

El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios

Francisco Javier Leturia, Borja Inza y Carmen Hernández

Matia Fundazioa

En este artículo se analiza la implicación de las familias y el papel de la intervención con familiares en el proceso de atención residencial y en centros de día, y se relata la experiencia de su implantación en la Fundación Matía de San Sebastián. Se parte del modelo psicosocial de la discapacidad basado en la calidad de vida de las personas, en el modelo sistémico de intervención con familias y el modelo EFQM (European Foundation of Quality Management) de gestión. Se explicitan las técnicas y programas que se utilizan en el proceso, su gestión y algunos resultados obtenidos a lo largo de seis años.

1. Modelo de atención psicosocial y socio sanitario con el objetivo de la calidad de vida de las personas mayores y/o discapacitadas y modelo de gestión basado en la calidad (EFQM, SIG, ISO), el conocimiento y los valores

Matia Fundazioa gestiona actualmente 576 plazas residenciales para personas mayores dependientes, grandes dependientes y con demencia en 6 centros gerontológicos, 125 plazas de centro de día en 4 centros y 103 camas hospitalarias de media y larga estancia en su hospital, así como un centro de atención residencial especializada (CARE) para personas adultas con discapacidad física de 58 plazas y un servicio de rehabilitación ambulatoria, prestado en 7 centros propios, que atiende anualmente más de 12.000 consultas médicas de rehabilitación y de 200.000 tratamientos de fisioterapia para personas de cualquier edad.

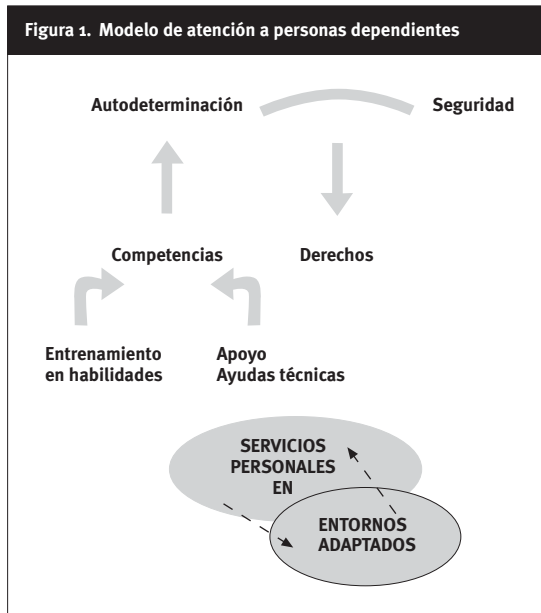
La dotación humana para el desarrollo de estos servicios la componen más de 500 profesionales, de los que 400 son de plantilla propia y el resto lo componen servicios contratados que desarrollan su actividad en los centros de la Fundación. Además, cuenta con la colaboración de una empresa de inserción laboral de personas con discapacidad, que se compone de un equipo de 115 personas para las tareas complementarias de limpieza, etc.

El 87% de la actividad esta concertada con los servicios sanitarios y sociales públicos.

La Fundación se creó en 1880 y el desarrollo que se presenta en este artículo con estos modelos y sistemas lo comenzó el actual equipo directivo en 1999.

1.1. Modelo de atención

Siguiendo los últimos avances en atención a las personas discapacitadas y dependientes, entendemos que la discapacidad o la necesidad de atención y apoyos no es fija ni dicotomizada, sino fluida, dinámica, continua y cambiante, dependiente de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el entorno del individuo (Shalock y Verdugo, 2003):

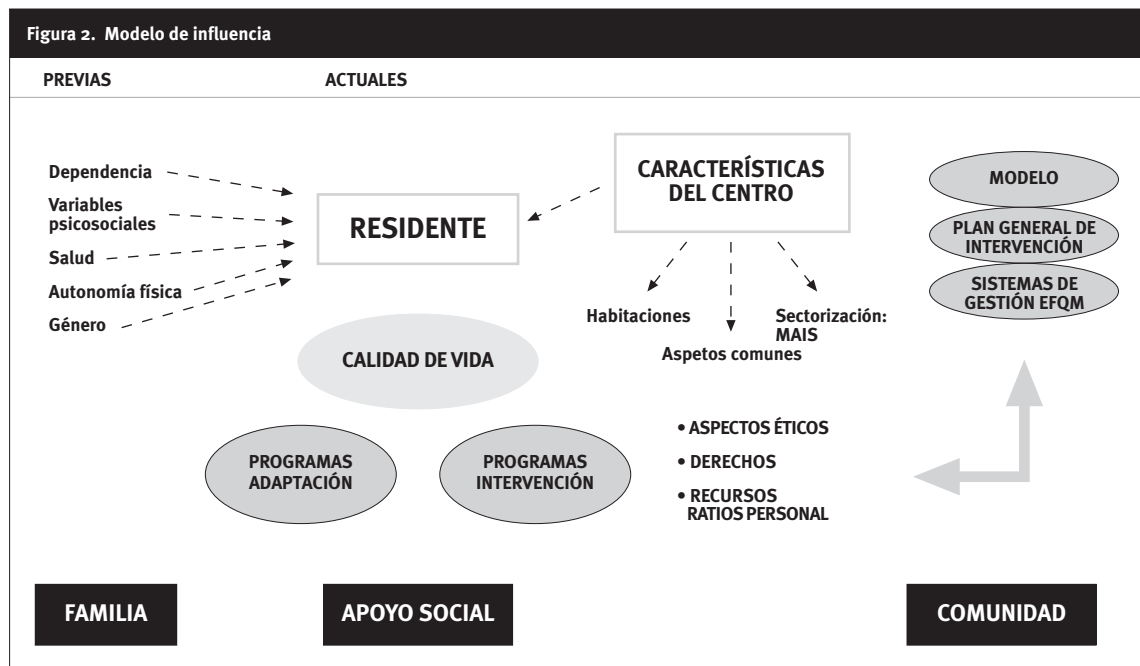


Hoy día existen evidencias de que se pueden reducir las limitaciones funcionales y, por tanto, la discapacidad al proporcionarles servicios y apoyos que se centran en la conducta adaptativa y en el estatus de los roles, de que la discapacidad es el resultado de la interacción de esta persona y su entorno, lo que permite tener una nueva visión de la discapacidad que presta una especial atención a la autodeterminación, la inclusión, la equidad y las fortalezas del sujeto.

Este paradigma se basa en ofrecer una vida con apoyos para lograr la mejor calidad de vida, fomentando la competencia personal y las conductas adaptativas a través de la formación y entrenamiento en habilidades, proporcionando apoyos, ayudas técnicas, oportunidades y capacidad de elección en entornos seguros, pero abiertos, libres y estimulantes para la implementación de estas competencias.

La calidad de vida entendida como concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con las necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno engloba aspectos como la satisfacción vital, el bienestar, la felicidad, etc., engloba diferentes dimensiones y permite establecer indicadores y objetivos definidos para la intervención.

Los centros para personas mayores deben ofrecer recursos comunitarios y especializados para los mayores que necesitan ayuda para desenvolverse en



la vida cotidiana y sus familias, recursos de carácter abierto, plural y multifuncional, donde la calidad de vida es el objetivo principal. Entre las variables influyentes en la vida del centro, destacan las características de las personas residentes, el modelo de atención, las capacidades del equipo profesional de ofrecer una atención profesional y especializada de forma personalizada y cercana en un entorno confortable, estimulante, orientador y protésico, adaptado a las necesidades de la persona y abierto a su familia (Leturia y Leturia, 2006):

Para las personas mayores en su domicilio y en recursos comunitarios, los objetivos deberían ser similares y basados en la complementación del apoyo familiar ya existente. El confort es una de las dimensiones de esta calidad de vida, junto a la salud, la capacidad funcional, la vinculación y apoyo social y familiar, la ocupación del tiempo, el sentirse querido y la garantía de sus derechos.

Desde este modelo, la adaptación vendrá de la interacción entre las capacidades de la persona y la adaptación del entorno y ambiente a las mismas.

