargas y retribuciones, entre otras.

Los profesionales del Grupo Amma muestran una alta satisfacción laboral intrínseca en el trabajo con personas con demencia, e igualmente en la satisfacción global.

La alta percepción de autoeficacia de aquellos que llevan menos de 3 meses desarrollando su puesto de trabajo, se traduce también en una satisfacción laboral superior a la del resto. Esto puede deberse a la euforia y fase de aprendizaje inicial, que no tiene por qué disminuir posteriormente pero sí tiende a moderarse, aspecto que baja la satisfacción laboral un punto aproximadamente a partir de los 3 meses para mantenerse con el paso del tiempo.

El factor “Contenido del trabajo” fue el de mayor puntuación, aunque fue más bajo en coordinación de servicios generales que en coordinación de enfermería, de auxiliares y en personal de enfermería. Estos resultados pueden deberse a la diferente influencia de cada grupo profesional sobre las personas con demencia. Si bien es cierto que todos los profesionales participan en los resultados del cuidado de los residentes con demencia, no todos tienen la misma influencia e impacto en sus vidas. Esto puede explicar las diferencias en la satisfacción en el trabajo con este perfil de residentes.

En el factor “*Formación y calidad del cuidado*” también se han obtenido altas puntuaciones. Esto puede reflejar la adecuada formación con la que cuentan los profesionales y las oportunidades que tienen de adquirir mayores conocimientos sobre el trabajo con personas con demencia. Pero además, es interesante resaltar que este también refleja la satisfacción con la calidad de los cuidados que proporcionan a los residentes. Estos resultados contrastan con los obtenidos en otros estudios, donde el personal de enfermería de centros geriátricos, en comparación con el personal de enfermería de otros centros, es quien está más insatisfecho con la calidad del cuidado (Nübling et al., 2010; Schmidt, et al., 2014).

La **satisfacción laboral y la autoeficacia** muestran una clara asociación. Estar satisfechos globalmente, y en particular con el “Contenido del trabajo” que implica la atención directa con personas con demencia tiene una importante relación con sentirse eficaz en las tareas específicas que se realizan, en el manejo de las relaciones

y en la actuación profesional en general. Estos resultados se han obtenido también en otros trabajos, que han mostrado cómo la autoeficacia percibida se asocia claramente a la satisfacción laboral (Cicolini et al., 2014; Schmidt, et al., 2014).

Con respecto a la relación entre **satisfacción laboral y RM**, los resultados ponen de manifiesto el aumento de la satisfacción laboral intrínseca, sobre todo respecto al contenido de trabajo, de modo que cuanto mayor es la “Coherencia y comprensión” de la demencia mayor es la satisfacción. En este sentido, confirman que actividades como “disfrutar trabajando con los residentes”, “tener la capacidad de influir sobre su vida”, “mostrarse cercano a los familiares o residentes” y/o “adquirir o mostrar tus habilidades en el trabajo” se realizan de manera más eficaz cuanto mayor es la “Comprensión y coherencia” respecto de la demencia. En el estudio de RM de Shinan-Altman y cols. (2016), la “Comprensión y coherencia” de la demencia se asocia también a un menor nivel de burnout, que, como se ha comentado, es un resultado inverso a la satisfacción laboral (Moreno-Jiménez y Garrosa Hernández, 2013). En el mismo sentido, el “Control profesional” se asocia también a la satisfacción intrínseca. Si los profesionales perciben que con su actuación pueden mejorar la experiencia de enfermedad de las personas con demencia, se sienten más satisfechos con el trabajo específico que realizan con ellos.

Las relaciones entre la **RE y satisfacción laboral** son negativas, tanto respecto a la satisfacción global como respecto a la satisfacción intrínseca, concretamente en relación con el “Contenido del trabajo”. La respuesta emocional negativa intensifica la consciencia de los aspectos negativos de la enfermedad y, en este caso, de las dificultades de las personas a las que se atiende (Cameron y Morris, 2010). La satisfacción laboral es un resultado relevante en el contexto profesional. Lo que para las personas con enfermedad, o para cuidadores de personas enfermas, se traduce en resultados de salud física y bienestar psicológico, en este contexto es la satisfacción laboral el indicador clave. Como se ha comprobado, es posible que la RE funcione como indicador de la propia actuación: una respuesta emocional positiva se asocia a bienestar, en nuestro caso a la satisfacción global con el ejercicio profesional específico que estamos evaluando (Cameron y Morris, 2010).

Finalmente, con el **análisis de modelos de ecuaciones estructurales**, hemos estimado los efectos directos de la RM y la RE sobre la satisfacción laboral, por un

lado, y la estimación de los efectos sobre la satisfacción laboral mediados por la autoeficacia. Los análisis de correlación previos apoyan la selección de 5 de las 7 dimensiones y 2 de los 5 factores causales de la RM, que se introducen en modelo inicial. Hemos estimado dos modelos, uno sobre la satisfacción intrínseca y otro sobre la satisfacción global.

Respecto a la satisfacción intrínseca, los resultados confirman el efecto de la RM mediado por la autoeficacia. La RM y la RE no son predictores directos de la satisfacción. Para la predicción de satisfacción laboral intrínseca, se confirma la influencia indirecta únicamente de las dimensiones “Coherencia y comprensión” y “Control profesional” de la demencia, a través de la autoeficacia. Por tanto, son las creencias de los profesionales, acerca de que entienden la patología y creen que pueden modificar aspectos de la enfermedad, las que explican su percepción de autoeficacia profesional y, finalmente, resultan en la experiencia de satisfacción con el trabajo específico que realizan con este perfil de pacientes.

Con respecto a la satisfacción laboral global, los resultados confirman el efecto directo de la RE y el efecto indirecto de la RM. En este caso, sólo la dimensión “Coherencia y comprensión” se mantiene como predictor a través de la autoeficacia. Por tanto, son las creencias de los profesionales sobre la comprensión de la patología las que generan autoeficacia, y ésta, junto con una menor respuesta emocional ante la demencia, las que resultan en la experiencia global de satisfacción con el trabajo.

Así, la **Hipótesis 7**:

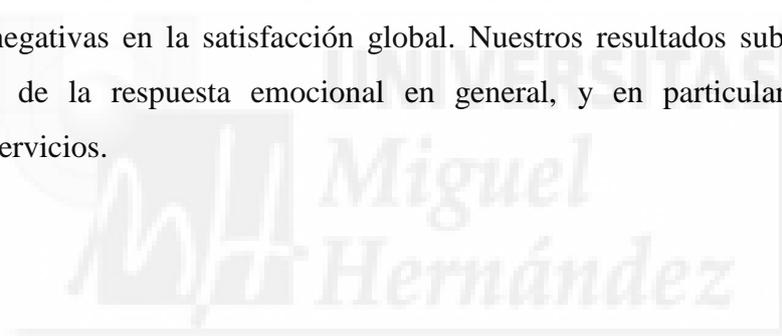
Los procesos de representación cognitiva y emocional del modelo de autorregulación mostrarán relaciones significativas con la satisfacción intrínseca y global, tanto de forma directa como a través de la autoeficacia,

se cumple parcialmente en cada uno de los modelos estimados.

La satisfacción laboral en los profesionales que cuidan de personas con demencia es un indicador de bienestar profesional y de calidad percibida de los cuidados y su aumento debe constituirse en una meta de los centros sociosanitarios. Este trabajo pone de manifiesto la pertinencia de orientar las acciones formativas de los profesionales hacia la comprensión y coherencia de la demencia, y, por tanto, de la experiencia de las personas que la padecen. Esto incluye, tal y como expresan los

profesionales, formar sobre la distinción de los subtipos de demencia y en mayor medida sobre el manejo de los síntomas conductuales. Sin embargo, la percepción de coherencia y comprensión no sólo incluye conocimientos y habilidades, sino también, entender cuáles son los aspectos de la enfermedad ligados a la actuación profesional en ese contexto asistencial. En este sentido, es fundamental aumentar el control profesional percibido, incorporando expectativas de resultados de la actividad profesional que supongan metas realistas y alcanzables, que tengan claros beneficios para las personas con demencia que se atienden y que configuren de forma coherente una comprensión completa de la enfermedad asociada a las posibilidades de actuación en el centro.

Finalmente, el trabajo con la respuesta emocional supone otra dimensión de actuación formativa. Las emociones son las grandes olvidadas de la formación en los diferentes contextos, y, sin embargo, su manejo permitirá neutralizar las consecuencias negativas en la satisfacción global. Nuestros resultados subrayan el papel relevante de la respuesta emocional en general, y en particular en las profesiones de servicios.



VI. CONCLUSIONES





1. La representación mental de la demencia que tienen los profesionales que trabajan en centros sociosanitarios incluye una percepción de la enfermedad con alta “Identidad”, “Consecuencias” graves, “Curso crónico”, alta “Coherencia y comprensión”, una moderada percepción de “Control profesional y del tratamiento” y una atribución causal a factores de “Riesgo”, “Dieta y contaminación” y “Causas psicológicas”.
2. La “Identidad” refleja una percepción congruente con las características clínicas de las demencias, incluyendo un considerable número de síntomas específicos, y otros que son más propios del envejecimiento de la población que atienden.
3. La experiencia laboral se asocia a una RM de la demencia más precisa, de modo que, conforme aumenta la edad y tiempo en el puesto, la “Comprensión y coherencia” y el “Curso crónico” con la que se percibe es mayor, mientras que disminuye la percepción de “Control del tratamiento”, ajustándose a la realidad de esta patología.
4. La experiencia laboral, en términos de número de personas a las que se atiende en un centro, también se relaciona con una RM más precisa, de modo que cuanto mayor es el número de residentes, mayor es la “Identidad” y las “Consecuencias” que forman parte de la RM de la demencia.
5. La representación emocional de los profesionales muestra valores moderados, e inferiores a los valores de las dimensiones de RM cognitiva. La RE es mayor a medida que aumenta el número de residentes de los centros. Estos resultados apoyan la eficacia de las estrategias de manejo emocional de los profesionales para adaptarse a la experiencia de enfermedad de los pacientes con demencia que atienden.
6. Los profesionales se perciben altamente competentes para el desempeño específico de las actividades que realizan, así como para la atención profesional en general y el manejo interpersonal en la atención a pacientes con demencia. Esta percepción de autoeficacia es más alta al inicio del trabajo, para ajustarse después a niveles realistas e ir aumentando a medida que aumenta el tiempo en el puesto de trabajo.
7. Los profesionales que ocupan los puestos de Coordinación de enfermería y enfermería son los profesionales que realizan mayor número de actividades con alta competencia y muestran los niveles de autoeficacia específica y general más altos.

8. Determinadas actividades son realizadas por un único colectivo profesional. Esto apoya la pertinencia del trabajo multidisciplinar, con el que se dará cobertura a todas las necesidades y se realizará la totalidad de las actividades planteadas a llevar a cabo con personas con demencia.

9. Los profesionales de los centros sociosanitarios estudiados tienen interiorizada la necesidad de entablar conversaciones y proteger la dignidad de las personas con demencia. Realizan ambas actividades con una alta competencia.

10. Los profesionales de la investigación muestran una satisfacción alta con los contenidos de su trabajo con personas con demencia, con la calidad de los cuidados que proporcionan y muestran también una alta satisfacción global con el trabajo. La satisfacción laboral está estrechamente ligada a la percepción de autoeficacia. Así, sentirse eficaz en las tareas específicas que se realizan, en el manejo de las relaciones y en la actuación profesional en general en personas con demencia, genera satisfacción, que, en este contexto, es un claro indicador de salud laboral.

11. Para la predicción de satisfacción laboral intrínseca, se confirma la influencia indirecta únicamente de las dimensiones “Coherencia y comprensión” y “Control profesional” de la demencia, a través de la autoeficacia. Por tanto, son las creencias de los profesionales, acerca de que entienden la patología y creen que pueden modificar aspectos de la enfermedad, las que explican su percepción de autoeficacia profesional y, finalmente, resultan en la experiencia de satisfacción con el trabajo específico que realizan con este perfil de pacientes.

12. Para la predicción de la satisfacción laboral global, se confirma el efecto directo de la RE y el efecto indirecto de la RM. Por tanto, son las creencias de los profesionales sobre la comprensión de la patología las que generan autoeficacia, y ésta, junto con una menor respuesta emocional ante la demencia, las que resultan en la experiencia global de satisfacción con el trabajo.

13. Las acciones formativas de los profesionales que desarrollan su actividad con personas con demencia han de reforzar el conocimiento en la distinción de las demencias y subsanar posibles deficiencias en el manejo de síntomas conductuales. Pero sobretodo, han de lograr aumentar el control profesional percibido,

VI. CONCLUSIONES

incorporando expectativas de resultados de la actividad profesional que supongan metas profesionales realistas y alcanzables, con claros beneficios para las personas con demencia que se atienden y que configuren de forma coherente una comprensión completa de la enfermedad asociada a las posibilidades de actuación en el centro. Todo ello, completado con el trabajo sobre la respuesta emocional ante la demencia para neutralizar las consecuencias negativas en la satisfacción global.



Referencias bibliográficas

- Akhu-Zaheya, L. M., Gharaibeh, M. K., y Alostaz, Z. M. (2013). Effectiveness of simulation on knowledge acquisition, knowledge retention, and self-efficacy of nursing students in Jordan. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(9), 335-342.
- Anderson, L.N., McCaul, K.D., y Langley, L.K. (2011). Common-sense beliefs about the prevention of Alzheimer's disease. *Aging y Mental Health*, 15(7), 922-31.
- Ara, S., Van den Zegel, A., Van Rillaer, M., Moon, P., Vandeberghe, J., De Langhe, E. y Westhovens, R. (2016). Development and preliminary evaluation of the validity and reliability of a revised illness perception questionnaire for healthcare professionals. *BMC Nursing*, 15, 34.
- Bandura A. (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Bandura, A. (2004). The growing primacy of perceived efficacy in human self-development, adaptation and change. En, *Nuevos Horizontes en la Investigación sobre Autoeficacia*, pp. 33-52. Colección Psique, 8. Universidad de Castellón.
- Beléndez, M., Vázquez, M., Bermejo Alegría, R.M., y García Ayala, M.D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17, 318-24.
- Benyamini, Y., Leventhal, H., y Leventhal, E. (2007). Attributions and health. En S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, y R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (2nd ed., pp 26-33). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bishop, E.L., Yardley, L. y Lewith, G.T. (2007). A systematic review of beliefs involved in the use of complementary and alternative medicina. *Journal of Health Psychology*, 12, 851-867.
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., y Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-731.
- Brody, H., Green, A. y Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 657-664.
- Bryans, M., Keady, J., Turner, S., Wilcock, J., Downs, M., y Iliffe, S. (2003). An exploratory survey into primary care nurses and dementia care. *British Journal of Nursing*, 12(17), 1029-1037. doi: [10.12968/bjon.2003.12.17.11723](https://doi.org/10.12968/bjon.2003.12.17.11723).
- Bujalance, H.J., Villanueva, P.F., Guerrero, M.S., Conejo, G.J., González, V.A., Sepúlveda, J.A., Viñas, V.C., ... y Martín, T.F. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Revista Española De Geriátria y Gerontología*, 36(1), 32-40.

- Cameron, L.D. (2008). Illness risk representations and motivations to engage in protective behavior: The case of skin cancer risk. *Psychology and Health*, 23, 91-112.
- Cameron, L.D. y Chan, C. (2008). Designing health communications: Harnewssing the power of affect imagery, and self-regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 2, 262-282.
- Cameron, L.D., Durazo, A., y Rus, H.M. (2016). Illness Representations. En Y. Benayamini, M. Johnston y E.C. Karademas (Eds.), *Assessment in Health Psychology* (pp. 45-59). Germany: Hogrefe.
- Cameron, L.D. y Moss-Morris, R. (2010). Illness-related cognition and behaviour. En, D. French, K. Vedhara, A.A. Kaptein y J. Weinman (Eds.), *Health Psychology* (pp. 149-161). Oxford: BPS Blackwell.
- Castellón, S. P. A., Gómez, A. M. A., y Martos, M. A. (2005). Alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer. *Semergen: Medicina General / De Familia*, 31(11), 541-545.
- Castle, N.G. (2010). An instrument to measure job satisfaction of certified nurse (home) assistants. *Applied Nursing Research*, 23(4), 214-220.
- Castle, N., Engberg, J., Anderson, R., y Men, A. (2007). Job satisfaction of nurse aides in nursing homes: Intent to leave and turnover. *The Gerontologist*, 47, 193-204.
- Chou, S., Boldy, D.P., y Lee, A.H. (2002). Staff satisfaction and its components in residential aged care. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(3), 207-217.
- Cicolini, G., Comparcini, D., y Simonetti, V. (2014). Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 22(7), 855-871.
- Clare, L., Goater, T., y Woods, B. (2006). Illness representations in early-stage dementia: a preliminary investigation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 761-767.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S.R., Cragin, L., Wong, B., Walker, D.M. (2012). Self-Efficacy change with low-tech, high-fidelity obstetric simulation training for midwives and nurses in Mexico. *Clinical Simulation in Nursing*, 8, e15-e24.
- Conner, M. y Norman, P. (2005). Predicting health behaviour: a social cognition approach. En, M. Conner and P. Norman (Eds.). *Predicting Health Behaviour*. (2nd ed.). (pp.1-27). New York: Open University Press.
- Díez, J.N., Martínez, P.M., y León, B.S. (2014). *Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas*. (Universidad Complutense de Madrid.) Universidad Complutense de Madrid.
- Doyle, D., Copeland, H. L., Bush, D., Stein, L., Thompson, S. (2011). A course for nurses to handle difficult communication situations. A randomized controlled

- trial of impact on self-efficacy and performance. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 100-109.
- Duffy, B., Oyebode, J.R., y Allen, J. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia: The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Dementia*, 8(4), 515-541.
- Eccles, F.J., Murray, C., y Simpson, J. (2011). Perceptions of cause and control in people with Parkinson's disease. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1409-1420.
- Edvardsson, D., y Innes, A. (2010). Measuring Person-centered Care: A Critical Comparative Review of Published Tools. *The Gerontologist*, 50(6), 834-846.
- Ellenbecker, C.H. y Byleckie, J.J. (2005). Home healthcare nurses' job satisfaction scale: Refinement and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 70-78.
- Elvish, R., Burrow, S., Cawley, R., Harney, K., Graham, P., Pilling, M., Gregory, J., ... y Keady, J. (January 01, 2014). 'Getting to Know Me': the development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings. *Aging y Mental Health*, 18(4), 481-488. doi: [10.1080/13607863.2013.856860](https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856860)
- Estévez-Guerra, G.J., Núñez-González, E., Fariña-López, E., Marrero-Medina, C.D., y Hernández-Marrero, P. (2007). Determinantes de la satisfacción laboral en centros geriátricos. *Revista Española De Geriatría Y Gerontología*, 42(5), 285-292.
- Fajardo, C. M. I., y Casanueva, C. N. (2017). Familiares y profesionales frente a los síntomas mentales de la demencia: la actitud positiva. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista Infad De Psicología*, 7(1), 527.
- Figueiras, M.J. y Alvers, N. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perceptions Questionnaire (IPQ-R). *Psychology y Health*, 22, 143-158.
- Fortinsky, R.H., Kercher, K., y Burant, C.J. (2002). Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging y Mental Health*, 6(2), 153-160.
- Frank-García, A. (2011). Definición. Concepto, fisiopatología y clasificación del deterioro cognitivo vascular. En: R. Alberca, y S. López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. (pp.427-440). Madrid, España: Médica Panamericana, S.A.
- French, D.P., Senior, V., Weinman, J., y Marteau, T. (2001). Causal attributions for heart disease: A systematic review. *Psychology y Health*, 16, 77-98.
- French, D.P., Cooper, A., y Weinman, J. (2006). Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 757-767.
- Furåker, C., y Nilsson, A. (2009). The competence of certified nurse assistants caring for persons with dementia diseases in residential facilities. *Journal of*