1.1.1. Modelo integral de intervención

En otro lugar se han explicitado los principios que deben regir esta intervención: debe centrarse más en la normalización e integración que en la protección, en la defensa de los derechos y la creación de oportunidades, en la contextualización y la descate-

gorización. Debe partir de la complejidad de los procesos, problemas, situaciones que se dan en las personas con enfermedad crónica o discapacidad. Esto es, múltiples variables interrelacionadas se autodeterminan en sistemas complejos, que conllevan influencias variadas según diferentes niveles de interacción y, por tanto, cualquier intervención debe ser interdisciplinar, superando las perspectivas individuales, tanto de tipo profesional como personal (Yanguas *et al.*, 1997).

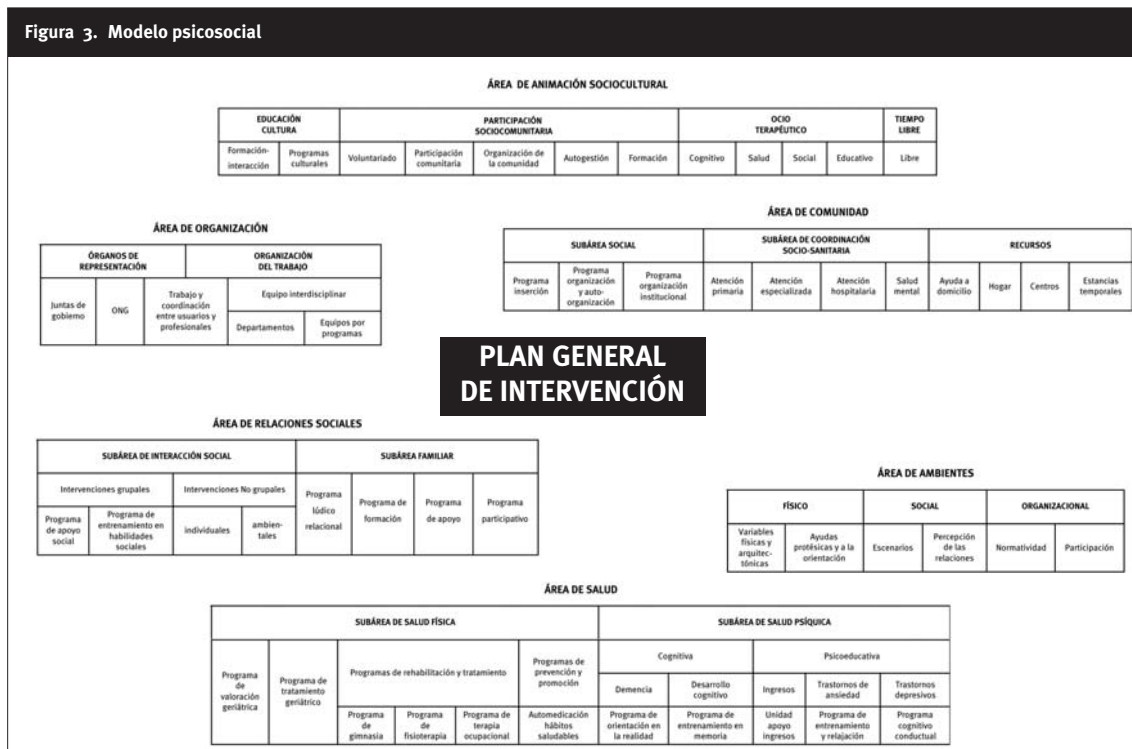
Las principales áreas del modelo psicosocial se recogen en la figura 3.

1.1.2. Modelo de gestión

El primer plan estratégico (1998-2000) de la actual época de la Fundación se enfocó desde una perspectiva fundamental basada en la calidad y la implantación de los modelos psicosocial y sociosanitario, habiéndose conseguido en ese periodo un importante avance, que posteriormente se ha visto reforzado y ampliado en el siguiente trienio.

En el siguiente (2001-2003), se incorporó un enfoque bastante claro hacia el desarrollo y expansión del conocimiento, y se ha avanzado importante-mente en la creación de unas bases sobre las que desarrollar de forma sólida un ambicioso proyecto de futuro, habiendo nacido para ello el Instituto Gerontológico Matía (INGEMA), en diciembre 2001.

Figura 3. Modelo psicosocial



El plan estratégico 2004-2006, respecto a los planes anteriores, propone, por una parte, culminar a nivel de excelencia el desarrollo de la calidad, y, por otra, conseguir un importante avance en la generación y transferencia del conocimiento a través de la creación de alianzas estratégicas de índole tecnológica como elemento imprescindible para alcanzar esos desarrollos importantes en este campo, así como el pleno desarrollo de los valores y la responsabilidad social corporativa de la Fundación, tratando de conseguir, además, un desarrollo institucional que suscite la vinculación de ciudadanos y entidades a los fines de la Fundación, e invitándoles a participar y a hacer posible los nuevos proyectos de futuro.

El desarrollo y confluencia de estos tres elementos, calidad, conocimiento y valores, dentro de nuestro compromiso de responsabilidad social, unidos al necesario, y difícil en nuestro sector, de la rentabilidad, suponen los ejes fundamentales del trabajo de la organización este trienio. Compromiso con la calidad en su más amplio sentido.

Fundación Matía asumió el modelo de excelencia EFQM y definió un esquema general de procesos y procedimientos para garantizar que la organización realiza todas las tareas necesarias para alcanzar sus objetivos.

Actualmente Matia Fundazioa cuenta con la certificación de su sistema integrado de gestión (SIG) según las normas ISO 9001/2000 de gestión de la calidad, ISO 14001 de gestión medioambiental (13) y OHSAS 18001 de prevención de riesgos laborales (14), y está trabajando de acuerdo a lo que el modelo EFQM establece, habiendo obtenido la Q Oro de Euskalit (500-550 puntos EFQM) el año 2006.

2. El apoyo natural. Importancia de las relaciones familiares cuando nos hacemos mayores

Las relaciones familiares son una de las fuentes principales de apoyo para las personas mayores, así como en cualquiera de las edades. Frente a la opinión, en ocasiones magnificada, de que las familias no ofrecen el apoyo y la ayuda instrumental necesaria a las personas mayores, es constatable que la familia sigue siendo el marco en el que se encuentra la mayoría de la población mayor en nuestro país. Incluso en el caso de las personas mayores que viven solas, en muchas ocasiones reciben apoyo en mayor o menor medida de sus familiares, así como de sus vecinos y otros apoyos informales.

Es importante señalar que los cambios sociales que han influido en el comportamiento de apoyo y cuidado de las familias sobre los mayores sí han modificado las pautas, estilos y habilidades, así como las condiciones en que se da este apoyo. Entre estos

cambios sociales, cabe destacar los cambios en el papel de la mujer en la sociedad, la mayor fluidez en la planificación de los acontecimientos vitales, la revolución tecnológica, y la disminución de la mortalidad y el correspondiente aumento de la longevidad.

Por red social se entiende un “conjunto de nudos enlazados por uno o más tipos específicos de relaciones entre ellos”. Esos nudos suelen ser individuos, pero también pueden ser grupos y colectivos (Antonucci y Jackson, 1989). El concepto de apoyo social incide especialmente en el efecto que esas relaciones sociales pueden ejercer en el mantenimiento y mejora del bienestar individual. Desde el momento en que la red social de una persona proporciona ayuda (técnica o tangible), apoyo emocional, sentimiento de saberse querido, autoestima..., esa red le está proporcionando apoyo social.

La percepción y recepción del apoyo social es posible gracias a la existencia de una red social. Esta red, sin embargo, no permanece constante a lo largo de la vida de una persona y tampoco las relaciones que de ella se derivan. En los primeros años de vida la red social es reducida (madre y padre básicamente) y se va ampliando más tarde con compañeros del colegio, amigos, personas del ámbito laboral, parientes...

De todos es sabido que es precisamente el colectivo de personas mayores el más propenso a padecer problemas de salud (en algunos casos crónicos) que pueden tener efectos negativos y estresantes para la persona. En algunos casos el grado de enfermedad es tal, que puede producir una dependencia total con respecto a algún elemento de su red social (familia, vecinos). Es en estos casos, y máxime si la persona está en centros residenciales, donde el apoyo social recobra su papel más importante. Cuando la dependencia es muy fuerte, los proveedores de ese apoyo social no son sólo personas conocidas de la red social, sino otro tipo de agentes, como son los profesionales (médicos, trabajadores sociales, enfermeras) de diferentes servicios e incluso instituciones.

Cuando hablamos del apoyo social proporcionado por parte de la familia, lo conocemos con el nombre de apoyo informal, concepto en el que también quedan incluidas las intervenciones que pueden provenir de voluntarios, vecinos... En el caso de que la intervención provenga de uno o más profesionales de diferentes disciplinas, estamos hablando del apoyo formal.

Son varios los objetivos que nos fijamos con respecto a las relaciones sociales:

- Crear un proceso de interacción del residente con el entorno social que sea capaz de satisfacer sus necesidades psicosociales.
- Mejorar las habilidades sociales, especialmente aquellas dirigidas a establecer relaciones sociales.

- Mantener la autoestima.
- Adaptar el entorno a la persona para que éste sea lo menos estresante y desequilibrador posible, además de convertirlo en un entorno favorecedor de los contactos sociales.
- Establecer cauces por los cuales exista una coordinación entre el apoyo informal y el apoyo formal.
- Proporcionar la ayuda necesaria para prevenir situaciones estresantes.
- Promover el sentimiento de pertenencia e identidad persona dentro del centro.
- Posibilitar el cambio de aquellas ideas por las que se perciben las relaciones como algo problemático.
- Motivar a las personas más apáticas y menos participativas.
- Mejorar el afrontamiento de acontecimientos dolorosos, pérdida de familiares y amigos, soledad...
- Fomentar la participación de la familia en la vida del centro.

El medio familiar es fundamental en el aporte de cuidados a aquellas personas mayores que, por su situación, necesitan de apoyo y ayuda para las actividades de la vida diaria, para moverse, para la alimentación, la higiene, etc., pero la familia proporciona también vínculos afectivos, emocionales y relacionales, imprescindibles para el bienestar y la satisfacción de la persona mayor. El mantenimiento de estos vínculos, de este apoyo natural, reduce la vulnerabilidad del individuo frente a diferentes factores estresantes –físicos y mentales– y permite hacerles frente con más capacidad de afrontamiento. La cantidad y calidad de los contactos sociales, no sólo de los lazos familiares, sino también de los amigos, conocidos, etc., influye positivamente y refuerza al anciano de cara a su salud, moral, bienestar y calidad de vida....

El cuidado familiar no cesa con la institucionalización del anciano, aunque evidentemente hay un cambio de circunstancias y el tipo de cuidados no va a ser el mismo: nosotros nos ocupamos del cuidado y apoyo en las actividades de la vida diaria y apoyamos afectiva y emocionalmente a la persona mayor, le atendemos desde una perspectiva socio-sanitaria y psicossocial, pero el apoyo afectivo que da la familia no lo puede dar nadie más. El ingreso residencial es un punto más del cuidado y relación familiar.

2.1. El porqué de la importancia de la familia como núcleo de intervención en un centro gerontológico

Partimos de la idea de que cada persona es fruto de una realidad social y familiar concreta. Por ello, entendemos que cuando una persona ingresa en un centro, no ingresa aislada ni comienza una historia nueva, sino que:

- Ingresará un individuo que es y sigue siendo un miembro de una familia determinada.
- Su historia personal continúa: ingresa con un pasado y tiene un nuevo futuro.

Se ha dado un cambio importante en la vida de esta persona. Ha cambiado de domicilio, ha ido a vivir a un centro, y ello va a suponer que aparecen nuevos miembros en su vida que le proporcionarán determinados cuidados; además, el rol de su familia va a ser diferente. Esto no significa una ruptura con el pasado del residente ni tampoco, por supuesto, con su familia. Por ello, podemos llegar a decir que cuando una persona ingresa en un centro, ingresa ella, su historia y su familia. Por ello, la intervención ha de ir dirigida no sólo hacia el residente, sino también a su familia, entendiéndolo como algo interrelacionado y de lo que no se puede prescindir por parte de su propia historia.

2.2. Modelo teórico del que partimos sobre el concepto de familia

Partimos de la base de que la familia la entendemos desde el modelo sistémico. Sin extendernos mucho, este concepto se traduce en que:

- La familia no es un conjunto de elementos aislados, sino relacionados entre sí. Existe una interrelación entre sus miembros, de tal forma que los cambios en uno de ellos afectan a los demás.
- Cada familia está gobernada por sus propias reglas, lo que marca el papel de cada uno de sus miembros, el tipo de relaciones entre ellos.
- Tiene su propia historia: existe una interacción familiar, un sentimiento de identidad común: partir de sus propias normas y reglas, se cristalizan comportamientos que se consolidan y condicionan conductas posteriores.

Por todo lo expuesto anteriormente, consideramos que el rol de la familia es básico y necesario. Además del apoyo y la ayuda que dispensa al residente en relación a las actividades de la vida diaria, le proporciona también vínculos afectivos y relacionales que son fundamentales para el bienestar de la persona. Este apoyo afectivo que da la familia no es sustituible, a pesar de que desde el centro se le dé también apoyo emocional y afectivo, pero siempre será a otro nivel diferente al que lo ejerce la familia.

Principalmente este apoyo se centra en:

- Vínculo afectivo, identidad personal, continuidad pasado-futuro: proporcionar escucha, cariño. Es importante contar con el residente en la toma de decisiones familiares, participar en eventos importantes en la familia...

- Apoyo psicoafectivo o emocional: interesarse por su estado, por la adaptación al centro, preguntar por las cosas que realiza, apoyarle y animarle a integrarse en el centro...
- Apoyo relacional-informacional: realizar visitas, compañía, mantenerle en contacto con su realidad, con su entorno, informarle sobre hechos que ocurren en su barrio, a sus conocidos y amigos...
- Apoyo instrumental: ayuda material proporcionándole lo que necesite o, mejor aún, ayudándole a que él mismo lo adquiera.

3. Gestión por procesos y mejora continua

Proceso, según el modelo EFQM, es la “secuencia de actividades que van añadiendo valor mientras se produce un determinado producto o servicio a partir de determinadas aportaciones”.

El hecho de considerar las actividades agrupadas entre sí como procesos permite a una organización centrar su atención sobre el “área de resultados”, ya que los procesos deben obtener resultados, deben conocer y cuantificar el valor añadido que aportan. Es importante conocerlos y analizarlos para el control del conjunto de actividades y para conducir a la organización hacia la obtención de los resultados deseados.

Si, además, el enfoque del sistema de gestión está basado totalmente en la mejora continua de procesos, la organización funciona metodológicamente desde:

1. La identificación y secuenciación de los procesos.
2. La descripción de cada uno de los procesos.
3. El seguimiento y la medición de los resultados de la capacidad y eficacia del proceso.

3.1. Descripción de cada uno de los procesos

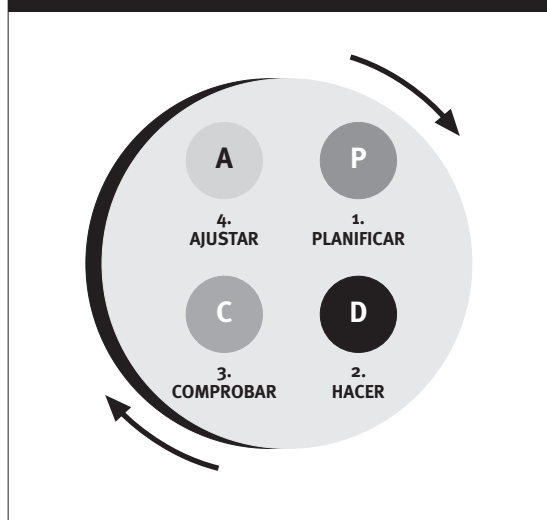
Se trata de definir los objetivos que se pretenden con el proceso, es decir, la misión del proceso. En el proceso de atención al usuario y sus familias en centros de día de Matía, la misión principal es “lograr la mejor calidad de vida de las personas mayores atendidas y sus familias en los centros de día de Matía Fundazioa o gestionados por la Fundación, entendida esta como el mantenimiento y/o mejora de su autonomía, capacidad funcional, bienestar, satisfacción, integración y mantenimiento de relaciones sociales y familiares para poder seguir viviendo en su domicilio y entorno natural”. Además, se debe definir de manera sistemática las actividades que componen el proceso, identificar la interrelación con otros procesos y definir las responsabilidades respecto al proceso.