Psychiatric and Mental Health Nursing, 16(2), 146–152. doi:[10.1111/j.1365-2850.2008.01347.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01347.x)

- Gallagher, D., Ni, M.A., Crosby, L., Ryan, D., Lacey, L., Coen, R.F., Walsh, C., ... Lawlor, B.A. (2011). Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging y Mental Health*, 15(6), 663-670.
- Gil, G.P., y Martín, S.J. Demencia. (2006). En *Tratado de geriatría para residentes*. (pp. 173-188). Madrid, España: International Marketing y Communication, S.A.
- Gómez, C.S., y García, C.F. (2011). Demencias: clasificación etiológica y diferenciación cognitiva. En R. Alberca (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. (pp.427-440). Madrid, España: Médica Panamericana, S.A.
- Gove, D., Downs, M., Vernooij-Dassen, M., y Small, N. (2016). Stigma and GPs' perceptions of dementia. *Aging y Mental Health*, 20(4), 391-400.
- Groarke, A.M., Curtis, R., Coughlan, R., y Gsel, A. (2005). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *Psychology and Health*, 20(5), 597-615.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.
- Hagger, M. y Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.
- Haidet, P., O'Malley, K. J., Sharf, B. F., Gladney, A. P., Greisinger, A. J., y Street, R. L., Jr. (2008). Characterizing explanatory models of illness in healthcare: development and validation of the CONNECT instrument. *Patient education and counseling*, 73(2), 232-239.
- Hamilton-West, K., Milne, A., Chenery, A., y Tilbrook, C. (2010). Help-seeking in relation to signs of dementia: A pilot study to evaluate the utility of the common-sense model of illness representations. *Psychology, Health y Medicine*, 15(5), 540-549.
- Han, K., Trinkoff, A.M., Storr, C.L., Lerner, N., Johantgen, M., y Gartrell, K. (2014). Associations between state regulations, training length, perceived quality and job satisfaction among certified nursing assistants: Cross-sectional secondary data analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1135-1141.
- Hardley, M. (1998). Understanding health and constructing illness. En: M. Hardley (Ed.), *The Social Context of Health* (pp. 21–46). Phyladelphia: Open University Press.
- Helder, D.I., Kaptein, A.A., van Kempen, G.M.J., Weinman, J., van Houwelingen, H.C. y Roos, R.A. (2002). Living with Huntington's disease: illness

- perceptions, coping mechanisms, and patients' well-being. *British Journal of Health Psychology*, 7, 449–462
- Heijmans, M., Foets, M., Rijken, M. (2001). Stress in chronic disease: Do the perceptions of patients and their general practitioners match?. *British Journal of Health Psychology*, 6, 229–242
- Holman, H.R. y Lorig, K. (1992). Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease. En: R. Schwartz (Ed.), *Self-efficacy: thought control of action*. New York: Hemisphere Publications.
- Hu, L., y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Hu, L., y Bentler, P.M. (1998). Fit indices in covariance structuring modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychometrical Methods*, 3(4), 424-453.
- Hughes, J., Bagley, H., Reilly, S., Burns, A. y Challis, D. (2008). Care staff working with people with dementia: training, knowledge and confidence. *Dementia*, 7, 227-238.
- Ilmarinen, J. (2006). The Work Ability Index (WAI). *Occupational Medicine*, 57(2), 160.
- Insel, K.C., Meek, P.M., Leventhal, H. (2005). Differences in illness representation among pulmonary patients and their providers. *Journal of Health Psychology*, 10, 147–162.
- Instituto Nacional de Estadística. [Sitio web]. (2016). Madrid: INE. [Consultado 21 Enero 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/>.
- Jeon, Y., Luscombe, G., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., King, M., y Haas, M. (2012). Staff outcomes from the Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES): A cluster randomized trial. *International Journal of Nursin Studies*, 49(5), 508-518.
- Karantzas, G.C., Mellor, D., McCabe, M.P., Davison, T.E., Beaton, P., y Mrkic, D. (2012). Intentions to quit work among care staff working in the aged care sector. *The Gerontologist*, 52(4), 506-516.
- King, I.M. (1977). Theory of goal attainment. In M.A. Frey, y C.L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 109-125). Thousand Oaks, CA: Sage. Citado en Castle et al., 2010.
- Kitwood, T., Fox, L., y Bradford Dementia Group. (1994). *Evaluation of a day centre by use of dementia care mapping*. Bradford, England: Bradford Dementia Group, University of Bradford.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham [etc.]: Open University Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York, NY: Basic Books.

- Kleinman, A. y Seeman, D. (2000). Personal experience of illness. En G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick y S. Scrimshaw (Eds.), *Handbook of social studies in health and medicine* (pp. 230-242). London, UK: Sage.
- Korkmaz, S., Goksuluk, D., y Gokmen Zararsiz, G.(2014). MVN: An R Package for Assessing Multivariate Normality. *The R Journal*, 6(2), 151-162.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York. NY: Springer.
- Law, U., Kelly, T., Huey, D. y Summerbell, C. (2002). Self-Management and well-being in adolescents with diabetes mellitus: do illness representation play a regulatory role?. *Journal of Adolescent Health*, 31, 381-385.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Miller, L. and Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical Foundations. En: K.J. Petrie y J.W. einman (Eds.), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 19–45). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Bosnar-Deren, S., Breland, J.Y., Hash-converse, J., Phillips, L.A., Leventhal, E.A., y Cameron, L.D. (2012). Modeling health and illness behaviour: The approach of the common sense model. En A. Baum, T.A. Revenson, y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. New York, NY: Erlbaum.
- Leventhal, H., Brissette, I., y Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: L.D. Cameron y H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42–65). London, UK: Routledge.
- Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. (1980). The common sense model of Illness danger. En: S. Rachman (Ed.), *Medical Psychology (Vol 2, pp. 7-30)*. New York, NY: Pergamon.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R., y Steele, D.S. (1984). Illness representations and coping with health threats. In: A. Baum, S.E. Taylor, y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health (Vol. 4, pp. 219–252)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lin, F., Gleason, C.E., Heidrich, S. M. (2012). Illness representations in older adults with mild cognitive impairment. *Research in Gerontological Nursing*, 5(3), 195-206.
- Lingler, J.H., Terhorst, L., Schulz, R., Gentry, A. y Lopez, O. (2016). Dyadic analysis of illness perception among persons with mild cognitive impairment and their family members. *The Gerontologist*, 56, 886-895.
- López, D.J. (2005). *Personas mayores viviendo solas: La autonomía como valor en alza*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- López, D.M. (2002). Paciente con deterioro cognitivo en domicilio vs institucionalizado: Coste económico asistencial. *Revista de actualidad sociosanitaria*, 1(11).
- López-Ibor, A.J.J., Valdés, M.M., y American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- López, M.R., López, T.J.A., Castrodeza, S.F.J., Tamames, G.S., León, C.T., y Grupo de Trabajo de Atención Sanitaria en Residencias de Ancianos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2009). Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Revista Española de Geriatria Y Gerontología*, 44(1)
- López-Pousa, S. Definición. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de alzheimer. En: R. Alberca, y S. López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 147-154). 3ª ed. Madrid, España: Médica Panamericana, S.A.
- López-Roig, S., Neipp, M.C., Pastor, M.A., Terol, M.C. y Massutí, B. (2004). Creencias de autoeficacia y conducta de autoexploración en mujeres con cáncer de mama. En, *Nuevos Horizontes en la Investigación sobre Autoeficacia*, pp. 142-148. Colección Psique, 8. Universidad de Castellón.
- López-Roig, S. y Pastor, M. A. (2016). Cultural adaptation of measures. En Y. Benyamini, M. Johnston, y E.C. Karademas (Eds.), *Assessment in health psychology*, chapter 20, pp. 267-279. Göttingen/Boston: Hogrefe.
- Low, L., y Anstey, K.J. (2009). Dementia literacy: Recognition and beliefs on dementia of the Australian public. *Alzheimer's and Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 5, 43-49.
- Lorig, K.R., Mazonson, P.D. y Holman, H.R. (1993). Evidence suggesting that health education for selfmanagement in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis & Rheumatism*, 36, 439-446.
- Luszczynska, A. y Schwarzer, R. (2005). Social Cognitive Theory. En, M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour*, pp. 127-169. New York, Open University Press.
- Mackenzie, C.S. y Peragine, G. (2003). Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18, 291-299.
- McConville, S.A., Lane, A.M. (2006). Using on-line video clips to enhance self-efficacy toward dealing with difficult situations among nursing students. *Nurse Education Today*, 26, 200-208.
- Marteau, T.M, y Weinman, J. (2006). Self-regulation and the behavioural response to DNA risk information: A theoretical analysis and framework for future research. *Social Science y Medicine*, 62(6), 1360-1368.
- Martin-Cook, K., Remakel-Davis, B., Svetlik, D., Hynan, L.S., y Weiner, M.F. (2003). Caregiver attribution and resentment in dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(6), 366-374.
- Martin, R., Johnsen, E.L., Bunde, J., Bellman, B., Rothrock, N.E., Weinrib, A. y Lemos, K. (2005). Gender differences in patients' attributions for myocardial infarction: implications for adaptive health behaviors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 39-45.
- Martínez, I. (2004). Autoeficacia aplicada al trabajo y a las organizaciones. En, *Nuevos Horizontes en la Investigación sobre Autoeficacia* (pp.178-186). Colección Psique, 8. Universidad de Castellón.