3.2. Seguimiento y medición de los resultados de la capacidad y eficacia del proceso

La mejora de los procesos se consigue mediante un seguimiento y una medición que garanticen los recursos y métodos, y que, a su vez, permitan la mejora continua. Para ello, la organización, cada uno de sus procesos, así como los profesionales implicados, deben interiorizar el ciclo de mejora continua, es decir, el ciclo PDCA:

- Planificar, establecer qué se quiere alcanzar, es decir, los objetivos (la misión), cómo se pretende alcanzar, de la mejor manera posible, utilizando las mejores prácticas, y la forma de medir el cumplimiento de esos objetivos (indicadores).
- Desplegar, es decir, hacer lo planificado.
- Controlar, en el aspecto de medir lo que se hace y sus resultados. Para ello, analizaremos tanto indicadores directos obtenidos a través de encuestas realizadas a nuestros clientes referentes a distintas áreas/procesos de la organización y a través de la gestión de quejas/reclamaciones/sugerencias e incidencias, como indicadores indirectos (resultados de procesos en los clientes).
- Analizar y actuar, es decir, redefinir la organización y/o los procesos y/o las actividades, en coherencia con los resultados obtenidos y los objetivos de mejora que planifiquemos.

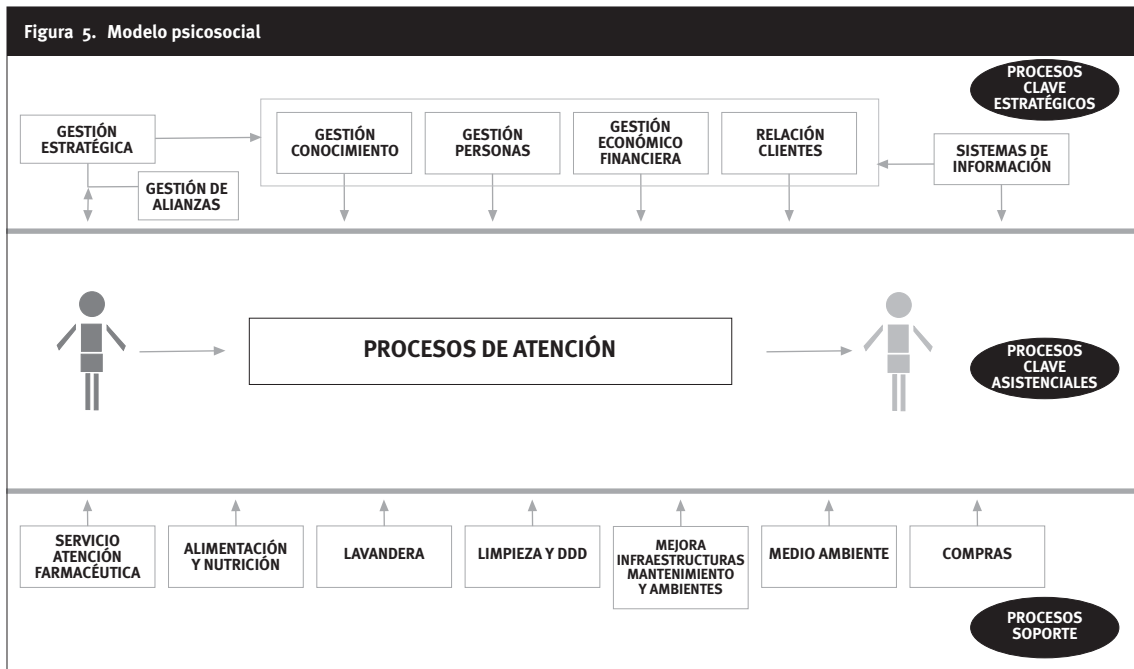
Figura 4. Gestión de procesos y mejora continua



4. Mapa de procesos

La manera más representativa de reflejar los procesos identificados y sus interrelaciones es precisamente a través de un mapa de procesos, que viene a ser la representación gráfica de los procesos y su interrelación:

Figura 5. Modelo psicossocial



Dentro de los procesos definidos en la organización desde la implantación de los sistemas de calidad están:

- Los asistenciales, entre los que se encuentran aquellos que permiten llevar a cabo la atención directa a usuarios y sus familias.
- Los procesos estratégicos, vinculados al ámbito de las responsabilidades de la dirección, entre los que se encuentran los procesos de planificación y otros ligados a factores clave o estratégicos, como son gestión de las personas y del conocimiento.
- Y los procesos soporte, que apoyan los anteriores, entre los que se encuentran los hosteleros: alimentación, limpieza, gestión de la ropa personal del residente, compras, sistemas de información, etc. En la figura 6 puede verse el mapa de procesos de Matía correspondiente al año 2004. La gestión y mejora de los procesos debe sustentarse en una adecuada medición de los resultados de los mismos. Ello supone utilizar indicadores.

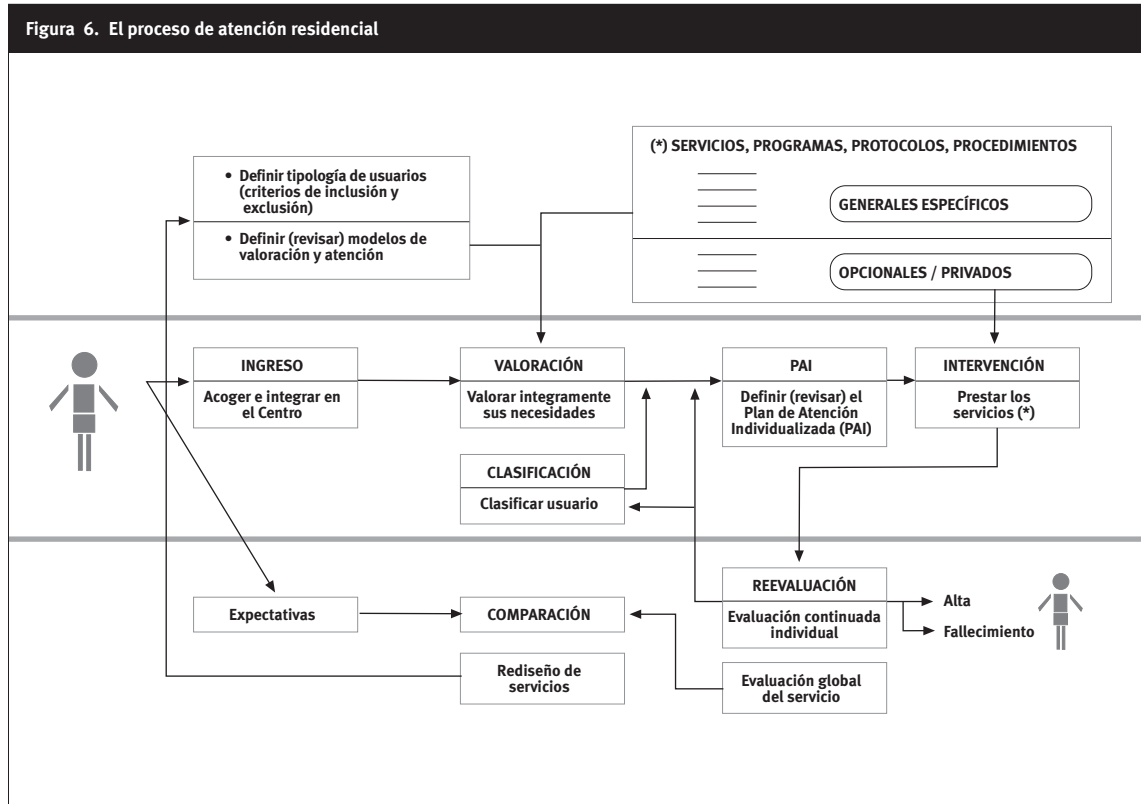
5. Proceso de atención residencial

Este proceso refleja las fases principales que comporta la atención a nuestros usuarios y/o residentes y/o pacientes. Uno de los puntos de avance y reflexión importantes es decidir si la familia debería ser considerada o no dentro del objetivo de atención de nuestros procesos asistenciales. Hacerlo modificaría también importantemente nuestra sistemática de atención e intervención en algunos de ellos, ya que la cultura reinante en algunas áreas de la organización históricamente no facilitaba el trabajo conjunto

con la familia, en la adaptación de los servicios a las necesidades que el conjunto de usuario y familia necesitaban. Queda, pues, patente que la familia debería considerarse de una u otra forma en objeto de atención tanto en el hospital como en las residencias y centros de día.