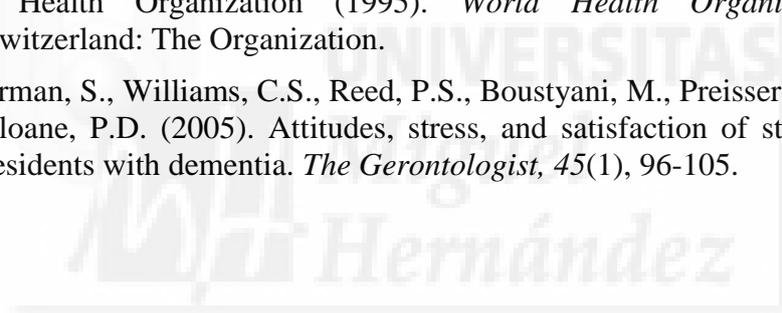
- Martínez, T; Díaz-Veiga, P; Rodríguez, P; Sancho, M (2015). “Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos.” Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 12. [Fecha de publicación: 30/07/2015]. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredmodeloatencioncuadernosmatia.pdf>
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., y Yanguas, J. (2016). Instruments for assessing Person Centered Care in Gerontology. *Psicothema*, 28(2), 114-121.
- Martínez, T. (2017). La atención centrada en la persona. Recuperado de: <http://www.acpgerontologia.com>
- Matchwick, C., Domone, R., Leroi, I., y Simpson, J. (2014). Perceptions of cause and control in people with Alzheimer’s disease. *The Gerontologist*, 54(2), 268-276.
- McConville, S.A. y Lane, A.M. (2006). Using on-line video clips to enhance self-efficacy toward dealing with difficult situations among nursing students. *Nurse Education Today*, 26(3), 200-208.
- McFerran, B. y Mukhopadhyay, A. (2013). Lay Theories of Obesity Predict Actual Body Mass. *Psychological Science*, 24, 1428-1436.
- McGrady, M.E., Peugh, J.L., and Hood, K.K. (2014). Illness representations predict adherence in adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Psychology y Health*, 29(9), 995-998.
- Meade, M.A. y Cronin, L.A. (2012). The expert patient and the self-management of chronic conditions and disabilities. En: P. Kennedy (Ed.) *The Oxford handbook of Rehabilitation Psychology* (pp. 492-510). Oxford, University Press.
- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., y Kaira, A.-M. (2004). Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management*, 12(5), 329-336.
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, R., Verhey, F., Chattat, R., Vugt. M. D., Mountain, G., ... y For, T. I. G. M. O. (2008). A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. *Aging y Mental Health*, 12(1), 14-29.
- Montiel, I., Sánchez, M., Asensio, M., Alonso, A. Demencias: guía de actuación clínica en atención primaria [consultado 7 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap011demencias.pdf>
- Morano, C.L., y DeForge, B.R. (2004). The views of older community residents toward mental health problems. *Journal of Mental Health and Aging*, 10, 45-64.
- Moreno, A. (2011). La deambulacion errática e inquietude motora en demencia. *Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16(4), 352-359.
- Moreno-Jiménez, B. y Garrosa Hernández, E. (2013). Salud laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral. Madrid: Pirámide.
- Morgan, D.G., Kosteniuk, J.G., O'Connell, M.E., Bello-Haas, V.D., y Stewart, N.J. y Karunanayake, C. (2016). Dementia-related work activities of home care nurses and aides: Frequency, perceived competence, and continuing education priorities. *Educational Gerontology*, 42(2), 120-135.

- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D., y Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.
- Moss-Morris, R., Petrie, K.J., y Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role?. *British Journal of Health Psychology*, 1, 15-25.
- Mullan, M.A., y Sullivan, K.A. (January 01, 2016). Positive attitudes and person-centred care predict of sense of competence in dementia care staff. *Aging y Mental Health*, 20(4), 407-14.
- Nitrini, R., Dozzi, S.M. (2012). Demencia: definición y clasificación. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), pp. 75–98.
- Nübling, M., Vomstein, M., Schmidt, S.G., Gregersen, S., Dulon, M., y Nienhaus, A. (2010). Psychosocial work load and stress in the geriatric care. *BMC Public Health*, 10, 428.
- Olsen, B., Berg, C., y Wiebe, D.J. (2008). Dissimilarity in mother and adolescent illness representations of type 1 diabetes and negative emotional adjustment. *Psychology y Health*, 23, 113-129.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Riberad, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmedag,... y Vali, J.L. (2012). Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*, 44(5), 280-287.
- Parsons, S., Harding, G., Breen, Foster, N., Pincus, T., Vogel, S, & Underwood, M. (2007). The Influence of patients' and Primary Care Practitioners' beliefs and expectations about Chronic Musculoskeletal Pain on the process of care. A systematic review of qualitative studies. *Clinical Journal of Pain*, 23, 91–98.
- Pastor, M.A., Lledó, A., Pons, N., y López-Roig, S. (2011). Dolor y fibromialgia: aportaciones desde la psicología. En C. Peñacoba (Ed.). *Fibromialgia y promoción de la salud: herramientas de intervención psicosocial* (pp. 77-122). Madrid: URJC.
- Pascual, L.F.M. (2006). Tipos básicos y clasificación etiopatogénica de las demencias. En: R. Alberca, y S. López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 43-50). 3ª ed. Madrid, España: Médica Panamericana, S.A.
- Pastor, M.A., López-Roig, S., y Johnsnton, M. (2012). Clinical self-efficacy and illness beliefs in ambiguous chronic pain conditions: General Practitioners`management of Fibromyalgia. *Anales de Psicología*, 28(2), 417-425.
- Pastor, M.A. y López-Roig, S. (2015). Psicología de la rehabilitación y problemas de salud crónicos. Elche, Universidad Miguel Hernández (programa de Innovación docente EDITA) ISBN: 978-84-16024-27-8

- Peralta, N., Godoi, V.A. G., Harter, G.R., y Miller, L. (December 01, 2012). Validez y confiabilidad del índice de capacidad para el trabajo en trabajadores del primer nivel de atención de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 8(2), 163-173.
- Phillips, J., Salamonson, Y., Davidson, P.M. (2011). An instrument to assess nurses' and care assistants' self-efficacy to provide a palliative approach to older people in residential aged care: A validation study. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1096-1100.
- Pike, T., O'Donnell, V. (2010) The impact of clinical simulation on learner self-efficacy in pre-registration. *Nurse Education Today*, 30, 405-410.
- Quiles, Y. y Terol, M.C. (2008). El modelo del sentido común en los trastornos del comportamiento alimentario. En: J.F. Morales Domínguez, C. Huici Casal, A. Gómez Jiménez y E. Gaviria Stewart (coords.). *Método, teoría e investigación en psicología social* (pp. 603-620). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Quiles, Y. y Terol, M.C. (2011). Using Common Sense Model in Eating Disorders. *Journal of Health Psychology*, 16, 211.
- Quinn, C., Jones, I.R., y Clare, L. (2016). Illness representations in caregivers of people with dementia. *Aging y Mental Health*, 1-9.
- R Core Team. (2017): R. A language and environment for statistical computing Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; <http://www.R-project.org/>. Accessed December 5, 2016.
- Roberts, J. S., y Connell, C. M., Cisewski, D., Hipps, Y.G., Demissie, S., y Green, R.C. (2003). Differences between African Americans and Whites in their perceptions of Alzheimer's Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 17, 19-26.
- Roberts, J. S., y Connell, C. M. (2000). Illness representations among first-degree relatives of people with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14(3).
- Robinia, K.A., Andersonm M.L. (2010). Online teaching efficacy of Nurse faculty. *Journal of Professional Nursing*, 26, 168-175
- Rodríguez, I., Espantaleón, L. y López, R. (2009). Prevalencia de deterioro cognitivo "oculto" (No diagnosticado) en una residencia. Factores relacionados. Comunicación oral en 51º congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y Zahartzarua Kongresua. Bilbao, 3-6 de junio. Barcelona: Elsevier Doyma.
- Roesch, S.C. y Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter?. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 205-219.
- Rosseel Y. lavaan (2012): An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistics Software*, 48(2), 1-36.
- Rutter, C.L. y Rutter, D.R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome. *British Journal of Health Psychology*, 7, 377-391.
- Salanova, M., (2004.). Tecnoestrés y autoeficacia: ¿vinculando lo invulnerable?. En, *Nuevos Horizontes en la Investigación sobre Autoeficacia*, pp.91-105. Colección Psique, 8. Universidad de Castellón.

- Salanova, M., Grau, R. M., Martínez, I., Cifre, E., Llorens, S. y García-Renedo, M. (2004.). *Nuevos Horizontes en la Investigación sobre Autoeficacia*. Colección Psique, 8. Universidad de Castellón.
- Salvador, T. G. (January 01, 2000). Demencia cortical y subcortical. ¿Dónde está la diferencia?. *Medicina Clínica*, 114(15), 577-578.
- Schepers, A.K., Orrell, M., Shanahan, N., y Spector, A. (2012). Sense of competence in dementia care staff (SCIDS) scale: development, reliability, and validity. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1153-1162.
- Schmidt, S.G., Dichter, M.N., Bartholomeyczik, S., y Hasselhorn, H.M. (2014). The satisfaction with the quality of dementia care and the health, burnout and work ability of nurses: a longitudinal analysis of 50 German nursing homes. *Geriatric Nursing*, 35(1), 42-46.
- Sharloo, M., Kaptein, A., Weinman, J., Hazes, J.M., Willems, L.N.A., Bergman, W. y Rooijmans, H.G.M. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 573-585.
- Shinan-Altman, S., Werner, P., y Cohen, M. (2014). Social workers' and nurses' illness representations about Alzheimer disease: An exploratory study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 28, 73-78.
- Shinan-Altman, S., Werner, P., y Cohen, M. (2016). The connection between illness representations of Alzheimer's disease and burnout among social workers and nurses in nursing homes and hospitals: a mixed-methods investigation. *Aging and Mental Health*, 20(4), 352-361.
- Sidani, S., Streiner, D., y LeClerc, C. (2012). Evaluating the effectiveness of the abilities focused approach to morning care of people with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 7(1), 37-45.
- Skinner, E. (1996). A guide to Constructs of Control. *Journal of Personality and Soicial Psychology*, 3, 54-76.
- Steffen, A.M., McKibbin, C., Zeiss, A.M., Gallagher, D. y Bandura, A. (2002). The revised scale for caregiving self-efficacy: reliability and validity studies. *Journal of Gerontology*, 57B(1),74-86.
- Stein-Parbury, J., Chenoweth, L., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Haas, M., y Norman, R. (2012). Implementing Person-Centered Care in Residential Dementia Care. *Clinical Gerontologist*, 35(5), 404-424.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y Caja Madrid. (2003). Guía de actuación en la enfermedad de Alzheimer. Madrid: Natural Ediciones.
- Tárraga, M.L. (2010) Definición. Concepto, fisiopatología y clasificación del deterioro cognitivo vascular. En: R. Alberca, y S. López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. (pp.307-322). 3ª ed. Madrid, España: Médica Panamericana, S.A.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. y Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.

- Traynor, V., Inoue, K., y Crookes, P. (2011). Literature review: Understanding nursing competence in dementia care. *Journal of clinical Nursing*, 20(13-14), 1948-1960. Doi: [10.1111/j.1365-2702.2010.03511.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03511.x)
- Van Buuren, S., y Groothuis-Oudshoorn, K. (2011). Mice: Multivariate Imputation by Chained Equations in R. *Journal of Statistical Software*, 45(3), 1-67.
- Vernooij-Dassen, M.J., Lamers, C., Bor, J., Felling, A. y Grol, R. (2000). Prognostic factors of effectiveness of support program for caregivers of dementia patients. *International Journal of Aging and Human Development*, 51, 159-274.
- Viladrich, C., y Doval, E. (2011). *Medición: Fiabilidad y Validez*. (5ª Ed.) Bellaterra: Laboratori d'Estadística Aplicada i de Modelització (UAB).
- Villamarín, F., y Sanz, A.(2004). Autoeficacia y salud: investigación básica y aplicaciones. En, Salanova, M., Grau, R. M., Martínez, I., Cifre, E., Llorens, S. y García-Renedo, M. (Eds.), *Nuevos Horizontes en la Investigación sobre Autoeficacia*, pp.119-132. Colección Psique, 8. Universidad de Castellón.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., y Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.
- World Health Organization (1995). *World Health Organization*. Geneva, Switzerland: The Organization.
- Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Boustyani, M., Preisser, J.S., Heck, E., y Sloane, P.D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45(1), 96-105.





Acrónimos

A

ACP: Atención centrada en la persona/ Análisis de componentes principales

AE: Autoeficacia

AEE: Autoeficacia específica

AEG: Autoeficacia general

ASC/ES: Animación sociocultural/ Educador social

C

C.AUX: Coordinación de auxiliares

C.ENFER: Coordinación de enfermería

CIE: Catálogo internacional de enfermedades

D

DCL: Deterioro cognitivo leve

DCLD: Demencia por cuerpos de Lewy difusos

DDP: Demencias degenerativas primarias

DFT: Demencia fronto-temporal

DIR: Dirección

DV: Demencia vascular

E

EA: Enfermedad de Alzheimer

ENFER: Enfermería

EPO: Ente promotor observador

F

FIS: Fisioterapia

G

GGPC: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica

Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias

H

HIP: Hoja de información al participante

I

IPQ: Illnes perception questionnaire

M

MED: Medicina

N

NH-CNA-JSQ: Nursing home certified nursing assistant job satisfaction questionnaire

P

PCD: Persona con demencia

PSI: Psicología

R

RE: Representación emocional

RM: Representación mental

S

SEGG: Sociedad española de geriatría y gerontología

SEM: Structural Equation Modeing

SSGG: Servicios generales

T

TO: Terapia ocupacional

TS: Trabajo social

V

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

W

WHO: World Health Organization



Índice de tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos de demencia del DSM-IV.	9
Tabla 2. Clasificación de las demencias.	10
Tabla 3. Distribución de la muestra en grupos de edad.	73
Tabla 4. Nivel de estudios.	73
Tabla 5. Distribución por puesto de trabajo y sexo.	75
Tabla 6. Distribución del tiempo en el puesto actual y sexo.	76
Tabla 7. Distribución por comunidad autónoma de trabajo y estudio.	79
Tabla 8. Análisis de componentes principales de Satisfacción laboral.	94
Tabla 9. Frecuencia de asociación de síntomas a la demencia.	106
Tabla 10. Dimensiones de la representación mental*	111
Tabla 12. Descripción de la asociación de causas a la demencia.	117
Tabla 13. Análisis de componentes principales de las causas.	120
Tabla 14. Descripción de los factores causales.	122
Tabla 15. Frecuencia de realización de cada actividad en muestra total.	130
Tabla 16. Frecuencia de realización de cada actividad por grupo profesional.	131
Tabla 17. Autoeficacia percibida de cada actividad en muestra total.	133
Tabla 18. Autoeficacia en cada actividad por grupo profesional.	136
Tabla 19. Descripción de la autoeficacia total por grupo profesional y muestra total.	140
Tabla 20. Descripción de los factores resultantes en satisfacción laboral intrínseca.	152
Tabla 21. Correlación entre Representación mental y Autoeficacia con Satisfacción laboral.	154
Tabla 22. Correlación entre Representación mental y Autoeficacia.	155
Tabla 23. Modelos de predicción de la Satisfacción laboral intrínseca	158

Tabla 23. Modelos de predicción de la Satisfacción laboral intrínseca (cont)..... 159

Tabla 24. Modelos de predicción de la Satisfacción laboral global..... 162

Tabla 24. Modelos de predicción de la Satisfacción laboral global (cont.). 163



Índice de cuadros

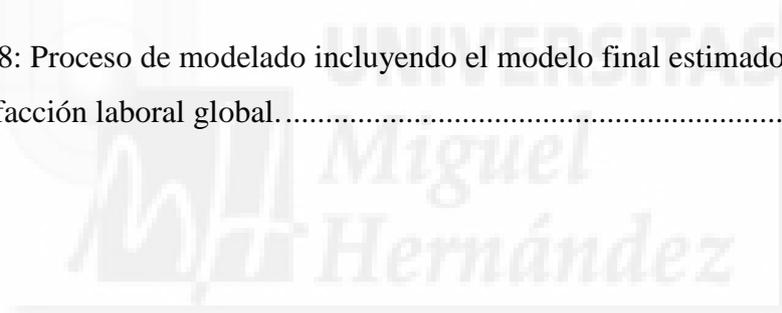
Cuadro 1. Resumen de variables e instrumentos. 95





Índice de figuras

Figura 1. Modelo de Autorregulación.....	22
Figura 2. Proceso de control de la amenaza. Modelo de Autorregulación.	24
Figura 3. Proceso de control de la emoción. Modelo de Autorregulación.....	24
Figura 4: Selección de la población de estudio.....	72
Figura 5: Modelo estructural completo de predicción de la satisfacción laboral intrínseca.	157
Figura 6: Proceso de modelado incluyendo el modelo final estimado de predicción de la satisfacción laboral intrínseca.	160
Figura 7: Modelo estructural completo de predicción de la satisfacción laboral global.....	161
Figura 8: Proceso de modelado incluyendo el modelo final estimado de predicción de la satisfacción laboral global.....	164





Índice de gráficas

Gráfica 1. Distribución de demencias en la población española.....	13
Gráfica 2. Distribución de demencias en la población española institucionalizada. .	14
Gráfica 3. Distribución de profesionales de la población elegible.....	70
Gráfica 4. Distribución de profesionales de la población elegible.....	70
Gráfica 5. Distribución de profesionales por puesto de trabajo.	74
Gráfica 6. Tiempo en el puesto actual.....	77
Gráfica 7. Tiempo actual en el puesto de trabajo en función del colectivo.	78
Gráfica 8. "Curso agudo/crónico".....	109
Gráfica 9. "Consecuencias"	109
Gráfica 10. "Coherencia y comprensión".....	109
Gráfica 11. "Control profesional".....	110
Gráfica 12. "Control del tratamiento".....	110
Gráfica 13. "Curso cíclico".....	110
Gráfica 14. "Respuesta emocional".....	110
Gráfica 15. Puntuaciones en curso cíclico en función del grupo profesional.	113
Gráfica 16. Puntuaciones en “Coherencia y comprensión” según tiempo en el puesto.	114
Gráfica 17. Gráfico de sedimentación: causas de la RM.	119
Gráfica 18. Diagrama de cajas de los factores causales.....	123
Gráfica 19. Puntuaciones en “Causas impredecibles” según tiempo en el puesto...	125
Gráfica 20. Autoeficacia específica en muestra total.....	137
Gráfica 21. Autoeficacia específica por grupo profesional.....	138
Gráfica 22. Autoeficacia específica por grupo profesional.....	139
Gráfica 23. Autoeficacia específica por comunidad autónoma de trabajo.....	141