A partir de ese momento, y por este motivo, los centros dejaron de tener horarios fijos de apertura para las familias, y se empezaron a tener reuniones con ellas para el intercambio de información y el conocimiento de sus problemas y sugerencias en relación con el centro y la atención prestada a sus familiares. Inicialmente, estas reuniones asustaban, ya que este hecho supuso una especie de apertura de caja de Pandora en donde salía de todo, pero de una forma bastante rápida, las reuniones se convirtieron en foros de trabajo en los que, por un lado, queda constancia de los problemas existentes en los centros y, por otro, se analizan las estrategias para la solución de los mismos, estrategias en las que los propios familiares se implican.

La participación de la familia, la consideración de la familia como cliente, adquiere una gran relevancia en la atención de personas mayores con dependencias físicas y/o cognitivas y/o socioeconómicas. La familia se establece como miembro fundamental del equipo que nos ayuda a conocer las necesidades de ese mismo usuario, aportando información de la trayectoria de la persona hasta la situación actual, aficiones, profesión, enfermedades anteriores y evolución de la situación y/o enfermedad (por ejemplo, en el caso de presencia de demencia).



Además, la familia y, más concretamente, los cuidadores habituales, pasan a ser considerados como personas necesitadas de atención por el desequilibrio favorecido por el motivo del ingreso en el centro, como puede ser la aparición de enfermedad del allegado, o por la necesidad en muchos casos de tomar decisiones.

La aportación de la familia al proceso de atención va a depender absolutamente de hasta qué grado se involucra, de su capacidad para afrontar la situación, de su grado de asunción de la misma y de su madurez para la toma de decisiones en los casos en que el usuario/enfermo no pueda, así como del marco relacional que como institución y como profesionales establezcamos y les ofrezcamos.

En todo momento, y especialmente en este último, los profesionales tendrán que dedicar tiempo a explicar, informar, formar y poner a disposición de las familias la información que necesitan para que en un momento determinado pueda tomar las decisiones con el equipo de atención.

5.1. Planificación

A modo de ejemplo, en nuestro caso entendemos la siguiente definición que luego se trabaja y consensúa con todos los equipos profesionales, con los familiares y residentes, etc.:

Tabla 1. Planificación de la atención residencial

Fases	Características
Ingreso	El familiar puede presentar sentimiento de depresión, soledad, culpa, ambivalencia (tristeza y alivio) e inseguridad.
Adaptación	En ocasiones se presenta una dedicación extrema al familiar, para evitar los sentimientos de culpa e inseguridad.
Participación	Se estabiliza y regulariza el nivel de participación de la familia en el centro.
Integración	Sin descuidar al familiar, la familia rehace su vida social

La intervención familiar se va a realizar siguiendo una serie de premisas fundamentales, como son:

- Optimizar el ingreso. En ocasiones la gente piensa que los demás pueden ser críticos con la decisión familiar de ingresar a una persona mayor en el centro. En ocasiones hay sentimientos de culpa de duda, etc. Nosotros no juzgamos los motivos de estas decisiones, ni cómo han sido las relaciones. Desde una actitud profesional, vamos a optimizar el ingreso, para lo que debemos primero desculpabilizar del cuidador y establecer una relación entre el centro y los profesionales y la familia que facilite el camino para conseguir los objetivos establecidos de forma conjunta entre unos y otros.
- Formación. Para el correcto abordaje de las nuevas situaciones, y cuando los recursos más cercanos no han dado resultado, es necesario recurrir a la

información y formación ofrecida por los profesionales sobre qué es lo que ocurre, por qué, cómo hacerle frente y con qué estrategias. A los familiares les podemos explicar qué es la demencia o la insuficiencia respiratoria que sufre su padre, qué consecuencias tiene, porqué se comporta de una determinada manera, etc.

- **Capacitación.** La intervención va a encaminarse principalmente no a la provisión directa de recursos, sino a la formación y capacitación tanto de la persona mayor como de su familia, para que sean ellos mismos los que puedan satisfacer, en la medida de lo posible, sus necesidades, o sepan dónde acudir.
- **Motivación.** Dejando atrás posturas de autoridad profesional, se debe buscar la motivación de la persona mayor y su familia cara a su implicación en la realización de las tareas de forma conjunta.
- **Desculpabilización.** Ofrecer apoyo técnico para superar sentimientos de culpa. Optimizar el ingreso y establecer una alianza con la familia que facilite el camino para conseguir los objetivos que se establezcan de forma conjunta entre la familia y el centro.

Las áreas afectadas son las siguientes:

- **Cognitiva:** relacionada con el área de pensamientos. Se trata de modificar ideas, creencias sobre las residencias, la persona mayor, y sobre la situación de abandono que supone ingresar a un familiar en un centro.
- **Psicoafectiva:** relacionada con el área de sentimientos. Se trata de ayudar a aceptar la situación de incapacidad de su familiar, a manejar situaciones de estrés, a facilitar un medio para expresar sus sentimientos como familiar.
- **Interaccional:** reforzar la importancia de la relación de la familia con el residente, facilitando la realización de visitas (flexibilidad de horarios, habilitación de espacios adecuados); propiciar encuentros con el residente, invitando a participar en diferentes actos organizados en el centro
- **Comportamental:** asesorar y orientar sobre conductas convenientes para con su familiar, estrategias para manejar ciertos comportamientos.

5.2. Fases

La intervención con la familia se ha de llevar a cabo antes, durante y después del ingreso del residente:

Tabla 2. Fases de la intervención con la familia

Fase	Descripción
Preingreso	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre el funcionamiento del centro, sobre el equipo de trabajo, los programas que se desarrollan. Dar a conocer las instalaciones. • Clarificar e incidir sobre la importancia que tiene la familia en el centro y su necesaria colaboración. • Recogida de información básica sobre el residente, la propia familia, relaciones, disposición a colaborar, postura y sentimientos ante la decisión de ingreso. • Respuesta a dudas que planteen.

Fase	Descripción
Ingreso	<ul style="list-style-type: none"> • La intervención va encaminada a la implicación de la familia, tanto en la vida cotidiana del usuario como del centro: • Intervención en cada una de las fases del proceso de adaptación emocional de la familia: <ul style="list-style-type: none"> – Al ingreso: favorecer la expresión de sentimientos, recordar las experiencias de cuidado. Cuidar el clima de comunicación abierto y fluido entre residente-familia y centro. – Adaptación: potenciar su participación en la planificación de cuidados y realización de actividades de cuidado (aseo, comida). – Participación: ofertar grupos de apoyo y formación. – Integración colaboración en programas de tratamiento e intervención. • Establecer canales abiertos y fluidos de comunicación entre familia y centro. Ofrecer una buena y actualizada información sobre el desenvolvimiento de su familiar. Crear un foro donde la familia presente sus demandas y propuestas y, una vez analizadas, obtenga una respuesta. Clarificar y distribuir el tipo de tareas y cuidados que deben realizar la familia y el centro. • Promover la participación de la familia en la vida del centro, manteniendo una información periódica sobre cambios en su funcionamiento, invitando a tomar parte en actos que se celebren, convocando a reuniones donde poder expresar su opinión y presentar propuestas.
Valoración	<ul style="list-style-type: none"> • En la valoración debemos analizar la situación de y clasificación carga del cuidador, los valores relacionales etc. y los riesgos existentes, así como el nivel de relación deseado y los mejores canales para lograr esta comunicación.
Plan de atención individualizado (PAI)	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez definido en el equipo interdisciplinar el plan de atención individualizado, se consensúa con la persona mayor y con la familia en caso de demencia o incapacidad y tutela.
Atención e intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información, asesoramiento y apoyo cuando lo precisen: entrevistas individuales, grupales, programas de formación, comisión de participación, comité de ética asistencial.

5.3. Alta voluntaria, traslado o fallecimiento

En caso de alta voluntaria (traslado a otro centro, domicilio), se proporciona y facilita información con respecto al tipo de intervenciones realizadas en el centro con el residente, por si pudieran resultar útiles para futuras intervenciones y se realiza seguimiento sobre la adaptación.

En caso de fallecimiento: se facilita, se orienta y se apoya en la realización de las gestiones que sean necesarias; se proporciona acompañamiento y se ofrece un ambiente adecuado e íntimo para la familia.