Gráfica 24. Autoeficacia específica por tiempo en el puesto.	141
Gráfica 25. Autoeficacia general en la atención profesional.	142
Gráfica 26. Autoeficacia general en el manejo de la relación.....	142
Gráfica 27. Autoeficacia general en la atención profesional por grupo profesional.	143
Gráfica 28. Autoeficacia general en el manejo de la relación por grupo profesional.	143
Gráfica 29. Autoeficacia general en la atención profesional por tiempo en el puesto.	144
Gráfica 30. Autoeficacia general en el manejo de la relación por tiempo en el puesto.	144
Gráfica 31. Satisfacción laboral global e intrínseca.	147
Gráfica 32. Satisfacción laboral global según tiempo en el puesto.....	148
Gráfica 33. Satisfacción laboral intrínseca según tiempo en el puesto.	148
Gráfica 34. “Contenido del trabajo” según el puesto.	150





Anexo 1

Estudio: REPRESENTACIÓN MENTAL DE LA DEMENCIA Y AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE CENTROS SOCIOSANITARIOS



Finalmente le pedimos que ponga una X donde corresponda para completar los siguientes datos:

Mujer <input type="checkbox"/>	EDAD: ≤25 años <input type="checkbox"/>	ESTUDIOS: Primarios <input type="checkbox"/>
Hombre <input type="checkbox"/>	26 – 35 años <input type="checkbox"/>	Secundarios o FP <input type="checkbox"/>
	36 – 45 años <input type="checkbox"/>	Bachiller o FP superior <input type="checkbox"/>
	46 – 55 años <input type="checkbox"/>	Universitarios <input type="checkbox"/>
	> 55 años <input type="checkbox"/>	

COMUNIDAD AUTÓNOMA DONDE ESTUDIÓ:

PUESTO DE TRABAJO ACTUAL:

DIRECCIÓN <input type="checkbox"/>	TRABAJO SOCIAL <input type="checkbox"/>	PSICOLOGÍA <input type="checkbox"/>
FISIOTERAPIA <input type="checkbox"/>	TERAPIA OCUPACIONAL <input type="checkbox"/>	MEDICINA <input type="checkbox"/>
COORDINACIÓN SERVICIOS GENERALES <input type="checkbox"/>	COORDINACIÓN ENFERMERÍA <input type="checkbox"/>	COORDINACIÓN AUXILIARES /GEROCULTORES <input type="checkbox"/>
ANIMADOR/A SOCIOCULTURAL / EDUCADOR SOCIAL <input type="checkbox"/>	ENFERMERO/A <input type="checkbox"/>	AUXILIAR / GEROCULTOR <input type="checkbox"/>

TIEMPO EN EL PUESTO ACTUAL:

Menos de 3 meses <input type="checkbox"/>
De 3 a 6 meses <input type="checkbox"/>
De 7 meses a menos de 1 año <input type="checkbox"/>
De 1 año a menos de 3 años <input type="checkbox"/>
De 3 a 5 años <input type="checkbox"/>
Más de 5 años <input type="checkbox"/>

Nº DE RESIDENTES EN EL CENTRO:

< 50 <input type="checkbox"/>	De 141 a 170 <input type="checkbox"/>
De 50 a 100 <input type="checkbox"/>	De 171 a 200 <input type="checkbox"/>
De 101 a 140 <input type="checkbox"/>	> 200 <input type="checkbox"/>

COMUNIDAD AUTÓNOMA DONDE TRABAJA:

¿TIENE ALGÚN FAMILIAR CERCANO CON DEMENCIA?: SI NO

OBSERVACIONES. Añada los comentarios que considere oportunos.

Anexo 2

Estudio: REPRESENTACIÓN MENTAL DE LA DEMENCIA Y AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE CENTROS SOCIOSANITARIOS



A continuación aparece un listado de síntomas que pueden o no experimentar las personas con demencia. Por favor, marque con una **X** la casilla SI o NO, según crea que estos síntomas están relacionados o no con esta enfermedad.

¿Cree que este síntoma está relacionado con la demencia?	SI	NO
1. Dolor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nauseas (Ganas de vomitar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Falta de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificultades de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Delirios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Desorientación en tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Desorientación en espacio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fatiga (cansancio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dificultades en el lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Apatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dificultad para reconocer lo percibido por los sentidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mal humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Alteraciones del comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pérdida de fuerza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Problemas de juicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Dificultades para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Llanto y risa espasmódicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tristeza, depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Dificultad para coordinar movimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Dificultades de concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Agitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En este segundo apartado, estamos interesados en su opinión personal acerca de cómo ve la demencia. Por favor, indique **en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo** con las siguientes afirmaciones sobre esta enfermedad marcando una **X** en la casilla correspondiente:

	NO, totalmente en desacuerdo	NO, en desacuerdo	Indiferente	Sí, de acuerdo	Sí, totalmente de acuerdo
1. La enfermedad dura poco tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es más probable que la enfermedad sea permanente (para siempre) que pasajera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los profesionales tienen la capacidad de influir en la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo una comprensión clara de la enfermedad (entiendo en qué consiste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pienso que tendrán esta enfermedad el resto de su vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La demencia es una enfermedad grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La enfermedad tiene consecuencias importantes sobre la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La enfermedad no afecta demasiado a la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La enfermedad afecta mucho la manera en que los demás ven a la persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. La enfermedad tiene serias consecuencias económicas (por ej. gasto de dinero o repercusiones en el trabajo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La enfermedad causa dificultades a los que rodean a la persona (familiares, amigos cercanos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hay muchas cosas que los profesionales pueden hacer para controlar los síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lo que los profesionales hagan puede hacer que la enfermedad mejore o empeore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. La evolución de la enfermedad depende de los profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nada de lo que los profesionales hagan afecta a la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La enfermedad dura mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Las acciones de los profesionales no afectan la evolución de la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. La enfermedad mejora con el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hay muy pocas cosas que se puedan hacer para mejorar la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	NO, totalmente en desacuerdo	NO, en desacuerdo	Indiferente	Sí, de acuerdo	Sí, totalmente de acuerdo
20. El tratamiento es eficaz para curar la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Los efectos negativos de la enfermedad se pueden prevenir (evitar) con el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. El tratamiento puede controlar la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. No hay nada que pueda mejorar la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Para mí, los síntomas de la enfermedad son difíciles de entender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. La enfermedad es un misterio para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. No entiendo la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. La enfermedad no tiene ninguna explicación para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. La enfermedad pasa rápidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Los síntomas de la enfermedad cambian mucho de un día para otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Los síntomas van y vienen por temporadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. La enfermedad es muy impredecible (no se sabe cómo irá)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. La enfermedad mejora y empeora por temporadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Me deprimó cuando pienso en la demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Me altero cuando pienso en la demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Esta enfermedad hace que me sienta enfadada/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Esta enfermedad no me preocupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Pensar en la demencia me produce ansiedad (me pone nerviosa/o)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Esta enfermedad hace que me sienta temerosa/o (asustada/o)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estamos interesados ahora en saber qué considera usted que puede originar la demencia. Nos interesa su propia opinión sobre los **factores que cree que la causan**. A continuación, hay un listado de posibles causas. Por favor, indique en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con que sean causas de la demencia, marcando con una **X** la casilla correspondiente:

	NO, totalmente en desacuerdo	NO, en desacuerdo	Indiferente	Sí, de acuerdo	Sí, totalmente de acuerdo
1. Estrés o preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hereditario, viene de familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Un microbio o virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dieta o hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Casualidad o mala suerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Atención médica deficiente en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Contaminación ambiental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La conducta (lo que la persona hace o ha hecho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Neurolépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La actitud mental, por ej. pensar en la vida de forma negativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problemas familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Exceso de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. El estado emocional (desánimo, soledad, ansiedad, vacío)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Edad /Envejecimiento (el paso de los años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Accidente o lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. La personalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Alteración de la inmunidad (de las defensas del cuerpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Déficits de glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Acontecimientos vitales traumáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En la lista inferior, por favor indique por orden de importancia los tres factores más importantes que considera causas de la demencia. Puede utilizar los de la lista anterior o indicar alguna otra causa.

Creo que las causas más importantes de la demencia son:

1ª.

2ª.

3ª.

Anexo 3

Estudio: REPRESENTACIÓN MENTAL DE LA DEMENCIA Y AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE CENTROS SOCIO SANITARIOS



Ahora mostramos un listado de **28 actividades de trabajo** relacionadas con la atención a personas con demencia (PCD). Le pedimos que para cada actividad:

- en primer lugar, indique con **qué frecuencia forma parte de su trabajo habitual**, poniendo en la primera casilla el número que corresponda (siendo 1= nunca la realiza y 5= la realiza muy frecuentemente).

- y en segundo lugar, valore el **grado en que se considera capaz de realizarla**, rodeando con un círculo el número que corresponda (siendo 0= Nada capaz y 10= Totalmente capaz).

1º: ¿Con cuánta FRECUENCIA cada una de las actividades forma parte de su trabajo habitual?:

- 1= Nunca
2= Raramente
3= Algunas veces
4= Con frecuencia
5= Muy frecuentemente

2º: ¿En qué medida SE CONSIDERA CAPAZ para realizar cada una de las actividades?

1. Detectar síntomas tempranos de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	Nada capaz	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente capaz
2. Evaluar el estado cognitivo con un test estandarizado (Ej. Minimental, test del reloj)	Nada capaz	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente capaz
3. Reconocer las diferencias entre los subtipos de demencia	Nada capaz	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente capaz
4. Reconocer los cambios en la función cognitiva de los residentes	Nada capaz	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente capaz
5. Evaluar la capacidad funcional de los residentes (con medidas o herramientas estandarizadas)	Nada capaz	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente capaz
6. Debatir con residentes y/o familiares sobre los cambios previstos en función de la progresión de la enfermedad	Nada capaz	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente capaz
7. Debatir con residentes y/o familiares cuestiones legales (ej. competencia, poderes legales, etc.)	Nada capaz	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente capaz
8. Debatir con residentes y/o familiares cuestiones de seguridad (ej. comida, baño, prevención de accidentes, y otros temas relacionados con la seguridad)	Nada capaz	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente capaz
9. Valorar el riesgo de caídas en los residentes	Nada capaz	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente capaz
10. Entablar una conversación con una PCD	Nada capaz	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente capaz

1º: ¿Con cuanta frecuencia cada una de las actividades forma parte de su trabajo habitual?:		2º: ¿En qué medida SE CONSIDERA CAPAZ para realizar cada una de las actividades?	
1= Nunca 2= Raramente 3= Algunas veces 4= Con frecuencia 5= Muy frecuentemente			
11. Debatir con residentes y/o familiares estrategias para el manejo del cuidado personal de los residentes (baño, aseo, cuidado oral, vestido, acicalamiento)	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
12. Debatir con familiares cambios y/o estrategias para la comunicación efectiva con los residentes (verbal y no verbal)	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
13. Debatir con familiares cambios y/o estrategias para el manejo de síntomas conductuales en residentes (cambios de humor, desorientación, resistencia al cuidado)	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
14. Valorar el cuidado personal de los residentes	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
15. Asistir a los residentes en las actividades de la vida diaria (ej., aseo, alimentación, vestido, movilidad)	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
16. Manejar el tratamiento farmacológico de los residentes	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
17. Manejar el dolor de los residentes	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
18. Manejar los síntomas conductuales	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
19. Manejar la comorbilidad (ej. diabetes, cáncer, etc.)	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
20. Manejar las cuestiones de nutrición e hidratación	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
21. Proporcionar cuidados paliativos	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
22. Comprender los sentimientos de una persona con demencia (PCD)	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
23. Comprender el modo en que una PCD interactúa con otras personas y con las cosas que le rodean	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
24. Equilibrar las necesidades de una PCD con los deseos de sus familiares y las limitaciones del servicio	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
25. Utilizar información sobre su pasado cuando hablas con una PCD	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
26. Cambiar tu trabajo para ajustarte a las necesidades cambiantes de una PCD	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
27. Proteger la dignidad de una PCD	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz
28. Ofrecer alternativas a una PCD en el cuidado diario	Nada capaz	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Totalmente capaz



Del listado anterior, por favor, identifique **las 5 actividades sobre las que le gustaría aprender más**, indicando el número del ítem:

nº:, nº:, nº:, nº:, nº:

Por favor, valore ahora de 0 a 10:

- en qué medida se considera actualmente capaz para **prestar una atención profesional eficaz** a personas con demencia:

Nada capaz 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 Totalmente capaz

- en qué medida se considera actualmente capaz para **manejar eficazmente la relación** con estas personas:

Nada capaz 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 Totalmente capaz



Anexo 4

Estudio: REPRESENTACIÓN MENTAL DE LA DEMENCIA Y AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE CENTROS SOCIO SANITARIOS



Le pedimos ahora que valore su satisfacción con los siguientes aspectos relacionados con el trabajo que usted desarrolla con personas con demencia. Por favor, rodee con un círculo el número que corresponda (siendo 1= POCO SATISFECHO y 10= TOTALMENTE SATISFECHO)

1. El apoyo que tienes cuando haces tu trabajo	Poco satisfecho	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente satisfecho
2. Las oportunidades de hablar sobre tus preocupaciones	Poco satisfecho	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente satisfecho
3. Lo que te demandan los residentes y familiares	Poco satisfecho	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente satisfecho
4. Cuánto disfrutas trabajando con los residentes	Poco satisfecho	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente satisfecho
5. Cómo influye tu papel en la vida de los residentes	Poco satisfecho	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente satisfecho
6. Tu cercanía con los residentes y las familias	Poco satisfecho	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente satisfecho
7. Si tus habilidades son adecuadas para el trabajo	Poco satisfecho	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente satisfecho
8. La formación que has tenido para desarrollar tu trabajo	Poco satisfecho	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente satisfecho
9. Las oportunidades que tienes para adquirir más formación	Poco satisfecho	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente satisfecho
10. La calidad del cuidado que se da a los residentes	Poco satisfecho	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente satisfecho
11. El impacto que tú tienes sobre sus vidas	Poco satisfecho	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente satisfecho
12. Tu satisfacción global con tu trabajo	Poco satisfecho	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente satisfecho
13. La valoración que la sociedad hace de tu trabajo	Poco satisfecho	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Totalmente satisfecho
14. ¿Recomendarías trabajar en tu puesto a un amigo/a?	No, en absoluto	1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Sí, Totalmente

Anexo 5

En Madrid, a 11 de Noviembre de 2016

Dña. Ana M^a García González

Jefa Técnica del Grupo Amma

Estimada,

Mediante este documento solicito expresamente su autorización para poder acceder a los equipos técnicos y de enfermería de los diferentes centros sociosanitarios gestionados por el Grupo Amma y solicitar su participación voluntaria en la cumplimentación de una serie de cuestionarios.

Como parte de mi proyecto de tesis doctoral, dirigido por la Prof. Sofía López-Roig, del Dpto. de Psicología de la Salud (Universidad Miguel Hernández), vamos a realizar un estudio con el fin de conocer cuál es la representación mental, autoeficacia percibida y satisfacción laboral que el personal manifiesta en relación a la atención a personas con demencia, analizando una posible correlación y/o detectando áreas de formación.

Estos datos se obtendrán mediante el envío postal de los cuestionarios a los centros y solicitando la colaboración al director/a y coordinador/a de enfermería, quienes serán los encargados de hacer llegar las instrucciones y cuestionarios al equipo técnico y al equipo de enfermería respectivamente. Por ello, solicito su autorización para poder proceder con lo indicado.

Por supuesto, el tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Los datos serán tratados de forma anónima y estrictamente confidencial. Sólo el equipo investigador tendrá acceso a los datos y éstos no se cederán a terceras personas.

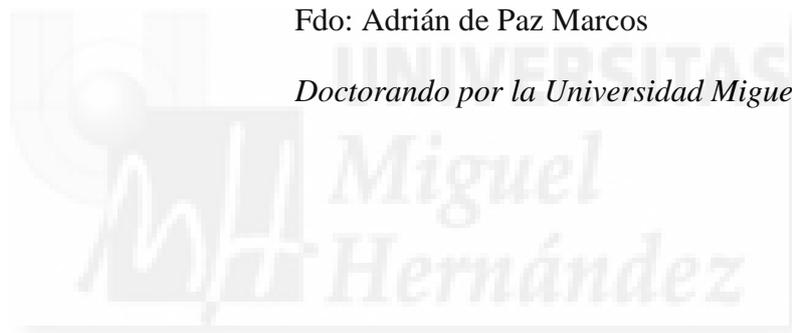
Este procedimiento contará con el visto bueno del Comité Ético de la Universidad Miguel Hernández, donde se desarrolla la investigación, una vez que acredite la autorización de la empresa para su realización.

Si necesita alguna aclaración sobre el estudio o el procedimiento a realizar no dude en ponerse en contacto conmigo, bien a través del email adrian.99.819@gmail.com o bien a través del teléfono 616128563.

Reciba un cordial saludo.

Fdo: Adrián de Paz Marcos

Doctorando por la Universidad Miguel Hernández



Anexo 6

DECLARACIÓN DE INTERÉS (EPO)

Ente promotor observador (EPO) interesado en el proyecto:

Grupo AMMA (Amma Gerogestión S.L.). CIF. B47561162

TÍTULO DEL PROYECTO:

REPRESENTACIÓN MENTAL DE LA DEMENCIA Y AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE CENTROS SOCIO-SANITARIOS.

CENTRO SOLICITANTE: **Universidad Miguel Hernandez.**

INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL PROYECTO:

Sofía López Roig. Profesora del Dpto. de Psicología de la Salud.

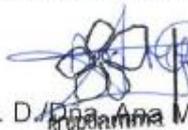
Interés en los resultados del proyecto:

El estudio está dirigido a la experiencia personal y profesional en la atención a personas con demencia. Como entidad sociosanitaria, en nuestros centros contamos con un gran número de personas usuarias con este tipo de diagnóstico. Sabemos que toda propuesta de formación del personal es más eficaz cuando se conocen las necesidades de entrenamiento más relevantes. Pero, además, conocer aspectos como los esquemas de creencias sobre la demencia y la competencia percibida en distintas tareas de atención, por parte de nuestros equipos técnicos y del personal de enfermería, permitirá una adecuada reflexión sobre cómo mejorar la comprensión de estos pacientes y el entrenamiento de nuestro personal.

Como entidad sociosanitaria focalizada hacia la mejora continua de la calidad asistencial, nos parece altamente relevante facilitar este tipo de estudio y encontrar fuentes fiables para adaptar las intervenciones formativas de nuestro personal.

Vinculación al proyecto:

Colaboración que permitirá el acceso a la muestra de estudio y hará posible la realización del mismo.


Amma Gerogestión s.l.

Madrid, a 11 de Noviembre de 2016

Fdo. D.ª Ana Mª García González . Jefa Técnica del Grupo Amma

Representante legal del ente promotor observador

Anexo 7



HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Título del Estudio:

**REPRESENTACIÓN MENTAL DE LA DEMENCIA Y AUTOEFICACIA
EN PROFESIONALES DE CENTROS SOCIOSANITARIOS**

INVESTIGADORA RESPONSABLE:

Prof. Sofía López-Roig. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Campus de Sant Joan. Carretera Alicante-Valencia, N-322, Km. 8.7. 03550. Sant Joan d'Alacant. Telf.: 687370713. 965919463. slroig@umh.es

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a Ud. para informarle sobre una investigación en la que se le invita a participar. El estudio se realizará desde el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la **Declaración del Helsinki (2008)** y a las **normas legales vigentes para estos estudios**.

Nuestra intención es que Ud. reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa y le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en este estudio es absolutamente **voluntaria** y puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello afecte su actividad laboral en ningún sentido.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se realiza con el fin de conocer cuál es la idea o representación mental de la demencia que tienen los profesionales de centros sociosanitarios y su relación con características del trabajo en donde se atiende a personas con esta patología.