Quizá es en caso de fallecimiento donde la familia necesite un mayor apoyo. El proceso de atención a los últimos momentos de la vida del residente (en los centros gerontológicos) constituye un punto crítico de nuestra atención y uno de los objetivos de mejora principales. En estos casos, se acompaña a la familia en este proceso, facilitando al máximo el acompañamiento al residente y compartiendo, en caso necesario, las decisiones relativas a posibles

tratamientos, traslados o ingresos. Una vez producido el óbito, se acompaña a la familia y se le transmite el pésame personalmente –es en estos momentos cuando prima el apoyo psicológico de todos los profesionales del centro–. Se acompaña a la familia durante el tiempo que dura el proceso. La dirección de la Fundación transmite el pésame de la institución por escrito.

Es en estos momentos cuando, en muchos casos, recibimos agradecimientos de la familia por la atención recibida en nuestros centros, información que derivamos al servicio de Calidad de la Fundación, además de transmitirlo a los trabajadores del centro.

Siempre se transmitirá la invitación a la familia para que mantenga su relación con el centro, que sigan participando en la comisión de familiares, como en ocasiones ocurre, en forma de voluntariado, o incluso siguen llamándonos para pedir información o asesoramiento en relación a problemáticas que se les presentan en torno a los servicios sociales.

5.4. Métodos y técnicas

La intervención con la familia se desarrollará partiendo de un equipo de trabajo interdisciplinar donde intervengan los diferentes profesionales que trabajan en el centro. Principalmente, su método estará basado en una valoración integral del residente, a partir del cual se marcarán diferentes objetivos e intervenciones que serán desarrolladas por cada profesional, según el área en el que se vaya a intervenir con la familia.

Fundamentalmente, las técnicas que se utilizarán son:

- Entrevistas individuales: en el preingreso, en el período de adaptación, entrevistas y seguimiento, y en momentos puntuales en que se considere que se precisa intervenir. Utilizando soportes documentales, como informes de valoración del residente, material didáctico sobre temas relacionados con la persona mayor.
- Reuniones grupales: pueden darse de diferentes tipos. Generales, cuyo objetivo es informar sobre la marcha del centro, cambios en la organización... Y de grupos más reducidos, por ejemplo, de familiares de personas afectadas por demencia, con el objeto de tratar sobre un tema que les atañe más directamente. Utilizando soportes como cuestionarios de opinión, material didáctico...
- Comunicaciones escritas: enviando periódicamente información de interés relativa al centro.
- Convocatoria a la participación en celebraciones diferentes que se organicen en el centro: tanto por escrito como mediante contactos telefónicos.

- Grupos de formación/autoayuda: sobre temas concretos que se demanden, o que se considere que puede beneficiar tanto a la familia como al residente (sobre características de una enfermedad determinada, adquisición de habilidades, estrategias, información sobre recursos de apoyo...).

5.5. Programa de intervención con familias

Con respecto a la intervención con familias, desde el centro gerontológico, se trabaja en dos planos: individual, primero, y grupal, después.

En el plano individual, la labor se centra en la atención y apoyo al proceso de adaptación de la propia familia en cada una sus fases, atendiendo cada una de las necesidades que se presentan:

- Preingreso: indecisión, conflictos familiares por toma de decisión, miedo al qué dirán, ideas estereotipadas sobre el ingreso en un centro...
- Ingreso: aceptación del propio ingreso, ambivalencia, sentimientos de culpa-tristeza, depresión, sentimiento de vacío.
- Adaptación: desconfianza en el centro, dudas sobre el tipo de atención que recibe, excesiva dedicación, necesidad de justificación...
- Integración: clarificación del rol como familiar, participación en el centro, en la vida del usuario, plantear sugerencias...
- Etapa final: dificultad en toma de decisiones difíciles, acompañamiento final...

En el plano grupal, las diferentes intervenciones que se han realizado a lo largo de este año han sido:

- Comunicaciones periódicas: informando sobre novedades del centro, de la organización, envío de programa de animación e invitación a actos que se celebran en el centro, envío de revista *Matia Berri...* Algunas comunicaciones se han enviado desde los servicios centrales de la Fundación (información general, revista...) y otras desde el centro, relacionadas más directamente con la vida en él (reuniones, formación, actos, envío de programas concretos...).
- Formación con familias.
- La integración de la familia como tal en el centro: se organizarán programas de animación con actividades específicas dirigidas a familiares, invitándoles y propiciando su participación (comunicaciones escritas, llamadas telefónicas...).
- Reuniones de familiares: se realizarán reuniones semestrales con el equipo y directivos, para tratar diferentes temas sobre el funcionamiento, organización, necesidades y demandas que puedan plantearse como familiares, valoración de la atención que se presta...
- Comisión representativa de familiares y residentes.
- Día de las familias.

5.6. Otros programas y servicios específicos para familiares

En este sentido, cabe señalar los programas de respiro y las estancias temporales, la flexibilización de horarios de los centros de día y la complementación con atención nocturna puntualmente, los centros de noche y otros programas comunitarios para las familias de personas dependientes, que pueden ser muy eficaces si se plantean de manera coordinada y coherente, con un buen análisis previo de las necesidades de familiares y persona dependiente y el diseño del plan de atención que incluya las especificidades propias del servicio, el ajuste temporal, etc.

5.7. Análisis de satisfacción y comparación con las expectativas para la mejora de los servicios

Además de la participación en las comisiones, reuniones, grupos y entrevistas individuales, se realizan anualmente encuestas de satisfacción a las personas mayores familiares e instituciones y, bianualmente, también a los trabajadores. Desde 2005 se realizan también a los voluntarios y a las asociaciones y entidades de la comunidad con quienes tenemos relación.

Tras la identificación de clientes realizada por la organización, el siguiente paso debe ser la elaboración de las encuestas que den respuesta a los indicadores definidos en los distintos procesos. Cada responsable de proceso hará llegar la propuesta de indicadores a recoger, siendo el Dpto. de Calidad quien garantiza la homologación de aquellos comunes a los distintos centros y que constituyen indicadores de procesos clave (gestión estratégica...).

Los indicadores definidos en los servicios asistenciales son los siguientes:

- Opinión previa de los servicios.
- Organización general del servicio.
- Servicios hosteleros.
- Infraestructuras.
- Servicios sanitarios/tratamiento del dolor.
- Atención de las necesidades básicas.
- Trato y actitud del personal.
- Información recibida.

- Valoración de las competencias profesionales.
- Satisfacción respecto de las actividades.
- Apoyo sociofamiliar.
- Servicio de transporte (centro de día).
- Tiempos de espera (servicio de rehabilitación).
- Grado de fidelidad.
- Satisfacción global con los servicios.

Dadas las características especiales de una parte muy importante del colectivo de usuarios de Matia Fundazioa (deterioro cognitivo), dividiremos éste en dos bloques:

- Usuarios con MM >20. Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo (1979).
- Usuarios con MM <20. Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo (1979).

De cada bloque, se calcula el número de encuestas que tenemos que realizar para tener una muestra con nivel de confianza de un 95% y un margen de error de un $\pm 5\%$. Con el colectivo de familiares, este procedimiento será similar.

Los resultados se transforman en indicadores que integran los cuadros de mando de los distintos centros y procesos, y que nos sirven para analizar el impacto de nuestras actividades en los clientes, y para la priorización y establecimiento de las acciones de mejora.

5.8. Equipos de mejora

Uno de los esfuerzos actuales más importantes es lograr la integración de los objetivos referidos a la calidad de la organización, la calidad asistencial y la calidad de vida de las personas atendidas y sus familias. En la Fundación funcionan dos equipos de mejora: uno sobre promoción de los derechos de los residentes, en el que se evalúa el cumplimiento y se garantiza el ejercicio de estos derechos a todos los que puedan ejercerlos, y las formas de potenciar y complementar a las personas con demencia o deterioro cognitivo que tienen dificultades; y un segundo sobre calidad de vida y calidad de atención, en el que avanzamos, además de en el análisis y evaluación en sistemas de mejora, en las dimensiones fundamentales ésta.