Le proponemos colaborar en este estudio cumplimentando un cuadernillo que incluye diferentes cuestionarios autoadministrables y una hoja con datos sociodemográficos y laborales. Con estos cuestionarios se recogerá información sobre sus ideas sobre la demencia, su percepción de autoeficacia para distintas actividades profesionales de atención a estas personas, su satisfacción en el trabajo con personas con demencia y sus preferencias o necesidades de formación.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

El estudio se realizará con los profesionales que trabajan en todos los centros sociosanitarios. Los **beneficios** consistirán en la utilidad de los resultados derivados de este estudio, que pueden proporcionar un punto de partida para trabajar en estrategias de formación y mejora de la calidad asistencial en este ámbito.

La participación en este estudio no entraña ningún riesgo ni **molestia**, salvo la de dedicar el tiempo necesario para cumplimentar la información, lo que puede llevar unos 30 minutos aproximadamente.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

No se le compensará económicamente por su participación en el estudio.

CONFIDENCIALIDAD

Le pedimos su autorización para analizar y utilizar los datos obtenidos de forma global, sin identificación de resultados por centros o por algún otro criterio que identifique a los participantes. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la **Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y en su reglamento de desarrollo**. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y/o cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la investigadora principal del estudio.

Los datos serán tratados de forma anónima. Los cuadernillos serán recogidos en sobre cerrado en cada centro y enviados a la responsable del estudio, que separará **la hoja de consentimiento informado** para su custodia. En esta hoja **le pediremos su firma y un código de cuatro números y tres letras que usted elija**, para garantizar la posibilidad de retirar la información si así lo solicitara en algún momento. El resto de la información completada se introducirá en una base de datos y se analizarán de forma global, con el total de participantes.

El acceso a su información quedará restringido a los investigadores del estudio, y al Comité de Ética de la Universidad Miguel Hernández de Elche y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Si tiene alguna duda puede preguntar a la investigadora responsable, profesora Sofía López-Roig, bien durante la cumplimentación de los cuestionarios o en cualquier otro momento, a través de los teléfonos 687 370 713. 965 919 463 (días laborables de 10 a 14 y de 16 a 20 horas).

Anexo 8

Representación Mental de la Demencia y Autoeficacia en Profesionales de Centros Sociosanitarios



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que mis datos serán tratados de forma anónima.

Solo se recabará mi firma, que acompañará a un código que yo elegiré. En este caso, solo tendrá acceso la investigadora responsable y esta hoja se guardará de forma dissociada al resto de mis datos del cuadernillo.

Comprendo que mi participación supone completar un cuadernillo que incluye diferentes cuestionarios y una hoja con datos sociodemográficos y laborales.

Comprendo que puedo retirarme del estudio, sólo con llamar a la responsable indicando mi código:

1º Cuando quiera.

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mi trabajo.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y a que mis datos sean recogidos y procesados de acuerdo con las especificaciones de la hoja de información adjunta.

En cualquier momento puedo solicitar la consulta de mis datos o que sean eliminados.

Si tiene alguna duda puede preguntar a la investigadora responsable, profesora Sofía López-Roig, bien durante la cumplimentación de los cuestionarios o en cualquier otro momento, a

través de los teléfonos 687 370 713. 965 919 463 (días laborables de 10 a 14 y de 16 a 20 horas).

Código de identificación del cuadernillo:.....
(Escriba un código de **4 números y 3 letras**)

Firma..... Fecha: de..... de 201...

Por favor, complete el resto del cuadernillo lo antes posible. Cuando termine, introduzca este cuadernillo en el sobre, ciérrelo y entréguelo a la persona responsable de su centro que se lo ha proporcionado, y que lo hará llegar a la responsable del estudio.



Anexo 9



Dra. Dña. Sofía López Roig
Departamento de Psicología de la Salud

616/2016

Elche, a 2 de diciembre de 2016

Investigador Principal	Sofía López Roig
Tipo de actividad	Otros
Título del proyecto	Representación mental de la demencia y autoeficacia en profesionales de centros socio-sanitarios
Códigos GIS estancias donde se desarrolla la actividad	S02P2060 S02P2045
Evaluación Riesgos Laborales	Conforme (Autodeclaración)
Evaluación Ética	Aprobado
Registro	2016.319.E.OEP
Referencia	DPS.SLR.01.16
Caducidad	5 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La evaluación ética del proyecto ha resultado favorable.

Por todo lo anterior, se autoriza la realización del presente proyecto.

Atentamente,

**ALBERTO|
PASTOR|
CAMPOS**

Firmado digitalmente por ALBERTO|
PASTOR|CAMPOS
Nombre de reconocimiento (DN):
cn=ALBERTO|PASTOR|CAMPOS,
serialNumber=8501162M,
givenName=ALBERTO, sn=PASTOR
CAMPOS, ou=Ciudadanos, o=ACCV, c=ES
Fecha: 2016.12.02 12:09:23 +0100'

Alberto Pastor Campos
Secretario del Órgano Evaluador de Proyectos
Vicerrectorado de Investigación e Innovación

**MANUEL
MIGUEL|
JORDAN|VIDAL**

Firmado digitalmente por MANUEL
MIGUEL|JORDAN|VIDAL
Nombre de reconocimiento (DN):
cn=MANUEL MIGUEL|JORDAN|VIDAL,
serialNumber=18965995B,
givenName=MANUEL MIGUEL,
sn=JORDANVIDAL, ou=Ciudadanos,
o=ACCV, c=ES
Fecha: 2016.12.02 13:59:23 +0100'

Manuel Miguel Jordán Vidal
Presidente del Órgano Evaluador de Proyectos
Vicerrectorado de Investigación e Innovación

Página 1 de 1

Anexo 10

A: D^a Ana M^a García González
Jefa Técnica del GRUPO AMMA.

De: Sofía López-Roig
Prof. Dpto. Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández.

Asunto: Estudio “*REPRESENTACIÓN MENTAL DE LA DEMENCIA Y AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE CENTROS SOCIO SANITARIOS*”

Estimada Ana,

Nos ponemos en contacto con usted en relación con la investigación que estamos llevando a cabo, para ponerla en marcha según el procedimiento que ya comentamos.

Con este procedimiento nuestro objetivo es llegar a través del Director/a y Coordinador/a de Enfermería de cada centro a todo el equipo multidisciplinar y enfermeros respectivamente, siguiendo la siguiente secuencia:

1º Envío al centro de un paquete que contendrá:

- sobres para todos los participantes con: una hoja informativa y un cuadernillo que incluye una hoja de consentimiento y los cuestionarios a rellenar.
- un sobre grande con la dirección de destino final (ver paso 6º).

2º El director/a del centro repartirá:

- a) Un sobre a cada miembro del equipo multidisciplinar incluido él o ella: dirección, medicina, coordinación de enfermería, coordinación de auxiliares, coordinación de SSGG, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, trabajo social y animación sociocultural/Educación social. En el caso de más de un profesional por departamento, se entregará a cada uno de ellos.
- b) Tantos sobres como enfermeros/as tenga en su centro a la Coordinadora de enfermería. Ésta debe repartir uno a cada enfermero/a y recoger los sobres cerrados cuando los hayan completado para entregarlos al director/a.

3º Cada profesional leerá y se quedará con la hoja informativa, firmará su conformidad en la hoja de consentimiento informado, si desea participar, y rellenará los cuestionarios.

4º Una vez completados los cuestionados, cada profesional introducirá el cuadernillo, en el mismo sobre en que lo ha recibido, y lo entregará cerrado a la persona que se lo proporcionó (Director/a o Coordinador/a de enfermería).

5º El Director/a recopila los sobres cerrados de cada profesional de su equipo y los de enfermería a través de su Coordinador/a de enfermería.

6º El Director/a introduce todos los sobres en el sobre grande con la dirección de destino final.

7º El Director/a le comunica a usted la finalización del proceso.

Esperamos que este procedimiento sea adecuado y no suponga muchas molestias en el devenir del trabajo habitual.

Agradecemos de antemano la colaboración de usted y de todos los profesionales.

Atte., Sofía López-Roig

Anexo 11

A CONTINUACIÓN LE VAMOS A PEDIR QUE COLABORE EN LA MEJORA DE ESTE CUADERNILLO.

Para ello le haremos preguntas sobre diferentes aspectos.

a) INSTRUCCIONES.

1. Puntúe de 0 a 10 el grado en que se entienden las instrucciones iniciales y de los diferentes apartados (siendo 0= no se entienden nada y 10= se entienden del todo):
.....

2. Indique qué instrucción/es modificaría para que se entienda mejor lo que hay que hacer para cumplimentar las preguntas a las que se refiere/n. Indique cuál y cómo:

b) ESCALAS DE RESPUESTA.

Ahora le preguntamos por la forma de responder a cada pregunta del cuestionario:

1. Puntúe de 0 a 10 el grado en que le parece fácil las diferentes formas de respuesta (0= nada fácil y 10= muy fácil):

2. ¿Cambiaría alguna de las opciones de respuesta? Indique cuál y cómo:

c) COMPRENSIÓN Y CLARIDAD DE LOS ÍTEMS

Es posible que alguna de las afirmaciones no esté bien expresadas o no resulten claras.

1. Indique en qué página y qué ítems no se han entendido del todo y cómo mejoraría la expresión.

d) SIGNIFICADO.

Queremos saber si la interpretación global de lo que preguntamos coincide con lo que percibe la persona que lo lee. Para ello, por favor, le pedimos que comente brevemente sobre qué cree que estamos preguntando en general con:

1. Los ítems de las **páginas 1 a 6:**

2. Los ítems de las **páginas 5 y 6:**

3. Los ítems de la **última parte de la página 7:**