Tabla 3. Análisis de resultados

Grado de satisfacción	Resultados	Resultados	Resultados	Objetivos	Resultados
	2002	2003	2004	2005	2005
Satisfacción global de los usuarios	8,20	8,56	8,28	8,6	9,08
Satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios	7,28	8,47	8,35	8,4	8,81
Satisfacción de los usuarios con las actividades	6,99	7,99	8,19	8,3	8,94
Satisfacción de los usuarios con la atención de necesidades básicas	7,77	8,22	8,05	8,2	8,71
Satisfacción global de las familias	8,45	8,49	8,22	8,5	8,24
Satisfacción de las familias con los servicios sanitarios	8,41	8,32	8,36	8,4	8,21
Satisfacción de las familias con la atención a necesidades	8,41	8,47	8,34	7,6	7,47
Satisfacción de las familias con las actividades	8,2	7,67	7,42	8,47	8,30

6. Programas de intervención para cuidadores de personas con demencia

Ante la evidencia del elevado nivel de estrés que puede producir el cuidado de un paciente con demencia, en los últimos veinte años se han desarrollado numerosos programas de intervención psicosocial (PIP) para cuidadores, con el objetivo principal de ayudarles a reducir el estrés percibido producido por el cuidado. Estos programas han utilizado diferentes formatos y métodos para cumplir dicho objetivo: a) intervenciones psicológicas individuales, b) programas psicoeducativos, c) grupos de apoyo, d) intervenciones familiares, y, por último, e) intervenciones basadas en tecnologías. Estas intervenciones se basan, entre otras, en técnicas de entrenamiento en solución de problemas o afrontamiento de situaciones difíciles (Bourgeois, Schulz, Burgio, 1996).

6.1. Intervenciones psicológicas individuales

Las intervenciones psicológicas individuales tienen como objetivo reducir los niveles de estrés y depresión en los cuidadores. Se pueden tener en consideración gran variedad de temas, todos ellos importantes, para ayudar a los cuidadores a reducir los niveles de estrés psicológico. Los temas más frecuentes, recogidos por Toseland (2001), se centran en: a) reacciones emocionales del cuidador principal, b) resolución de conflictos familiares, c) habilidades personales relacionadas con el cuidado, d) resolución de problemas asociados a situaciones de cuidado, e) manejo de problemas de conducta del paciente, f) información relacionada con los servicios y ayudas existentes, y, por último, g) coordinación del cuidado y estrategias de manejo de cuidado.

6.2. Programas psicoeducativos

En cuanto a los programas psicoeducativos, la mayoría de las publicaciones recogidas en la literatura relacionadas con la intervención de los cuidadores revelan resultados obtenidos con este tipo de programas. Se basan en intervenciones con un número preestablecido de sesiones que se desarrollan en formato grupal. El objetivo principal es dotar a los cuidadores de conocimientos, estrategias y habilidades que les ayuden a sobrellevar el arduo proceso de cuidado, así como proporcionar oportunidades de intercambio de apoyo emocional y proveerles de información. Las estrategias se centran básicamente en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y resolución de problemas (Toseland, McCallion, Ramos, 2001).

6.3. Grupos de apoyo

El grupo de apoyo es el servicio más común que se ofrece a los cuidadores de enfermos de Alzheimer

(Goodman, 1991). Los grupos están coordinados por un profesional, entre cuyas funciones se halla la de fomentar el intercambio de información entre los cuidadores. En estos grupos se comparten preocupaciones, se expresan sentimientos y miedos, se comparten experiencias con los miembros del grupo; en definitiva, se intenta ayudar a los demás. Como se puede apreciar, se trata de grupos en los que se trabaja la reciprocidad, puesto que se escucha, pero a la vez se proporciona información. Asimismo, Lieberman (1979) identificó una serie de razones por las cuales la gente se une a los grupos de apoyo: modelado conductual, semejanza en la naturaleza de los problemas, apoyo emocional, información/consejo, altruismo y ayuda hacia los demás, y ayuda práctica. Además, la experiencia de universalidad (sensación de estar todos en el mismo barco) hace que la gente se sienta menos sola. Estos grupos fomentan la cohesión, aumentan la autoestima y permiten un mejor afrontamiento del problema. Son numerosos los autores que asumen que estos grupos proporcionan información (Simank y Strickland, 1986) y apoyo emocional (Barnes *et al.*, 1981; Lazarus *et al.*, 1981).

6.4. Intervenciones familiares

Por lo que respecta a las intervenciones familiares, aunque el cuidado de una persona con demencia es un problema familiar, se ha escrito muy poco sobre las intervenciones familiares con cuidadores de enfermos con demencia. Generalmente se trata de reuniones familiares con un profesional cuyo objetivo se centra en enseñar a los familiares a proporcionar apoyo emocional al cuidador principal y ayudar a todos los miembros de la familia a adaptarse a los constantes cambios que se producen en el proceso de la demencia. Estas intervenciones pueden maximizar las contribuciones positivas que cada miembro de la familia ofrece al cuidador principal, previniendo de este modo que sea uno sólo el miembro de la familia que se haga cargo del cuidado y ayuda además a reducir los conflictos familiares (Mittelman *et al.*, 2003).

6.5. Valoración de las intervenciones

Los estudios que han analizado la eficacia de todos estos programas concluyen que tienen efectos leves, estadísticamente significativos y positivos, en el aumento de conocimiento de los cuidadores, en la morbilidad psicológica, en las estrategias de afrontamiento y en el apoyo social (Brodaty, Green y Koschera, 2003). En este mismo sentido, existen estudios que defienden la eficacia de dichas intervenciones afirmando que mejoran el estado psicológico del cuidador y retrasan la institucionalización del paciente (Mittelman, Ferris y Shulman, 1996). En la misma línea, estudios recientes han demostrado que estos programas tienen resulta-

dos positivos en reducción de sobrecarga, depresión y en el trastorno que ocasionan las alteraciones de conducta del paciente en el cuidador (Hepburn *et al.*, 2001).

A pesar de estos modestos hallazgos objetivos, la percepción subjetiva de los cuidadores difiere considerablemente, puesto que consideran que sus estrategias de afrontamiento se ven gratamente incrementadas (Quayhagen, Quayhagen y Corbeil, 2000), refieren mejor relación con la persona cuidada (Chiverton y Caine, 1989), consideran que la intervención les ha proporcionado estrategias útiles para su aplicación en el cuidado (Quayhagen y cols., 2000) y, sobre todo, que volverían a repetir la intervención (Gallagher-Thompson *et al.* 2000).

7. El lugar, la función y el papel de los profesionales

El servicio de atención e intervención personal se basa en todos los casos en la relación persona a persona. Desde el primer contacto de la persona mayor o de su familia y el comienzo del proceso de tratamiento o intervención con del residente, la evaluación de capacidades y necesidades inicial, el diagnóstico, la definición del plan personalizado de atención, la prestación de servicios hasta la finalización de los mismos, todos los pasos se basan en la relación personal entre la persona mayor y sus familias y los equipos profesionales.

Es por esto por lo que la adecuada capacitación profesional, la adecuada gestión de las competencias y la cualificación de cada uno de los profesionales, junto con la motivación, implicación, evaluación del desempeño y planificación de las carreras profesionales, son determinantes para lograr el ajuste de los programas a cada una de las situaciones personales.

Entre las competencias y capacidades principales que hay que desarrollar, cabe señalar las capacidades sistémicas, o del modelo de atención psicossocial y socio sanitario, las capacidades técnicas propias de cada profesión en el análisis y diagnóstico de necesidades, de cuál es la mejor manera de darles respuesta, con las últimas técnicas científicamente demostradas y las habilidades relacionales, como la empatía, la comunicación, el manejo de situaciones problemáticas, etc.

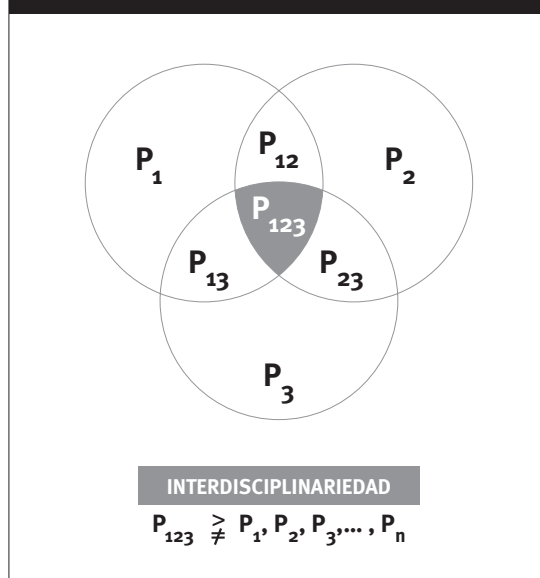
La motivación profesional, los programas de formación que incluyan aspectos sistémicos de modelo, técnicos y relacionales, o el adecuado ajuste entre competencias, perfiles de puestos de trabajo, y el constante análisis del desempeño permiten la mejora continua en el proceso de relación "terapéutica". Los manuales de buenas practicas y de estilo de relaciones consensuados entre todo el equipo per-

miten trabajar en la misma dirección, que no es otra que la orientación al cliente.

Los perfiles de los clientes cada vez son más complejos, con nuevas problemáticas, como las psicogeriatricas, las demencias, la enfermedad de Alzheimer, problemática siquiátrica, etc., lo que exige que el personal esté específicamente entrenado para atender de la mejor manera posible con los últimos conocimientos y avances las necesidades de estas personas, y que las organizaciones estén gestionadas de manera que se optimice el potencial competencial de estos profesionales. Ligado a las personas, se encuentra la gestión del conocimiento o del aprendizaje, la mejor ventaja competitiva, según Nonaka. El avance en el conocimiento debe ser incorporado a la empresa, lo que implica que debemos tener sistemas de vigilancia, detección y adquisición de nuevo "saber hacer" para luego transferirlos, socializarlos, estructurarlos y aplicarlos a los servicios y sistemas con el fin de añadirles valor.

Además, debemos innovar, no debemos caer en la tentación de pensar que, por tratarse básicamente de atención directa, no podemos innovar. Las nuevas tecnologías van a proporcionarnos herramientas de comunicación y desarrollo, y ayudas a la dependencia hoy en día insospechadas. Es importante disponer de entornos creativos. Se debe innovar no sólo en productos o servicios, sino también en los procesos, en los sistemas, en la organización y en las relaciones con el entorno. Esta innovación requiere transformar las ideas en realidad mediante nuevas propuestas en la atención como, por ejemplo, la implantación de unidades de convivencia para personas con demencia.

Figura 7. Génesis y potencial de la interdisciplinariedad



8. Conclusiones

A través del presente artículo, se han intentado abordar algunas de las áreas y técnicas de intervención para y con las familias de las personas mayores. Las diferentes técnicas y áreas de intervención deben ser complementarias entre sí, recalcando la importancia de los planes individuales de intervención.

Se aconseja la necesidad de ir abriendo diferentes vías de intervención complementaria y multidimensional, de la manera más simultánea posible (salud física, área psicoafectiva, intervenciones con personas con deterioro cognitivo, etc.), debido a que aparecen problemáticas en la misma persona y sistema familiar (deterioro cognitivo más depresión, más problemas motores) que pertenecen a diferentes áreas de intervención.

Debe aplicarse siempre un punto de vista interdisciplinar, tanto en la valoración, como en la intervención y el mantenimiento de las mejoras orientado tanto a la persona mayor como a su cuidador principal y el sistema familiar.

La combinación de diversas técnicas viene a dar, en general, buenos resultados en el tratamiento psicosocial.

Las intervenciones en centros y recursos para personas mayores, como las residencias y centros de día, deben incidir tanto en la persona mayor, como en los profesionales, voluntarios y familias. Al igual que cuando están en el domicilio, es fundamental y determinante trabajar con el sistema familiar.

Se ha observado la conveniencia de realizar tratamiento grupal en la mayor parte de las intervenciones, pero unido a un seguimiento o terapia con un menor tiempo empleado de tipo individual.

Por último, es preciso señalar la importancia de una adecuada gestión de los procesos y procedimientos de intervención con sistemas avanzados de mejora continua que permitan planificar adecuadamente, evaluar su eficacia e introducir las mejoras necesarias.

Bibliografía

- ANTONUCCI, T. C.; JACKSON, J. S. (1989) Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. En: CARSTENSEN, L. L.; EDELSTEIN, B. A. *Intervención psicológica y social*. Barcelona, Martínez Roca.
- BARNES, R. F.; ET AL. (1981). Problems of families caring for Alzheimer patients: Use of a support group. *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 29, n.º 2, págs. 80-85.
- BOURGEOIS, M. S., SCHULZ, R.; BURGIO, L. (1996). Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: A review and analysis of content, process, and outcomes. *International Journal of Aging and Human Development*, n.º 43, págs. 35-92.
- BRODATY, H.; GREEN, A., KOSCHERA, A. (2003). Meta-Analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, n.º 51, págs. 657-664.
- GALLAGHER-THOMPSON, D., ET AL. (2000). Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers. *Journal of Clinical Geropsychiatry*, n.º 2, págs. 91-110.
- GENUA, E.; LETURIA, F. J. (2004) Gestión y calidad en la atención a las personas con demencia. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, vol. 39, supl. 1, págs. 61-72.
- GOODMAN, C. C. (1991) Perceived social support for caregiving: measuring benefit of self-help/support group participation. *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 16, n.º 3-4, págs. 63-175.
- HEPBURN, K. W., ET AL. (2001) Dementia family caregiver training: Affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, n.º 49, págs. 450-458.
- HOLDEN, U. P.; WOODS, R. T. (1995) *Positive Approach to Dementia Care*. Edimburg, Churchill Livingstone, 1995.
- LAZARUS, ET AL. (1981). A pilot study of an Alzheimer patients' relative's discussion group. *The Gerontologist*, vol. 21, n.º 4, págs. 353-358.
- LETURIA, F. J. (coord.) (2001) *Cómo ayudar y cuidar a la persona mayor y su familia*. San Sebastián, Erein.
- LETURIA, F. J. ET AL. (2002) *Centros de día: atención e intervención integral para personas mayores dependientes*. San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa.
- LETURIA, F. J.; YAGUAS, J. J. (1995) Intervención con familias en residencias de ancianos. En RODRÍGUEZ, P. (coord.) *Residencias para mayores: manual de orientación*. Madrid, SG.
- (1992) Apoyo social en residencias de ancianos. *Revista de Gerontología*, n.º 2.
- LETURIA, F. J.; GENUA, E.; YAGUAS, J. J. (2004) La experiencia de Matia Fundazioa en el avance y la mejora continua. En: CÁNOVAS, F.; PARDAVILA, B. *La gestión de la calidad en los servicios sociales*, Madrid, IMSERSO.
- LETURIA, F. J.; LETURIA, M. (2006) Calidad de atención y gestión en centros gerontológicos y alojamientos para personas mayores. En: RODRÍGUEZ, P. (coord.) *Residencias para mayores*. Madrid, SG (pendiente de publicación).

- LIEBERMAN, M. S. (1979) Help seeking and self-help groups. En: Lieberman, M. A.; Borman, L. D. & Associates (eds.) *Self-Help groups for coping with crisis*. San Francisco, Jossey-Bass, págs. 116-149.
- MATIA FUNDAZIOA (2001) *El papel de la familia en Matia Fundazioa* [disponible en <<http://www.matiaf.net>>].
— (2005) *Memoria de empresa*.
- MITTELMAN, M. S. ET AL. (1996). A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease: A randomised trial. *Journal of the American Medical Association*, n.º 276, págs. 1.725-1.731.
- QUAYHAGEN, M. P.; QUAYHAGEN, M.; CORBEIL, R. R. (2000) Coping with dementia. Evaluation of four nonpharmacologic interventions. *International Psychogeriatrics*, n.º 12, págs. 249-265.
- SHALOCK, R. L.; VERDUGO, M. A. (2003) *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid, Alianza.
- SIMANK, M. H.; STRICKLAND, K. J. (1986). Assisting families in coping with Alzheimer's disease and other related dementia's with the establishment of mutual support group. *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 9, n.º 2, págs. 49-58.
- TOSELAND, R. W.; SMITH, T. (2001) Supporting caregivers through education and training. En: *NFCSP Selected Issues Briefs*.
- TOSELAND, R.W.; MCCALLION, P.; RAMOS, B. (s/d) *Leading caregiver support groups: A model psychoeducational program. Unpublished manual and workbook*.
- YANGUAS, J. J., ET AL. (1997) *Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico*. Madrid, Caritas Española.
- ZARIT, S.; WHITLACH, C. J. (1992) Institutional placement: phases of the transition. *Gerontologist*, vol. 32, n.º 5, págs. 665-72.